



Università degli studi di Torino
Dottorato in scienze psicologiche, antropologiche e dell'educazione

“Hay que aguantar el dolor!”
Etnografia del dolore, del parto e delle istituzioni sanitarie in Los Altos,
Chiapas (Messico)

Chiara Carraro

Relatore: prof. Roberto Beneduce

Indice

Introduzione

Parte prima Contesto, storia e antropologia

1 Costruire il contesto della ricerca e sfatare i suoi miti

1.1 Ricercatori, turisti, migranti e zapatisti

1.2 Flussi e trasformazioni negli altipiani del Chiapas: uno sguardo tra passato e presente

2 Tra i paradigmi della storia e dell'antropologia messicana

2.1 Premessa: iniziando a raccontare la storia delle periferie

2.2 Le origini dell'antropologia al tempo coloniale. Seduzione e repulsione: alcune suggestioni sul primo incontro

2.3 L'eugenetica positiva di Vasconcelos e Gamio. Questioni indigeniste e post-indigeniste

3 "Noi non siamo razzisti, siamo messicani!"

3.1 Mestizaje, blanquitud, razzismo

3.2 La *güerita* in campo. Implicazioni metodologiche

Parte seconda La salute e la cura nel Los Altos: un campo di forze in scontro

4. Medicina tradizionale e *partería*: uno sguardo sul campo e ai suoi saperi

4.1 Pluralismo medico e ibridità terapeutica a San Cristóbal de Las Casas. Alcune considerazioni su come affrontare il lavoro sul campo

4.2 Le levatrici tradizionali: profili dissimili...

4.3 ...e la coerenza e la stabilità di alcune pratiche terapeutiche

4.4 Postilla: l'Hogar Comunitario e il mio accesso privilegiato alla *partería*. Quando l'osservazione diventò partecipante

5. Politica, spettri coloniali, medicina e cura: guardare al passato per capire il presente

5.1 I terapeuti tradizionali maya tra politiche includenti, discriminatorie e *primary health care*

5.2 Doña Micaela e il suo rifiuto aperto di rispondermi: il passato non è poi così lontano

5.3 Scegliere gli ospedali? L'opinione di alcuni pazienti indigeni e i limiti della cura mista

5.4 Il caso di Doña Juana

5.5 La relazione terapeutica e le sue sfide negli altipiani del Chiapas. Riflessioni per costruire una medicina più umana

6. La medicalizzazione della salute riproduttiva in Messico tra politiche internazionali e misure socio-sanitarie locali

6.1 La mortalità materna tra “dimenticanza” ed “emergenza”

6.2 I corsi di formazione per le levatrici tra utopie e contraddizioni

6.3. Mortalità materna indigena: le multiple radici di violenza strutturale a confronto

Parte terza Etnografia del dolore

7. Emozioni e salute al tempo del “*nuevo vivir*”

7.1 Antropologia delle emozioni: rileggere un tema poco studiato

7.2 “*Hay que aguantar el dolor!*”: la costruzione dell’ethos emotivo femminile

7.3 Uno sguardo socioculturale sul dolore e sulla sofferenza in travaglio e nel parto

7.4 Postilla: come il dolore influenza la richiesta di cura

8. Violenza di genere e nel genere; vulnerabilità femminile e richiesta di cura negli altipiani del Chiapas

8.1 Dalla solidarietà femminile all’analisi dei “regimi di genere” tra le donne tzotzil e tzeltal

8.2 Machismo e violenza di genere: incorporazione, naturalizzazione e invisibilizzazione della violenza

8.3 “*La única opción que me quedaba era dejar mi familia, así que tuve que irme*”

8.4 Mari Pérez: l’allontanamento dalla comunità come percorso di emancipazione

8.5 Carmen: la forza della disobbedienza

9 Postilla. Dall’ordine al non-ordine. Nuovi spazi espressivi femminili al tempo del “*nuevo vivir*”

9.1 Migrare: oscillare tra due mondi

9.2 Il tempo del “*nuevo vivir*”: i cambiamenti contestuali riflessi nei linguaggi emozionali

Conclusione

Bibliografia

Appendice

Ringraziamenti

Introduzione

L'ethos del dolore femminile elaborato all'interno delle comunità tzotzil e tzeltal degli altipiani del Chiapas, può influire sui modi e i tempi attraverso cui le donne indigene richiedono un intervento terapeutico in caso di emergenza durante i momenti più delicati della gravidanza, del parto e del puerperio? Fino a che punto il modo in cui viene socialmente costruito il dolore dalle donne indigene tzotzil e tzeltal può influire sulle tempistiche e le modalità attraverso cui viene richiesto un intervento terapeutico in caso insorgano anomalie durante la gravidanza?

Questa ricerca è nata in ambito accademico istituzionale grazie alla collaborazione avviata con Luis Alberto Vargas Guadarrama, docente dell'IIA (*Instituto de Investigaciones Antropológicas*) e Jaime Tomás Page Pliego, professore presso il CIMSUR (*Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur*) di San Cristóbal de Las Casas; il presente progetto è stato da loro sostenuto fin dalle sue fasi iniziali e insieme siamo riusciti a formulare una domanda di ricerca puntuale attorno a quella che in Chiapas è una grave emergenza sociosanitaria¹; mediante la proficua collaborazione avviata con i due professori, entrambi antropologi e medici, ci si è interrogati su alcune spinose questioni relative alla tutela della salute riproduttiva femminile indigena nello specifico delle comunità tzotzil e tzeltal di Los Altos.

Relativamente agli alti tassi di mortalità materna, soprattutto dal 2000 in poi, sono stati condotti svariati studi molto minuziosi, principalmente di carattere medico ed epidemiologico (Freyermuth 1994, 2003, 2010, 2015, 2017, 2018; Freyermuth e Sesia, 2013; Siesa, 2013, 2017; Page, 2014), in cui sono state esplorate nel dettaglio le diverse concause sociali, economiche e medico-sanitarie che, congiuntamente, hanno giocato un ruolo chiave nel determinare il fallimento delle politiche sociosanitarie implementate in Messico per tutelare la salute sessuale e riproduttiva femminile (Quattrocchi, 2011; Sesia, Van Dijk, Aguilera, in Page Pliego, 2014; Freyermuth, 1017).

Analizzando la questione dei tassi di mortalità materna indigena attraverso un taglio specificatamente antropologico, il presente lavoro vuole aggiungere alcuni elementi di riflessione relativi al legame esistente tra i linguaggi femminili del dolore, la formulazione della richiesta di

¹ La specifica domanda che ha dato avvio al presente lavoro è stata posta dopo aver trascorso un periodo di circa sette mesi tra Città del Messico e San Cristóbal de Las Casas, nel merito del progetto di ricerca e cooperazione "Uni.Coo", promosso dal Dipartimento di Culture Politiche e Società dell'Università di Torino. Questa fase di indagine, che ha preceduto la mia ricerca di dottorato, è stata fondamentale per iniziare ad avvicinarmi al campo ed è stata preziosa sia per prendere confidenza con il contesto in cui si sarebbe svolta la ricerca, sia perché durante questi mesi sono state intessute importanti relazioni accademiche senza le quali non sarebbe stato possibile formulare con chiarezza e lucidità la domanda di ricerca dalla quale si è partiti.

terapeutica e i rischi che incorre la gestante in caso si trovi nella necessità di ricevere un intervento terapeutico d'urgenza.

Indagando il legame tra i linguaggi del dolore femminile tzotzil e tzeltal, la richiesta di cura e i tassi di mortalità materna in gravidanza, abbiamo agilmente preso parte al dibattito medico e antropologico messicano contemporaneo concernente la salute sessuale e riproduttiva femminile indigena, sollevando una questione che non era ancora stata accuratamente approfondita².

I due istituti messicani di ricerca sociale poc'anzi menzionati (CIMSUR-UNAM e IIA-UNAM) adottano un approccio teorico e metodologico che incoraggia e promuove studi antropologici "applicati" a problematiche relative al contesto messicano; in linea con ciò che Rita Laura Segato (2015) definisce *una antropología por demanda* (antropologia su richiesta), anche la presente ricerca vuole mettere a disposizione la "cassetta degli attrezzi" teorica e metodologica dell'antropologia, per rispondere a questioni sociali percepite come urgenti da coloro che ne sollecitano l'azione.

Ci si auspica che le riflessioni che emergeranno nel testo, possano quindi stimolare le riflessioni di quegli operatori sociosanitari che in Chiapas, ma anche altrove, si dedicano all'assistenza delle gestanti – indigene o meno—in gravidanza, parto e puerperio; difatti analizzare gli idiomi del dolore e della sofferenza attraverso cui le donne indigene si esprimono, adottando un approccio antropologico e non solo biomedico, può essere un ottimo strumento per modulare sui linguaggi dei pazienti una risposta terapeutica adatta, efficace e attenta alle diversità culturali e soggettive³. Nello specifico delle comunità tzotzil e tzeltal di Los Altos ad alcuni membri viene garantito il *privilegio* di potersi esprimere emozionalmente con maggiore libertà, altri invece subiscono forti pressioni sociali che inibiscono la loro espressività emozionale: alle donne giovani non viene

² Nel testo verranno abbondantemente citati i lavori di María Graciela Freyermuth Enciso che dalla fine degli anni Novanta ha trattato, assieme a vari collaboratori ed équipe di ricerca, molte tematiche afferenti alla mortalità materna indigena negli altipiani del Chiapas; Freyermuth Enciso, di formazione medica e addottorata in antropologia sociale, nelle sue analisi ha saputo tenere assieme molte variabili socioculturali che incidono sugli alti tassi di mortalità materna indigena in gravidanza e nel parto. Nonostante le sue ricerche siano state abbondantemente influenzate dalle scienze sociali e dall'antropologia, predilige un approccio quantitativo riservando un limitato spazio a ricerche antropologiche qualitative.

³ Si vorrebbe che le riflessioni elaborate e proposte nella presente etnografia venissero recepite come una critica profonda e densa ad un approccio biomedico universalistico alla salute della gestante, soprattutto quando indigena. Ci si auspica che attraverso uno sguardo antropologico sul dolore e sulla sofferenza, attento alle storie di vita delle gestanti, al contesto da cui provengono, ai loro linguaggi emozionali, possa essere pensata, e quindi proposta, un'assistenza medica alle gestanti più adatta alle loro esigenze e necessità. Durante le interviste, pur avendo ricevuto molte reazioni positive alla ricerca, anche da parte dei medici o dagli operatori socio-sanitari di San Cristobal, il presente lavoro non è stato ancora tradotto in forma di un manuale di consigli pratici che possano supportare l'operato dei medici degli ospedali di Los Altos, ma non si esclude che possa essere realizzato in un futuro prossimo.

concesso di esternare liberamente la propria sofferenza o il proprio dolore e i loro linguaggi emozionali vengono spesso silenziati così come le loro voci. L'inibizione degli idiomi emozionali femminili influisce sui modi e i tempi attraverso cui le donne o i loro famigliari elaborano una richiesta di cura appropriata in caso la gestante presenti segnali di rischio e la minimizzazione dell'importanza e della gravità dei segnali di allarme (tra cui inseriamo l'espressione di dolore) può essere fatale per la sopravvivenza della madre e del feto.

L'analisi del contesto socioculturale in cui vengono costruiti i discorsi emozionali femminili, fornisce preziosi elementi utili per capire in che modo le gestanti esprimeranno il loro dolore in gravidanza, nel parto e nel puerperio e attraverso quali modalità avranno la possibilità e lo spazio per formulare una richiesta di cura appropriata in caso manifestino segnali di rischio di complicazioni quali sanguinamenti anomali, perdite, febbre, svenimenti.

Una buona parte del lavoro di ricerca è stata svolta all'interno del *Hogar comunitario*, una casa di parto di San Cristóbal che accoglie giovani donne indigene tzotzil e tzeltal in gravidanza, spesso provenienti da zone rurali e senza risorse economiche. L'essere stata presente durante le ultime settimane di gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio di alcune gestanti ospiti presso l'Hogar, è stato un tassello fondamentale della mia ricerca etnografica. Grazie a questa prossimità ho potuto vivere e condividere direttamente con le gestanti le intense emozioni che emergevano soprattutto nelle ore dell'approssimarsi al parto; nel dar loro aiuto, sostegno, conforto, osservavo attentamente come si esprimevano verbalmente, attraverso quali movenze corporee, piccoli gesti, espressioni del volto, toni della voce esprimevano le loro emozioni e sensazioni. Durante le lunghe ore di travaglio e negli istanti del parto, le emozioni di inadeguatezza, angustia, tensione, apprensione che io provavo mi legavano intimamente alle gestanti che stavo assistendo; in quegli istanti il mio coinvolgimento emozionale che esprimevo attraverso i miei linguaggi, diventava un canale prezioso che alimentava un affiatamento e una familiarità reciproca che si mantenevano ben oltre il parto.

In molte altre occasioni ho intervistato donne o madri senza aver assistito al loro travaglio e parto e ho raccolto le loro narrazioni sulle emozioni che avevano provato durante la gravidanza. Le interviste a queste donne mi hanno permesso di inserire i loro discorsi di dolore e sofferenza all'interno di una più ampia linea temporale e in una cornice che andava ben oltre il momento del parto; ho raccolto quindi dettagli sulle loro storie di vita, sul modo in cui erano state educate, sulla relazione che intercorreva tra la sofferenza che avevano provato nel parto e altri patimenti che

avevano vissuto nel corso della loro vita e che parlando della gestazione emergevano naturalmente.

In entrambi i casi è stato fondamentale l'aver precedentemente costruito una relazione di reciproca fiducia sia con le gestanti che con le levatrici tradizionali che mi hanno permesso di entrare nella sala dell'*Hogar comunitario* adibita al parto, per dar loro il mio appoggio, umano e pratico, in caso avessero avuto bisogno. Grazie alle strette relazioni costruite con le levatrici dell'*Hogar*, che mostrandomi fiducia e stima mi hanno delegato semplici mansioni, nonostante non fossi ostetrica o infermiera, ho avuto un accesso diretto e privilegiato all'universo emozionale delle partorienti indigene che hanno reso possibile la presente etnografia condividendo con me le loro storie. Ricordiamo che le levatrici assistono la partorienti occupandosi anche della componente emozionale, dell'interpretazione dei linguaggi corporei e verbali attraverso cui la donna si esprime durante la gestazione, il parto e il puerperio per garantirle un adeguato sostegno umano e terapeutico e intervenire in caso di necessità con palpazioni e massaggi che predispongono la buona riuscita del parto.

Prima di presentare più nel dettaglio le diverse sezioni di cui si compone il testo, è bene anticipare che il percorso intrapreso sul campo per rispondere alla domanda di ricerca è stato tortuoso e non sempre semplice; per arrivare ad indagare gli idiomi del dolore femminile indigeno ci si è approssimati alla tematica per gradi.

Ho ristretto progressivamente lo sguardo passando dall'analisi del contesto messicano in cui ho svolto il lavoro sul campo ad un esame attento della medicina tradizionale, della *partería* e del ruolo che assumono le levatrici tradizionali ai giorni nostri;

successivamente ho fornito al lettore una snella genealogia del dibattito nazionale e internazionale relativo alla tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile e solo al termine di questo percorso, circoscrivendo progressivamente il campo, mi sono occupata della costruzione socioculturale delle emozioni femminili indigene del dolore.

Nel momento in cui l'ipotesi di ricerca era stata ormai ampiamente confermata dai dati di campo, il lavoro ha mostrato un grado di criticità tale da spingermi a sollevare ulteriori interrogativi non previsti, che hanno aperto la ricerca ad ulteriori sviluppi. Il presente elaborato è quindi un primo importante passo, utile a porre le fondamenta per proseguire e arricchire la ricerca di elementi che sono rimasti inesplorati (quali ad esempio quelli linguistici e religiosi che incidono nella costruzione e nell'espressione degli idiomi emozionali femminili). È quindi bene ricordare al lettore che questo

testo rimane aperto e naturalmente proteso verso ulteriori approfondimenti che richiederebbero altri mesi di lavoro sul campo, di elaborazione di dati e di stesura etnografica⁴.

La struttura del testo si compone di tre sezioni tra loro eterogenee dal punto di vista tematico e abbastanza autonome l'una rispetto all'altra.

Nella prima parte è stato essenziale presentare il contesto in cui è stata svolta la ricerca: San Cristóbal de Las Casas e la regione montuosa degli altipiani del Chiapas, a maggioranza abitata da indigeni *tzotzil e tzeltal*; l'area è stata descritta dedicando un'attenzione particolare a quei fenomeni sociali (quali il movimento zapatista, le recenti ondate migratorie interne ed esterne al territorio nazionale, i nuovi flussi turistici) che negli ultimi decenni hanno alterato fortemente la conformazione culturale, politica ed economica sia della città di San Cristóbal che delle comunità indigene chiapanecche di Los Altos.

San Cristóbal de Las Casas è stata la città su cui ha influito maggiormente l'incremento del turismo nazionale e internazionale che ha raggiunto l'apice nel primo decennio dell'anno 2000 in seguito all'insurrezione zapatista del primo gennaio 1994. Lo Zapatismo ha dato grande visibilità politica e mediatica alla situazione di emarginazione e miseria in cui vivevano le comunità indigene nella regione Chiapas, dirigendo l'attenzione della sinistra politica nazionale e internazionale verso San Cristóbal de Las Casas – teatro dei primi giorni dell'insurrezione e, ancora oggi, città simbolo del movimento zapatista – e su alcune comunità limitrofe che si sono costituite come i centri logistici e organizzativi del Movimento.

Dagli anni turbolenti della rivoluzione zapatista a oggi, in particolar modo a San Cristóbal, è aumentato progressivamente un particolare tipo di turismo politico-militante di sinistra⁵ che continua a dare sostegno al Movimento grazie a campagne, conferenze, raccolte fondi e iniziative culturali di vario genere, avviate sia su scala nazionale che internazionale. Il flusso costante di individui e gruppi provenienti principalmente dall'Europa e dal Sud America – organizzati e coordinati in ampie reti di cooperazione, dal carattere più o meno formale, in sostegno al movimento zapatista – muovono capitali concreti e simbolici, trasferendoli principalmente a San

⁴ Il percorso di PhD che ha portato alla scrittura di questo testo, ha avuto una durata di tre anni ed è stato portato a termine elaborando i dati raccolti durante sette mesi di ricerca di campo a San Cristóbal, permanenza che ha fatto seguito ad otto mesi di ricerca, svolta sempre in Messico, nell'ambito del progetto di cooperazione "Uni.Coo" promosso dal Dipartimento di Culture, Politica e Società dell'Università di Torino.

⁵ Il cosiddetto fenomeno dello "zapaturismo".

Cristóbal, le cui caratteristiche socioculturali ed economiche sono state profondamente segnate dalla notorietà mediatica del Movimento nei decenni successivi all'insurrezione del 1994.

Oltre ai lasciti dello Zapatismo, non si può non ricordare che il Chiapas nell'ultimo decennio è diventato un'ambita meta turistica grazie alle bellezze archeologiche e naturalistiche che offre, e San Cristóbal de Las Casas, rinomato "*pueblo mágico*"⁶, è il suo fiore all'occhiello.

La presenza di stranieri e turisti che oggi vivono e circolano più o meno liberamente in Chiapas, concentrandosi soprattutto a San Cristóbal, la miriade di associazioni culturali, e ONG, rende evidente una problematica recente e controversa: questi fenomeni sono uno dei motori del cambiamento economico e sociale che ha, in parte, positivamente stravolto gli equilibri della regione e della città, ma al tempo stesso l'ingresso di questi nuovi attori mette in luce le disuguaglianze sociali, politiche ed economiche che distinguono il Chiapas dal resto del Messico e dalle regioni del mondo più ricche.

La maggior parte della popolazione chiapaneca, soprattutto quella di origine indigena, non trae un effettivo e ampio beneficio dai frutti dei cambiamenti culturali, sociali ed economici degli ultimi decenni, rimanendo di fatto parzialmente esclusa da un accesso egualitario e democratico a quelle opportunità e diritti che sono ormai parte integrante della retorica della modernità (tra cui il diritto ad disporre di un'abitazione degna, diritto alla salute, all'alfabetizzazione, ad un'occupazione che garantisca un salario minimo, a usufruire di acqua potabile ecc.).

Restando nell'ambito delle migrazioni nazionali e internazionali, la regione del Chiapas viene costantemente attraversata da flussi di migranti centroamericani provenienti da Venezuela, Honduras e El Salvador, che passando il confine chiapaneco, sperano di raggiungere gli Stati Uniti o il Canada, lasciandosi alle spalle le situazioni violente e instabili che affliggono i loro paesi. Il Chiapas è anche caratterizzato da intense migrazioni interne che dalle aree rurali si spingono verso le città: molti indigeni di origine maya lasciano le loro comunità sperando di inserirsi nel mercato del lavoro urbano, nonostante sia spesso mal pagato e segnato dalla precarietà.

A tal proposito, alcuni autori (Collier G., Farias Campero P. J., Perez J., White V., 2000) hanno avuto il merito non solo di porre l'attenzione sull'andamento delle dinamiche economiche e sociali che contraddistinguono l'area indigena degli altipiani, ma su come questi si legano all'insorgenza di nuove patologie. Nelle zone di Los Altos indagate da Collier si stanno diffondendo "*emotional*

⁶ Città Magiche, in spagnolo *pueblos mágicos*, è un programma lanciato nel 2001 dalla segreteria del Turismo del Messico. L'obiettivo era dare un impulso al turismo in quelle tipiche piccole cittadine messicane, dove la popolazione mantiene da molto tempo un particolare e tradizionale stile di vita, tipicamente messicano.

illnesses” che sono strettamente collegate ai cambiamenti economici, sociali e culturali che hanno alterato i valori, la struttura familiare e l’organizzazione comunitaria dei gruppi nativi.

Oltre all’evidenza, ben argomentata nella prima parte del testo, che le *close corporate communities* – rette dal sistema di prestazioni *cargo*– si sono trasformate nel corso del tempo, notiamo che anche il materialismo e l’individualismo non hanno risparmiato l’*habitus* tradizionale delle comunità indigene di Los Altos, alterando gli equilibri dei rapporti genitoriali, filiali e di coppia tradizionali, oltre a quelli comunitari.

Le migrazioni interne non riguardano solo i soggetti di sesso maschile che spesso lasciano la loro comunità di origine per cercare lavoro in altre città – più o meno vicine rispetto alle aree di loro provenienza–, ma interessano anche le figure femminili indigene che, in assenza dei mariti, devono provvedere al sostentamento della famiglia. Intuiamo quindi che le trasformazioni economiche e sociali che interessano le comunità indigene tzotzil e tzeltal, incidono ampiamente sui ruoli familiari e comunitari, sui compiti sociali, sulle aspettative individuali e comunitarie, e sui modi in cui (anche) i discorsi emozionali vengono vissuti, rappresentati ed espressi dai nativi degli altipiani del Chiapas. L’aver analizzato nella prima parte del testo, alcune delle trasformazioni che interessano oggi le comunità indigene di Los Altos e la città di San Cristóbal de Las Casas, ci fornisce preziosi elementi contestuali utili per spostare il focus dell’analisi non solo su come i discorsi emozionali femminili indigeni sul dolore vengono “fabbricati” all’interno delle comunità, ma anche su come stanno cambiando oggi rispetto al passato, proprio in virtù di queste trasformazioni.

Oggi le popolazioni indigene degli altipiani e di San Cristóbal non avvertono più una rigida demarcazione identitaria tra le diverse comunità e tra i diversi soggetti: le appartenenze etniche individuali e i gruppi sociali sono molto più frammentati e reciprocamente mescolati rispetto a qualche decennio fa, e i processi di formazione identitaria sono sempre più ibridi, spuri, e contaminati. Nelle aree urbane di San Cristóbal, la convivenza quotidiana di soggetti di origini e nazionalità differenti ha facilitato la formazione di un assetto identitario che Viqueira definisce “tzotzil urbano” (Viqueira, 2010), la cui caratteristica è quella di aver incorporato elementi identitari di diverse appartenenze culturali.

L’idea che possa esistere una macro-appartenenza indigena urbana tzotzil – al cui interno compaiono differenti pratiche, rappresentazioni, simbologie, linguaggi emozionali negoziati dai singoli soggetti e sempre in dialogo tra loro – permette sia di destrutturare le dicotomie coloniali, (*indios-ladinos, campesino-urbanos*, ecc.) -, che quelle etniche (*tzotziles-tzeltales*). È stato inoltre

rilevato che i soggetti della ricerca riferiscono di un nuovo modo di sentire, vivere, rappresentare e sperimentare l'identità indigena negli altipiani del Chiapas nel tempo del "*nuevo vivir*" (Boyer, 2017), durante il quale si stanno alterando le abitudini, gli usi e i costumi tzotzil e tzeltal ancestrali.

A conclusione del presente lavoro, anche grazie alle considerazioni contestuali elaborate in questa prima parte del testo, si potrà constatare che i discorsi emozionali femminili tzotzil e tzeltal si modificano in relazione all'intreccio che essi intessono con le dinamiche complesse che contraddistinguono i tempi odierni del "*nuevo vivir*".

La seconda parte del testo è stata quasi interamente dedicata ad analizzare la *partería*, una specifica branca della medicina tradizionale maya che si occupa delle tecniche di assistenza, sostegno e cura della gestante in gravidanza, nel parto e nel puerperio.

In via preliminare è stato necessario chiarire che le pratiche di cura e i saperi medici cosiddetti "tradizionali" resistono a ogni tentativo di essere circoscritti entro definizioni terminologiche e tassonomie ordinate, soprattutto quando vengono analizzati in contesti urbani e creoli com'è quello di San Cristóbal de Las Casas. La medicina tradizionale dovrebbe essere studiata come un insieme di discorsi il cui senso è straripante, barocco e brulicante di simboli e significati molteplici e che, per queste sue caratteristiche, sfida l'ordine tassonomico che si cerca di darle all'interno del testo etnografico.

Nello specifico, l'area in cui è stata svolta la ricerca è caratterizzata da un evidente pluralismo medico in cui si alterna la compresenza di differenti pratiche terapeutiche proprie delle varie tradizioni culturali che convivono nella zona; è presente la medicina indigena maya (con le sue differenti sfumature interne), la biomedicina occidentale, la medicina olistica *new age*, la medicina araba. All'interno di questa pluralità medica gli indigeni di diverse appartenenze etniche, i messicani *mestizos*⁷ esponenti della società urbana egemone (in città denominati *coletos*) o provenienti da classi medio-basse, gli stranieri residenti e i turisti di passaggio in città, possono scegliere abbastanza liberamente di accedere alle diverse risorse terapeutiche disponibili, in accordo alle credenze e le possibilità economiche di ciascuno.

Memori di queste coordinate metodologiche preliminari, ho riservato ampio spazio alla trattazione della *partería*, un insieme di conoscenze terapeutiche ancora vive e dinamiche in Messico, legate

⁷ Nel capitolo della trattazione relativo al *mestizaje*, si darà una spiegazione dettagliata del termine *mestizos-as/mestizaje*; in generale con questo termine ci si sta riferendo a quella parte di popolazione messicana non indigena.

al parto, al parto, al puerperio e alla salute sessuale e riproduttiva delle donne. In Chiapas, nello specifico, tali pratiche e saperi medici r-esistono alle ingerenze della biomedicina che negli anni ha screditato le competenze delle levatrici tradizionali soprattutto qualora fossero di origine maya. Nel testo presento i profili delle levatrici con cui ho interagito più spesso durante il campo e con cui ho iniziato ad affrontare quei discorsi, fondamentali ai fini della dimostrazione della tesi, che vertono non solo sulla *partería* e sul complicato rapporto tra la medicina tradizionale e la biomedicina, ma relativi soprattutto alla costruzione delle emozioni femminili e del dolore.

La levatrice, difatti, nelle vesti di terapeuta specifica di gravidanza, parto e puerperio, accompagnando la donna in questo momento peculiare della sua vita, è colei che decifra, valuta e gestisce – per mezzo di vari saperi e tecniche terapeutiche – non solo i dolori fisici della gestante, ma anche le sue sensazioni e le emozioni che vive.

Attraverso l'analisi dei vari profili delle levatrici tradizionali, si può comprendere che la *partería* maya è un sapere variegato la cui stessa funzionalità, in un contesto creolo come quello di San Cristóbal, dipende anche dalla capacità delle levatrici tradizionali di dialogare abilmente con altri saperi medici; le levatrici introducono all'interno delle loro pratiche terapeutiche elementi innovativi e sincretici che si trovano solo *apparentemente* in contrasto con i fondamenti della medicina tradizionale indigena Maya, da cui tutte traggono la loro cosmologia fondante. Il motivo della longeva sopravvivenza della *partería* maya, oltre all'intrinseca flessibilità, è la sua stabilità strutturale imperniata attorno a specifici nodi semantici, credenze e pratiche terapeutiche, alcune delle quali hanno origini ancestrali.

Nonostante le migrazioni, la frammentazione delle relazioni familiari e comunitarie e le ingerenze progressive della biomedicina abbiano messo alla prova l'attività terapeutica svolta dai guaritori tradizionali, è proprio in virtù di tali caratteristiche che la *partería* resta ancora oggi per le gestanti indigene (e, sempre di più, anche per le *mestizas*), una valida alternativa alle cure biomediche.

La levatrice tradizionale costruisce con la gestante un discorso di senso utile a dare alla donna delle certezze, un sostegno e delle risposte alle preoccupazioni e alle paure che emergono durante la gravidanza. Le pratiche e i linguaggi di cura che la levatrice condivide con la gestante indigena restituiscano a quest'ultima un senso corporeo, psichico e relazionale più solido utile per far fronte ai cambiamenti emozionali e fisici che la gestante vive; la *sobada*, il *temazcal*, le candele, le preghiere, i panni caldi, le specifiche prescrizioni alimentari, le ritualità relative alla placenta, sono elementi stabili e ricorrenti nelle pratiche di cura adottate dalle levatrici tradizionali. Mantenendo

questa ricorrenza le terapeute fanno fronte al rischio che le loro pratiche e saperi si frammentino a causa dell'avanzata della biomedicina e le giovani donne indigene in gravidanza sentono il beneficio di avere dei punti di riferimento terapeutici stabili, necessari per affrontare le nuove sfide che pone loro l'avanzata della modernità e della medicina occidentale.

Nonostante la *partería* sia un sapere vivo e diffuso, che ruolo hanno le levatrici tradizionali oggi in Messico? L'operato delle levatrici viene legalmente riconosciuto e tutelato o viene considerato un sapere di second'ordine rispetto a quello dei medici di formazione occidentale? Dietro ai giudizi espressi sulle medicine indigene: saperi "approssimativi, inesatti, superstiziosi e poco aggiornati", possiamo denunciare la presenza di parametri etnocentrici e retaggi neo-coloniali?

Anche se oggi in Messico è stato riconosciuto il ruolo positivo delle levatrici tradizionali, in gravidanze preventivamente dichiarate "a basso rischio" (Atkin, Brown, Rees, Sesia 2016, in Freyermuth Enciso, 2018)⁸, le *parteras*⁹ sono obbligate a certificare di essersi adeguatamente formate come levatrici tecniche (*parteras técnicas*), attraverso specifici corsi di formazione biomedica, nel corso dei quali vengono impartiti principalmente insegnamenti relativi alle norme igienico-sanitarie da adottare durante il parto per non causare complicazioni alla gestante. Tuttavia la professione delle levatrici tradizionali, una volta medicalizzata attraverso i corsi di formazione e burocratizzata grazie all'apparato legislativo che si sta attivando per riconoscerne la validità professionale, non è stata ancora adeguatamente formalizzata, e i diritti delle levatrici non sono oggi legalmente e pubblicamente riconosciuti.

Per approfondire e meglio comprendere alcune delle ragioni dei contrasti e delle tensioni che rendono teso il rapporto tra biomedicina, medicina tradizionale e *partería*, è stato adottato un approccio che ha scavato nella storia risalendo ai giudizi che, anche in epoca coloniale, medici, psichiatri e *antropologi* esprimevano nei confronti delle popolazioni e delle società indigene, un tempo definite "primitive". Analizzando alcuni dati di campo, è parso che oggi le levatrici tradizionali maya avvertano la pressione e si sentano sottoposte al giudizio dei ricercatori o dei

⁸ A riguardo, nel mese di aprile del 2016 venne approvata una versione revisionata della *Norma Oficial Mexicana 007*, relativa all'assistenza medica da fornire alle donne durante il parto, in cui si fa esplicito riferimento alle levatrici tradizionali nelle vesti di "prestatrici di servizi qualificati in gravidanze a basso rischio ostetrico". Ciò assieme alla normativa del 2011, che include le levatrici formate all'interno del mercato del lavoro ospedaliero. Per approfondimenti si legga il saggio *Vinculación en el marco legal en la atención del parto en México* (Atkin, Brown, Rees, Sesia, in Freyermuth Enciso, 2018).

⁹ La *partera* in lingua spagnola è la levatrice tradizionale; il termine spagnolo, al singolare e al plurale (*parteras*), verrà adoperato in tutto il testo come sinonimo di levatrice.

medici, in un modo che ricorda quello assunto dagli stessi esploratori o scienziati occidentali al tempo coloniale; questa attitudine giudicante e inferiorizzante mira ancora oggi a banalizzare, classificare ed essenzializzare i saperi medici indigeni con il fine di disarticolargli nelle loro funzioni per renderli meno efficaci, contrastandone la diffusione.

In Chiapas, a fronte del processo di medicalizzazione della *partería*, pare evidente che il controllo della biomedicina sulle nozioni e sulla simbologia relative alla gravidanza si stia tramutando in un tentativo di controllo su una “corretta” (e quindi medicalizzata), gestione della vita corporea, emozionale e psichica delle donne indigene gravide e dell’operato delle levatrici tradizionali che se ne prendono cura. Queste ultime si trovano a dover affinare le loro tecniche di cura e i loro saperi tradizionali per poter sopravvivere e continuare a svolgere il loro importante lavoro di assistenza alle donne indigene in stato di gravidanza.

Dopo aver sollevato alcune pungenti questioni relative alla medicalizzazione della medicina tradizionale e della *partería*, ci si domanda in che modo i pazienti o le gestanti indigene si relazionino con i medici, gli infermieri, le ostetriche di formazione bio-medica che lavorano negli ospedali degli altipiani del Chiapas o nelle piccole cliniche che sono disseminate nelle aree rurali; ci si interroga sui fattori socio-culturali che compromettono l’efficacia del dialogo terapeutico tra le gestanti indigene e il personale biomedico di formazione occidentale, dialogo che anziché mirare alla tutela della salute sessuale e riproduttiva delle gestanti indigene, è una barriera che limita loro l’accesso ai servizi sanitari pubblici.

A San Cristóbal la relazione terapeutica tra medico bianco e paziente indigeno è spesso ambivalente, costruita su malintesi e segnata da una solida base storica di razzismi etnici che nel tempo si sono sedimentati. Riportando nel testo le parole di alcuni pazienti, e il caso del decesso della signora Juana, emerge il fatto che la relazione etnica che si instaura tra indigeni e latini è asimmetrica e carica di pregiudizi che invadono anche gli ambiti ospedalieri e segnano la relazione terapeutica tra medici bianchi e pazienti indigeni.

Per queste ragioni si ritiene che – in un tempo in cui ancora gli indigeni in Chiapas vivono un rischio più alto di malattia e decessi *evitabili* rispetto a coloro che non sono indigeni – l’imperativo etico e politico conseguente alla presa di consapevolezza di questa grave problematica, deve orientare l’analisi antropologica e l’azione politica sull’evidente peso che assumono la differenza culturale, l’identità etnica e il rapporto con l’alterità, nel processo di richiesta e nella risposta di cura. Tali

dimensioni di carattere culturale oggi determinano un maggior rischio di morte per le gestanti indigene di Los Altos rispetto a quelle *mestizas*.

Nei paragrafi finali della seconda parte della tesi, l'analisi si orienta verso i discorsi politici internazionali e nazionali che si sono diffusi per promuovere la tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile. La recente legislazione sociosanitaria messicana promossa in tutela della maternità e i capitali mobilitati per implementare i servizi medici necessari a ridurre la mortalità materna nel parto entro il 2015 (Freyermuth Enciso, De la Torre, Meneses Navarro, Meléndez Navarro, 2009), sono misure attivate sulla scia di particolari "discorsi politici emergenziali"; questi sono stati elaborati tenendo conto degli obiettivi sociosanitari e politici individuati a livello internazionale ai quali il Messico deve conformarsi. Nonostante nel Paese sia emersa sempre più apertamente la necessità di dover ridurre gli alti tassi di mortalità materna indigena, per rispettare gli ambiziosi *goals* internazionali – sulla base dei quali vengono stabiliti gli indici di sviluppo dei singoli Stati – sono passate inosservate quelle questioni, riportate poc'anzi, relative ai fattori socioculturali ed economici che congiuntamente agiscono nel determinare un maggior o minor rischio di decesso in gravidanza, nel parto e nel puerperio. La violenza domestica diffusa, le discriminazioni di genere, il valore differenziale attribuito ai due sessi, l'analfabetismo femminile, la scarsa autonomia decisionale ed economica delle donne indigene, il machismo, sono solo alcuni dei fattori che limitano la possibilità per le donne tzotzil e tzeltal di beneficiare di una tutela della propria salute sessuale e riproduttiva durante la loro vita e soprattutto in gravidanza.

Di queste tematiche in Messico si discute troppo poco e in maniera ancora superficiale: forse, quando per il governo messicano risolvere queste questioni diventerà una *priorità, un'emergenza* tanto importante quanto i tassi dei decessi nel parto, e verranno quindi implementate una serie di misure utili a ridurre i seri effetti sulla salute psicofisica femminile, allora anche il benessere sessuale e riproduttivo femminile indigeno potrà essere assicurato e si ridurranno *effettivamente* i numeri di decessi in gravidanza e nel parto nelle zone montuose del Chiapas.

Per spiegare quindi le diverse cause che concorrono alla perpetuazione dei decessi femminili evitabili, nella seconda parte della tesi, è stato necessario inquadrarle in un'etnografia profonda e stratificata, in cui hanno dialogato da un lato gli interventi sociosanitari nazionali per la riduzione della mortalità materna, le politiche internazionali sulla tutela della salute femminile e le scelte politiche nazionali in merito alla medicina indigena e alla *partería*; dall'altro il problematico contesto socioculturale in cui vivono le donne indigene delle comunità rurali o urbane di Los Altos.

Nella terza parte del testo ci si è dedicati all'ethos del dolore femminile interrogandoci su come questo possa incidere sulla richiesta di cura.

Le donne indigene tzotzil e tzeltal durante tutta la loro vita, e soprattutto nel parto, sono forzate a dimostrare di saper sopportare il dolore fisico e di saper reprimere le emozioni, siano esse positive o negative, per dimostrare alla comunità di possedere una buona dose di coraggio e forza fisica – caratteristiche ritenute positive e fondamentali poiché verranno trasmesse direttamente dalla gestante alla prole. Il modello emozionale ideale, “fabbricato” in queste comunità, è basato sull'idea che la donna debba essere forte fisicamente, silenziosa, remissiva e capace di sopportare il dolore e le sofferenze psichiche e fisiche esperite, fino a toccare il limite fisiologico oltre il quale potrebbero insorgere complicazioni che metterebbero a repentaglio la sua vita.

Le madri e le levatrici tradizionali più anziane ed esperte, assieme agli uomini più autorevoli della famiglia e della comunità (i mariti, i padri e i nonni), adempiono al compito di far rispettare l'ethos del dolore femminile costruito attorno all'idea che la donna debba controllare le sue emozioni dimostrando di saper sopportare il dolore e le sofferenze durante il corso dell'intera vita e, in particolar modo, durante la gravidanza e il parto.

All'interno delle comunità le donne più anziane – con alle spalle svariate gravidanze hanno il dovere di far rispettare alle più giovani le norme culturali relative all'espressione del dolore e applicano severe punizioni qualora le gestanti non osservino i dettami della tradizione e sfidino la loro autorità. Gli uomini riproducono pratiche che favoriscono l'assoggettamento/asservimento emozionale femminile, utilizzando svariate forme di violenza fisica e verbale che alimentano in molte donne la paura di opporsi al loro volere.

È parso che quelle più vulnerabili siano le donne anagraficamente più giovani, senza figli e prive di una relazione coniugale stabile, considerate di poco valore nella famiglia e nella comunità. Queste avendo ricevuto una rigida educazione emotiva, sono state abituate a tacere e a reprimere le loro emozioni e a non poter far sentire la loro voce in caso di necessità o bisogno; per cui in caso di emergenza nel parto non si percepiranno come soggetti degni di poter richiedere una cura e se mai riuscissero a farlo, potrebbero non ricevere un'adeguata considerazione dalla famiglia o dal gruppo sociale. Queste donne, dunque, saranno più inclini a vivere un alto rischio di decesso in caso di malattia o emergenza in gravidanza, nel parto e nel puerperio poiché le loro richieste di cura verranno silenziate dalle decisionalità comunitarie e familiari più forti e prestigiose.

Le riflessioni finali della tesi avviano il lavoro verso le sue conclusioni che propongono di assumere uno sguardo critico nei confronti dell'idea che possa esistere un' "essenza emotiva indigena femminile"; ponendo dei rigidi confini attorno al modo in cui le donne indigene esprimono le loro sofferenze e il loro dolore si corre il rischio di trasformarlo in un pericoloso alibi che fa ricadere sugli idiomi della sofferenza delle donne tzotzil e tzeltal molte delle problematiche sociosanitarie di cui soffrono – tra cui le morti evitabili nel parto, senza che ne siano le dirette responsabili. Inoltre il rischio è quello di proporre un'analisi antropologica indigenista, stereotipata, piatta che inserisce la cultura nativa (e le sue emozioni) in rigide tassonomie, alimentando quel modo di rivolgersi all'*Altro interno* che ricorda gli errori commessi dall'antropologia messicana di inizio novecento.

Nella parte finale della tesi l'analisi si concentra sulle connessioni – già rintracciate da alcuni autori (Collier, 2000) – tra i cambiamenti economici, i flussi migratori, la modificazione della struttura familiare tradizionale indigena e i discorsi emotivi delle donne tzotzil e tzeltal che emigrano a San Cristóbal. Interrogare i mutamenti storici ed economici che interessano le comunità e le donne, le quali spesso intraprendono tortuosi percorsi di migrazione, può essere un buon metodo per non reificare i discorsi relativi alle rappresentazioni sociali del dolore femminile indigeno. Un rinnovato modo di leggere le emozioni dovrebbe vertere non solo su come questi discorsi si costruiscono in base al loro contesto culturale, ma su come tali discorsi si modifichino al variare delle esperienze, delle intenzionalità, delle necessità dei soggetti. Il nostro linguaggio emozionale è spesso poco prevedibile, sfumato, caotico; spazi di caos e non-ordine (Rosaldo, 1993) dovrebbero essere riconosciuti anche ai linguaggi emozionali altrui e le nostre etnografie dovrebbero essere in grado di restituire questa complessità.

Parte prima
Contesto, storia e antropologia

1. Costruire il contesto della ricerca e sfatare i suoi miti

1.1 Ricercatori, turisti, migranti e zapatisti

E così ci avete visto. E così ci riconobbero anche coloro che si definiscono grandi dirigenti rivoluzionari che ci disprezzavano, come ci disprezzano ora che si sono resi conto della nostra insurrezione mentre erano a cena, divertendosi durante i festeggiamenti dell'anno nuovo, mentre noi compagne e compagni, zapatisti dell'EZLN, mettiamo la nostra vita e la nostra morte dove loro costruiscono musei¹⁰.

(Subcomandante Insurgente Moisés, 1° gennaio 2018)

Quando sono partita per la prima volta in direzione di Città del Messico, mentre cercavo di adattarmi – a fatica – alla vita frenetica della capitale messicana, speravo che le mie future ricerche mi portassero in Chiapas.

Era certamente un'attrazione esotica la mia, carica di ingenui pregiudizi dai contorni confusi e imprecisi, probabilmente ingigantita dal disadattamento provato durante la mia permanenza in quella megalopoli chiassosa e folle; volevo avvicinarmi alla Selva Lacandona, esplorare le zone montuose e remote che la circondano dove il movimento zapatista, lontano da occhi indiscreti, mantiene ancora alcuni avamposti. Volevo conoscere San Cristóbal de Las Casas, nota città ormai cosmopolita, che rimane il simbolo dell'insurrezione.

La ribellione zapatista del '94 aveva avuto grande eco non solo nel continente sudamericano, ma anche in Europa, soprattutto all'interno di specifici gruppi politici e sociali che servirono da

¹⁰ Tutte le traduzioni sono opera dell'autrice. "Y así nos viste. Y así nos vieron también quienes se dicen grandes dirigentes revolucionarios y nos despreciaron antes, como nos desprecian ahora, que se enteraron de nuestra lucha cuando cenaban y reían en sus festejos de año nuevo, mientras nosotros, nosotras, zapatistas del EZLN, poníamos la vida y la muerte, donde éstos ponen los museos".

importante “cassa di risonanza” del Movimento e anche per me lo Zapatismo era stato un potente motore di riflessioni, sogni, ideali e abbagli che si tramutarono nell’intenzione decisa di voler fare ricerca in quei luoghi.

Quando partii per il Messico avevo terminato da poco un lavoro sul campo tra le comunità indigene Qom nel nord dell’Argentina, durante il quale avevo avuto modo di conoscere il *Consejo de Carache*, un’organizzazione politica nativa appena formatasi, che intendeva riunire le famiglie indigene Qom disperse in un territorio molto ampio, arido e poco adatto all’agricoltura (la foresta de *El Impenetrable*, nel Chaco), con l’obiettivo di promuovere un percorso di emancipazione volto a renderle politicamente autonome rispetto allo Stato centrale argentino. Quando le famiglie Qom si riunivano in assemblee mensili, affrontavano collettivamente le problematiche politiche, sociali ed economiche che le affliggevano, e ponderavano collettivamente soluzioni.

Ho assistito alle prime assemblee comunitarie che si svolgevano sotto a una tettoia di lamiera nel bel mezzo della foresta e che duravano ore, durante le quali si avvertiva la fatica dei presenti nel prendere pubblicamente parola di fronte a una collettività che non si era mai adunata prima di allora, nonostante i suoi membri fossero tutti imparentati gli uni con gli altri. I decenni di lavoro salariato alle dipendenze dei grandi latifondisti locali (i cosiddetti *criollos*), i tentativi statali volti a disperdere territorialmente le famiglie indigene, le controversie politiche assistenziali nei confronti dei nativi, erano solo alcuni degli elementi che avevano frammentato i legami comunitari, messo alla prova quelli famigliari e creato dei soggetti che mi erano sembrati addomesticati e docili, culturalmente impoveriti. Nel periodo in cui svolgevo la mia ricerca, stavano riscoprendo il valore di una “sana ribellione” comunitaria contro le vessazioni subite all’interno dei loro territori e stavano muovendo i primi passi per costruire un’organizzazione sociopolitica autonoma¹¹.

Pablo de Nardi, il portavoce del movimento Qom – preferiva non definirsi il leader – si ispirava ad alcuni degli insegnamenti del subcomandante Marcos, e ora mi rendo conto che molti dei discorsi che intavolai con lui contribuirono ad acuire il mio fascino verso il Chiapas.

Autonomia, auto-organizzazione politica ed economica, indipendenza dallo Stato centrale (che in quei territori sperduti e improduttivi dell’Argentina del nord era pressoché assente), sperimentazione di un modello di organizzazione comunitaria assembleare e democratico, erano

¹¹ I latifondisti locali, nel nord dell’Argentina, avevano da pochi decenni rallentato la produzione estensiva di cotone, per la quale gli indigeni Qom della zona venivano assunti come lavoratori senza salario, pagati con una manciata di ortaggi alla fine di ogni mese lavorativo. Ersilia, la donna che mi ospitava, mi raccontò commossa dei lunghi anni passati a lavorare faticosamente sotto il sole, con la sua prima figlia ancora in fasce, nelle piantagioni di cotone di El Algarrobal, la comunità dove ci trovavamo.

tutte idee che Pablo rielaborava costantemente, mutuandone alcune dal percorso zapatista, e che disseminava gradualmente nelle assemblee comunitarie.

Lo Zapatismo fagocitava l'idea che avevo del sud del Messico e riduceva la complessità di quelle terre; era diventato un interesse stereotipato il mio, folklorico e rivoluzionario, ma l'eco melodioso dell'immagine che mi ero fatta del Chiapas mi attirava come una suadente litania.

Cercando di appagare quella sete di conoscenza che aveva motivato il mio peregrinare verso quella regione, ho dovuto fare i conti durante buona parte della ricerca con l'idea del Chiapas, di San Cristóbal e dello Zapatismo che avevo costruito *ad hoc* prima di partire, che mi aveva spinto in quelle terre lontane e faticava a dissolversi. Penetrare tra le pieghe di quella realtà significò mettere in discussione almeno alcuni dei suoi miti: la sua storia rivoluzionaria, gli eroi, i *caracoles*¹², ma anche la medicina maya e la *partería*, che nella mia ricerca occupano un posto di rilievo.

Dopo mesi trascorsi a Città del Messico, quando finalmente arrivai in Chiapas per il cosiddetto "momento preliminare" di avvicinamento alla ricerca sul campo, le cose andarono diversamente da come avevo ingenuamente immaginato, da vari punti di vista: come in tutti i progetti di ricerca che si rispettino, i miei desideri sono cambiati e i miei piani sono stati ridefiniti, dovendo fare i conti con alcune problematiche sociopolitiche che caratterizzano la regione e che hanno segnato anche il mio lavoro sul campo.

Prima di fermarmi a San Cristóbal e strutturare la ricerca, ho viaggiato un mese intero in Chiapas, addentrandomi nella foresta e aspettando mezzi di fortuna, che in genere erano camioncini scoperti che, oltre ai passeggeri locali (abituati ben più di me alla scomodità), trasportavano mercanzie, animali, attrezzi da lavoro e cibarie. Questi percorsi portavano all'interno della Selva Lacandona, dove erano disseminate decine di comunità indigene – zapatiste e non – molto isolate dai maggiori centri abitati.

Durante il viaggio ho incrociato spesso camioncini di militari armati "fino ai denti", mi sono imbattuta in diverse insegne che segnalavano le ore di coprifuoco, in cartelli stradali perforati da proiettili, in scritte che indicavano la presenza dell'Esercito Zapatista di Liberazione Nazionale (EZLN)¹³ e dei suoi movimenti antagonisti. Anche solo attraversando quei luoghi avvertivo uno stato di tensione non tangibile, ma permanente, com'era stata "la guerra a bassa intensità" attraverso

¹² J. Resina De la Fuente scrive in una nota del suo testo *El día que los caracoles aprendieron a correr: autonomía y territorio en las comunidades zapatistas*: "los caracoles son unidades socio-territoriales donde delibera el autogobierno a través de las Juntas de Buen Gobierno y se organizan las actividades y servicios comunitarios (...). Los caracoles son el espacio de encuentro entre las comunidades indígenas zapatista y la sociedad civil que los apoya" (J. Resina De la Fuente, 2011, p. 89).

¹³ Nel testo verrà usato l'acronimo EZLN.

cui lo Stato messicano, militarizzando l'area, aveva voluto smembrare gli avamposti del Movimento¹⁴. La gente incontrata durante il viaggio mi raccomandava assoluta prudenza e mi invitava al rispetto delle regole che implicitamente aleggiavano in quei luoghi inquieti e carichi di tensione.

La ricerca è stata costruita su tematiche che mi hanno fatto scoprire solo di riflesso dettagli sulla "questione zapatista". Una strategia, questa, che del resto contraddistingue tale movimento sociopolitico, che si sposta attorno ad alcuni spazi e temi visibili, lasciando solo trapelare il modo in cui vanno realmente le cose nei *caracoles*, avamposti politico-decisionali del Movimento.

Come ben spiega Oikonomakis, acuto studioso greco di movimenti sociali latino-americani:

[...] Per la sinistra tradizionale e ortodossa, la mancanza di lider visibili, l'assenza di un'organizzazione partitica di avanguardia, di un piano d'azione chiaro e soprattutto, la mancanza di un discorso tradizionalmente di sinistra, sono elementi che hanno reso lo zapatismo un movimento non facile da digerire (...). La strategia dello zapatismo è più un anti-strategia¹⁵ (L. Oikonomakis, 2019, p. 60).

L'accesso alle comunità autonome da parte degli stranieri è sempre stato controllato attentamente (in alcuni casi è tuttora interdetto, in altri circoscritto ad alcuni momenti o iniziative speciali come festival, incontri o assemblee pubbliche internazionali), e le informazioni che si raccolgono sul movimento zapatista sono spesso confuse, scarse, legate ai comunicati inviati dal subcomandante Marcos dalla Selva Lacandona. Nonostante ciò, il *levantamiento zapatista* ha occupato in pochissimo tempo un enorme spazio mediatico e politico in Messico, ma soprattutto altrove, lasciando un segno indelebile nella situazione sociopolitica attuale dell'area in questione¹⁶. Il '94 è per molti abitanti di San Cristóbal, residenti da anni in città, una data che rappresenta uno spartiacque che divide temporalmente e in maniera netta un prima da un dopo.

¹⁴ Così scrivono Hernández Cordero y G. Fenner Sánchez (2018): "La guerra de baja intensidad buscaba romper – simbólicamente – con el principal enclave logístico del EZLN. Existe evidencia de organismos defensores de los derechos humanos (Centro de derechos humanos Fray Bartolomé de las Casas, 2004), que muestran la forma en que el Estado mexicano desplegó un conjunto de tácticas de contra insurgencia que consistieron en la ocupación militar del perímetro de las zonas dominadas por el movimiento rebelde, así como diversos mecanismos de coacción (paramilitarismo, asesinatos, desapariciones forzadas, desplazamientos) en las zonas rurales, fuera del foco mediático".

¹⁵ "Para la izquierda tradicional y ortodoxa, la falta de líderes visibles, la ausencia de una organización partidista de vanguardia, de un plan paso por paso y, sobre todo, la falta de un discurso tradicional de izquierdas, ha hecho que el Zapatismo no sea fácil de digerir (...). La estrategia política del Zapatismo es más una anti-estrategia".

¹⁶ Si consiglia la lettura del testo *Chiapas. La comunicación enmascarada. Los medios y el pasamontaña* di Raúl Trejo Delarbre, 1994.

Scegliendo di non proporre descrizioni dettagliate di un fenomeno politico e culturale molto complesso com'è stato lo Zapatismo, l'intenzione è quella di focalizzarmi solo su alcuni aspetti del Movimento funzionali ad analizzare alcune sue eredità ancora molto visibili nel contesto in cui si è svolta la ricerca.

Negli anni precedenti all'insurrezione, la sinistra internazionale viveva un momento critico: tutti i paesi latino-americani (a eccezione di Cuba) stavano dormendo la loro "larga noche neoliberal" (Escobar, 2010, p. 2); Cuba, sotto l'embargo statunitense, aveva perso la sua egemonia culturale sui movimenti rivoluzionari latino-americani. Erano gli anni del trionfo del TINA (There Is No Alternative)¹⁷, durante i quali non sembravano esserci alternative al sistema neoliberista, al libero mercato, al capitalismo e alla globalizzazione, che parevano l'unica strada percorribile per lo sviluppo di una società moderna.

[...] All'improvviso, all'alba del primo giorno di gennaio del 1994, dalla foschia delle montagne del sud est messicano, apparve un barlume di speranza per le sinistre latinoamericane e internazionali: una lucciola coperta con passamontagna e fazzoletti rossi al collo¹⁸ (L. Oikonomakis, 2019, p. 61).

Il primo gennaio 1994 era il giorno in cui entrava in vigore il NAFTA (North American Free Trade Agreement) quando l'Esercito Zapatista di Liberazione Nazionale si insediò in sette comuni del Chiapas, tra cui San Cristóbal de Las Casas, dando avvio al *levantamiento zapatista*; fu un'occupazione simbolica, che durò una sola notte e per la maggior parte dei casi fu realizzata disarmando l'esercito messicano senza usare la forza. Da quel momento in poi gli indigeni chiapanechi, anche grazie a noti portavoce tra cui il subcomandante Marcos, al grido di "aquí estamos!"¹⁹, si sono ritagliati un ruolo mediatico e politico rilevante sia a livello nazionale che internazionale, negoziando e opponendosi a una linea politica che in Messico, e nel mondo intero, si muoveva verso una galoppante modernizzazione e globalizzazione dell'economia, senza tener

¹⁷ "There is no alternative" era uno slogan spesso usato dal primo ministro inglese Margaret Thatcher, che oggi viene utilizzato con la sigla TINA, intendendo quella linea di pensiero che considera il neoliberismo come la sola ideologia valida nell'ordine economico e politico mondiale.

¹⁸ "Y, de repente, en la madrugada del nuevo año 1994, desde la neblina de las montañas del sureste mexicano, apareció esa lucecita de esperanza para las izquierdas latinoamericana e internacional: una luciérnaga cubierta con pasamontaña y paliacate, una luciérnaga incómoda que no cabía en ningún esquema revolucionario conocido hasta entonces".

¹⁹ "Siamo qui!".

conto delle necessità più elementari dei popoli nativi messicani e in generale delle popolazioni emarginate di tutto il mondo.

Lo Zapatismo ha portato la questione indigena al centro del dibattito pubblico e politico, accendendo i riflettori su una regione periferica e dimenticata, come dimenticati erano i nativi che vi abitavano. Viqueira, portando alla luce alcune delle contraddizioni che seguirono al Movimento, scrive:

[...] a livello nazionale, il movimento armato dell'EZLN il 1° gennaio del 1994, pose la questione indigena al centro del dibattito pubblico e politico e obbligò i partiti politici a prendere posizione rispetto al futuro dei popoli indigeni del paese, nonostante sovente le loro proposte politiche non facevano altro che diffondere gli stereotipi relativi agli indigeni che vivevano in comunità isolate e armoniche, situate al margine della storia (...). Nonostante ciò, il movimento neo zapatista ricordò all'opinione pubblica che gli indigeni esistevano e che la maggior parte di loro vivevano in drammatiche condizioni di miseria²⁰ (Viqueira, 2002, p. 39).

Il lascito più evidente del Movimento è l'aver creato un nuovo referente rivoluzionario popolare – non con la erre maiuscola, ma minuscola – nato “dal basso” e che ha avuto un'enorme influenza nell'immaginario politico dei movimenti sociali successivi. Un'influenza che Oikonomakis paragona a quella che esercitarono la rivoluzione cubana e quella sandinista a suo tempo, e che ancora muove attivisti, sostenitori, e seguaci da tutto il mondo verso il Chiapas.

Ciò fu particolarmente evidente quando partecipai al *Primer encuentro internacional, político, deportivo, artístico y cultural de mujeres que luchan*, che ebbe luogo dall'8 al 10 marzo 2018 presso il *caracol* Morelia: la presenza di stranieri da tutto il mondo, giunti in quel luogo sperduto nelle montagne del Chiapas, aveva dell'incredibile. Parevano esserci molti più stranieri che messicani, nonostante il considerevole vantaggio geografico di questi ultimi.

²⁰ “A nivel nacional, el levantamiento armado del EZLN del 1° de enero de 1994, puso por un tiempo la cuestión indígena en el centro del debate público y obligó a los partidos políticos a tomar posición con respecto al futuro de los indígenas en el país, aunque casi siempre sus propuestas no hicieron más que revivir los estereotipos más gastados que presentan a los indígenas viviendo en comunidades aisladas y armónicas, al margen de la historia (...). Así, el movimiento neozapatista le recordó a la opinión pública que los indígenas existen y que la gran mayoría de ellos viven en dramáticas condiciones de miseria”.

Dagli anni turbolenti della rivoluzione zapatista a oggi, in particolar modo a San Cristóbal, è aumentato sempre più un particolare tipo di turismo politico-militante che in vari modi continua a dare sostegno al Movimento, tanto da essersi meritato l'epiteto azzeccato di "zapaturismo"; questo flusso costante di individui e gruppi provenienti principalmente dall'Europa e dal Sud America, organizzati in reti di cooperazione solidali al movimento zapatista, muovono capitali concreti e simbolici, trasferendoli principalmente a San Cristóbal, il cui volto caratteristico è stato da ciò profondamente segnato.

Tornando ai primi passi della mia ricerca, l'idea iniziale era di svolgerla presso la piccolissima comunità di Sitim, nel distretto di Chilón, distante qualche ora di *combi*²¹ da San Cristóbal de Las Casas, in direzione di Ocosingo.

Tuttavia, in seguito ad alcune assemblee, i portavoce della comunità mi avevano comunicato che erano contrari al mio arrivo a Sitim, adducendo alla loro scelta, ormai definitiva, il rischio per la mia incolumità se mi fossi spinta verso quell'area problematica e politicamente instabile. La mia permanenza, come ricercatrice straniera, avrebbe acuito le rivalità già presenti tra le famiglie più influenti della comunità e avrebbe destato sospetti agli occhi di quelle limitrofe. Mi fermai quindi a San Cristóbal, cittadina tranquilla incastonata tra le montagne della Sierra Madre che, nonostante sia stata teatro dei primi giorni di insurrezione del Movimento, non ne è mai stata l'epicentro, essendo lontana dalle comunità zapatiste autonome che continuano a essere una delle cause principali delle attuali tensioni nella zona.

L'essere straniera oggi in Chiapas è una condizione che ha vari risvolti, non sempre piacevoli o prevedibili, e mostrare una chiara apparenza europea accende rivalità e solleva questioni che non risalgono solamente a un passato coloniale ingombrante che ritorna, ma anche alla "colonizzazione" che negli ultimi vent'anni ha invaso alcune aree del Chiapas, soprattutto a seguito del movimento zapatista.

Secondo l'INEG (*Instituto Nacional de Estadística y Geografía*), nel 2015 San Cristóbal de Las Casas contava circa 210.000 abitanti. Il centro storico, in particolare, nelle ultime decadi ha sperimentato importanti cambiamenti sociali, politici, territoriali e demografici. Ricordiamo che nel 1970 nel distretto vivevano appena 33.000 persone, e da allora la popolazione è cresciuta di sei volte, concentrandosi nel centro città (A. Hernández Cordero e G. Fenner Sánchez, 2018). A ciò ha fatto seguito l'acuirsi di problematiche legate all'inquinamento urbano, al disboscamento massivo delle

²¹ Piccoli furgoncini che vengono utilizzati come mezzi di trasporto locali.

pendici dei monti dove ora sorgono le periferie urbane, alla sovrappopolazione, alla scarsità di servizi basici, all'abuso edilizio. È cresciuto il divario tra aree ricche e povere, si è acuita la violenza nelle periferie e le problematiche di salute pubblica sono all'ordine del giorno; le epidemie di salmonellosi e parassitosi intestinali sono la causa di un elevato numero di morti infantili e sono alti i tassi di mortalità materna indigena in gravidanza e nel parto.

In questo quadro di crescita massiccia della popolazione sancristobalense, A. Hernández Cordero e G. Fenner Sánchez (2018) sostengono che:

[...] Le principali mutazioni che toccarono la città di San Cristóbal de Las Casas hanno origine principalmente in due assi. Da un lato arrivò in città una nuova ondata di popolazione a causa dell'insurrezione zapatista, ma anche a causa di dispute politiche, religiose e territoriali. Dall'altro lato l'incremento del flusso di turisti ha cambiato la fisionomia socio-spaziale della città²² (A. Hernández Cordero e G. Fenner Sánchez, 2018, p. 84).

“Dopo il movimento Zapatista gli stranieri hanno colonizzato San Cristóbal e le aree attorno alla città; prima che arrivassero tutte queste persone da fuori, San Cristóbal era una città tranquilla, le case non costavano così tanto come adesso, non c'erano così tante botteghe, bar, ristoranti come vedi ora. Vedi laggiù quelle case in mezzo al bosco? Sono tutte state comprate da francesi, italiani, tantissimi europei sono arrivati in Chiapas e le cose sono cambiate molto velocemente da allora. Molti non sono d'accordo con la loro presenza qui, perché i prezzi sono aumentati anche per noi messicani”²³, mi spiega Alethia durante una visita fuori città, verso le distese erbose della Canasta. Il movimento zapatista ha chiamato da tutto il mondo sostenitori, viaggiatori e turisti, molti dei quali, dopo aver constatato che potevano acquistare una casa con pochi soldi, avviare negozi o attività economiche, non ci hanno pensato due volte a farlo.

Gli stranieri che oggi vivono in Chiapas e soprattutto a San Cristóbal rappresentano uno dei motori del cambiamento economico e sociale che ha positivamente stravolto alcuni degli equilibri nella regione e in città, ma al tempo stesso rendono visibili le disuguaglianze sociali, politiche ed economiche tra il Chiapas, il Messico e il resto del mondo. Difatti la maggior parte della popolazione non potrà beneficiare dei frutti di questi cambiamenti.

²² “Las principales mutaciones de San Cristóbal de Las Casas encuentran su origen en dos ejes principalmente. Por un lado, la llegada de nueva población a la ciudad a causa de la insurrección del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), así como por disputas políticas, religiosas y territoriales en la región. Por otro lado, el incremento de los flujos de turistas que han cambiado la fisonomía socio-espacial de la ciudad”.

²³ Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, settembre 2018.

Coloro che arrivarono alla fine degli anni Novanta, sulla spinta del movimento zapatista, ora gestiscono molte delle attività economiche e commerciali della città, mentre i dipendenti sono spesso indigeni, non sempre ben pagati o regolarmente assunti²⁴.

L'area attorno a Sitim, dove pensavo che avrei svolto la mia ricerca, era fortemente militarizzata a causa della presenza – ormai stabile – di diversi gruppi armati governativi e zapatisti, e di milizie di autodifesa comunitaria che assediavano l'unica strada asfaltata che da San Cristóbal portava verso Ocosingo.

La difficoltà di spostamento ha condizionato molte delle mie scelte, spingendomi a ritenere più opportuno svolgere la ricerca nella città di San Cristóbal, in cui mi sarei sentita più sicura, dal momento che non mi sarei potuta muovere in tranquillità come pensavo nel resto del territorio. San Cristóbal è una preziosa vetrina che abbaglia i visitatori con un'immagine della realtà chiapaneca parziale e rarefatta, funzionale a mantenere aperti i canali entro i quali possono transitare turisti messicani e stranieri che rivitalizzano l'economia cittadina, ormai incentrata sul turismo. All'esterno di questi canali creati *ad hoc*, la situazione sociopolitica è più spinosa ed è raccomandabile non muoversi da soli nel territorio.

Differentemente dalla bolla di tranquillità del centro di San Cristóbal, l'intero territorio chiapaneco è invece attraversato da tensioni sociali che si respirano chiaramente uscendo dalla *comfort zone* confezionata appositamente per lo straniero, il quale oggi beneficia della possibilità di viaggiare nella regione anche grazie ai nuovi canali aperti dallo Zapatismo.

Il Chiapas è una regione fortemente multietnica, in cui la popolazione indigena rappresenta circa un terzo di quella totale. Tra i principali gruppi etnici ci sono gli *tzotzil*, *tzeltal*, *zoque*, *ch'ol*, *tojolabal*, *mame*, *lacandòn*, eredi culturali delle popolazioni maya precolombiane. La regione è anche conosciuta e rinomata in tutto il Messico per la ricchezza dei siti archeologici maya, per la natura lussureggiante che la compone e per l'artigianato indigeno locale.

È una zona di confine, geograficamente collocata al sud del Messico, che si affaccia a sud-est sul golfo di Tehuantepec e confina lungo il lato sud-ovest con il Guatemala, guarda verso il centroamerica e viene attraversata da ingenti flussi di migranti latino-americani che, oltrepassato il confine chiapaneco, attraversano il Messico in lungo verso il confine meridionale degli Stati Uniti.

²⁴ Un esempio, relativo alla mia ricerca, è la storia di Carmen, donna *tzotzil* che incontreremo più avanti nella narrazione, che ha lavorato per molti anni in un ristorante italiano del centro città, senza un contratto regolare. Quando si è licenziata, perché sosteneva di aver subito dei maltrattamenti durante il turno di lavoro, non ha ricevuto il pagamento degli ultimi mesi di salario.

Quantificati in circa 400.000 dall'OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), la maggior parte di loro proviene dai paesi più poveri, politicamente instabili e vessati dalla criminalità (Venezuela, Honduras, Guatemala, El Salvador), ma solo alcuni di loro riusciranno a percorrere gli oltre 3.000 chilometri che li separano dal confine statunitense.

Per molti il viaggio inizia proprio negli stati del Chiapas e di Tabasco, là dove il fiume Usumacinta (per i maya, "fiume delle scimmie sacre") può essere facilmente attraversato con la tacita complicità della fitta foresta tropicale e di un giovane Caronte che, in cambio di pochi dollari, trasporta i migranti al di là della frontiera su una chiatte di fortuna.

Molti di loro proseguono verso nord aggrappati a un treno della speranza, "la Bestia", tristemente famoso per le condizioni disumane in cui i migranti si trovano ad affrontare il percorso. Vessazioni d'ogni sorta vengono operate dalla criminalità organizzata e da membri delle forze di polizia, quasi a volerli privare delle energie e delle risorse necessarie per portare a termine la traversata.

Non è casuale la facilità con la quale può essere oltrepassato il confine tra Guatemala e Chiapas: per motivazioni evidentemente diverse da quelle di chi si trova a dover fuggire da violenza, miseria e instabilità politica, l'assenza totale di controlli alla dogana, dove pagai semplicemente una cospicua "mazzetta" per poter rientrare in Messico, mi lasciò basita. Si accede quindi facilmente passando per la frontiera sud, ma questa facilità fa presagire le ben più dure difficoltà che i migranti incontreranno durante il viaggio, che per molti non si concluderà con l'ingresso negli USA, ma molto prima.

Il Chiapas, terra tagliata da varie traiettorie di migranti centroamericani e viandanti del primo mondo che difficilmente si incroceranno, esacerbando tensioni identitarie e conflittualità tra gruppi, è un'area di confine, dove i migranti centroamericani generalmente non si fermano e che attira sempre più l'interesse di viaggiatori stranieri, che invece decidono di sostarvi. Si tratta di una regione in cui transitano continuamente flussi di migranti che seguono ondate cicliche a volte visibili, anche mediaticamente, altre volte invisibili.

A San Cristóbal capita di imbattersi in alcuni di loro, soli o accompagnati da figli, che chiedono ai passanti un piccolo contributo economico per proseguire il viaggio. Li si riconosce dall'accento, cantilenante, diverso da quello chiapaneco; passando loro accanto ritornano in mente le molte problematiche legate alla migrazione che rivelano il volto forse più buio e controverso del territorio chiapaneco: quello del traffico di droga, migranti, organi, armi, donne e bambini.

Insieme alle problematiche associate ai flussi migratori, Freyermuth e Guerrero (Freyermuth e Guerrero, 1995), ricordano che:

[...] la prossimità rispetto alle altre lotte centro americane, la colonizzazione continua della foresta Lacandona, i movimenti politici degli agricoltori indigeni, le operazioni di molte importanti centrali idroelettriche e dei depositi petroliferi, la visibile presenza della chiesa cattolica²⁵ (Freyermuth e Guerrero, 1995, p. 271).

sono solo alcuni degli elementi che devono essere tenuti a mente qualora si decidesse di fare ricerca in queste terre, cercando di mantenere aperto lo sguardo verso le più ampie dinamiche sociali e politiche che le caratterizzano.

Il Chiapas è lo Stato messicano più povero insieme a Guerrero e Oaxaca, nonostante il suo territorio sia estremamente ricco di risorse alimentari e naturali, le quali riforniscono il resto del Paese e portano la regione a essere una delle maggiori esportatrici di frutta tropicale, caffè, miele e cacao al mondo. Nonostante questa abbondanza di risorse alimentari, minerarie e idriche, il problema dell'acqua corrente e potabile, per esempio, è ingente e restituisce un quadro più chiaro delle sue contraddizioni. Le acque sono poco salubri, le reti idriche non sono collegate a tutte le case e la disponibilità continua di acqua corrente non è garantita universalmente: gran parte della popolazione non ne ha accesso, in particolare a San Cristóbal, dove l'acqua non arriva al 20% dei suoi 250.000 abitanti, soprattutto indigeni, poveri e residenti nelle aree periferiche della città. Nei momenti di carestia l'acqua viene invece garantita ai numerosi hotel del centro cittadino.

Le risorse idriche scarseggiano perché vengono utilizzate per rifornire la fabbrica di imbottigliamento della Coca Cola che ha sede a San Cristóbal e il cui impianto estrae più di 300.000 litri d'acqua al giorno da fonti idriche locali; ovviamente, ciò che resta agli abitanti di San Cristóbal è insufficiente e limitato alle acque superficiali, una risorsa in diminuzione a causa dei cambiamenti climatici che rendono la stagione secca molto più lunga e rigida rispetto al passato.

I cittadini sono così costretti a comprare l'acqua da camion privati oppure a bere Coca Cola, molto più accessibile a tutti, sia in termini di prezzo che di reperibilità.

²⁵ "The proximity of other Central American political struggles, the ongoing colonization of the Lacandon jungle, the indigenous campesino (peasant) movements, the operation of several important hydroelectric dams and petroleum deposits, and the visible and active presence of a church committee".

A San Cristóbal, nello stesso spazio urbano, troviamo: indigeni provenienti dalle regioni di Los Altos che migrano in città cercando lavoro e un migliore stile di vita, sperando di poter trarre vantaggio dalle opportunità economiche che la città offre; una miriade di turisti europei “politicizzati” e non, che si fermano in città per periodi più o meno brevi; un ingente numero di associazioni, università, ONG, spazi culturali; migranti centroamericani che transitano nella regione lungo specifiche rotte. Ciò contribuisce a dare un volto caratteristico a questa piccola cittadina, considerata da molti la capitale culturale della regione, e che possiede tratti peculiari e molto diversi dai restanti maggiori centri abitati del Chiapas, tra cui la stessa capitale amministrativa Tuxtla Gutiérrez.

Come riferiscono le due autrici menzionate pocanzi, che da decenni svolgono ricerche nell’area di Los Altos:

[...] a San Cristóbal de Las Casas (...) è presente una grande diversità etnico culturale: si può trovare una società conservatrice e razzista; i migranti maya espulsi dalle comunità di confine per ragioni economiche, politiche e/o religiose; i rifugiati centroamericani che lasciano i loro contesti di origine dilaniati da crisi politiche, economiche, militari; europei e nordamericani in cerca di differenti stili di vita; migranti da altre grandi città messicane, meticci, che a causa della crisi economica cercano condizioni di vita migliori e altre opportunità di vita²⁶ (Freyermuth e Guerrero, 1995, p. 270).

Questo sincretismo peculiare tra stili di vita europei, messicani e indigeni è uno “spettacolo” attraente e culturalmente stimolante per qualsiasi soggetto affascinato da questa eterogeneità, ma ha al tempo stesso dei risvolti subdoli: è un panorama che distrae, allontana, rallenta la presa di coscienza degli elementi storico-politici ed economici *più profondi* che, soprattutto dopo l’insurrezione zapatista, hanno contribuito a rendere San Cristóbal una città molto più problematica, contraddittoria e segmentata rispetto al pacchetto “folklorico” che viene proposto al turista e al viaggiatore in cerca di esotismo.

Negli ultimi 25 anni è aumentato il “turismo etnico” in cerca di culture esotiche, accanto al “turismo di esperienze rivoluzionarie” (A. Hernández Cordero e G. Fenner Sánchez, 2018), che vuole far

²⁶ “In San Cristóbal de las Casas (...) one finds great ethnic and cultural diversity: a conservative, racist local society; migrant Maya expelled from bordering communities for economic, political, and/or religious reasons; Central American refugees fleeing from the economic, military, and political crises of their own countries; Europeans and North Americans in search of different lifestyles; and, migrating from larger Mexican cities, mestizos who have been affected by the economic crisis and are looking for better conditions and opportunities for development”.

vivere al turista, più o meno politicizzato, una gamma di esperienze significative all'interno di territori che portano avanti la resistenza.

Tuttavia, i turisti difficilmente transiteranno nelle periferie urbane della città, non si imbattono nei flussi di migranti centroamericani, quelli non politicizzati resteranno persino estranei a quell'immagine dello "zapaturismo" trasformato in folklore, ripulito, inoffensivo, trasformato in "oggetto" vendibile. I centroamericani e gli zapatisti non vedranno i turisti, che a loro volta non si sposteranno negli angoli "più temuti e remoti" della selva Lacandona e delle montagne del Chiapas.

Europei, americani, canadesi, argentini possono percorrere solo specifici spazi o territori delimitati e ritagliati apposta per loro, i ricercatori (soprattutto se stranieri) non avranno facile accesso a determinate realtà sociali e politiche più "spinose" e dovranno affrontare le conseguenze evidenti della presenza massiva di turisti, viaggiatori e ricercatori che li hanno preceduti e ne hanno alterato l'autenticità (se mai ce ne fosse stata una) e la naturalezza delle relazioni personali tra nativi e stranieri. Laddove al ricercatore venga impedito l'accesso ad alcuni spazi geografici e limitata l'esplorazione di alcuni aspetti culturali e politici della realtà che incontra, sarà ancora più difficile smantellarne i recalcitranti stereotipi.

La presente ricerca è nata ricalibrando la lunghezza di un passo che sarebbe stato, forse, troppo lungo se avesse seguito il progetto iniziale di recarmi a Sitim; allo straniero il Messico chiede tatto, esige acume e impone prudenza nei movimenti. Il rischio che si corre è alto per coloro che decidono di non rispettare le regole implicite, ma vigenti nel Paese, soprattutto per ricercatori e giornalisti, primi per numero nella lista dei *desaparecidos*.

Ciò non impedisce che, all'interno dell'etnografia, si possano ricomporre nuove regole per seguire le storie di vita, le traiettorie e gli spostamenti degli informatori; attraverso i racconti che abbiamo il privilegio di ascoltare, conosciamo loro e i contesti in cui vivono, condividiamo emozioni e stati d'animo, oltrepassando quella patina di esotismo ottundente, creato per distrarre il turista, il viaggiatore e, a volte, anche l'antropologo.

1.2 Flussi e trasformazioni negli altipiani del Chiapas: uno sguardo tra passato e presente

Le contraddizioni di San Cristóbal e della sua regione riassumono in una piccola valle il fondamentale dilemma che affronta oggi l'umanità nella sua scala globale: accettare la moltiplicazione delle forme personali di identità, le mescolanze e gli scambi culturali, o rinchiudersi in rigidi gruppi chiusi in opposizione l'un con l'altro²⁷.

(Juan Pedro Viqueira, 2002, p. 45)

Gli uomini quando se ne vanno non tornano più e non ti inviano più denaro per i figli. I tempi sono cambiati e noi donne dobbiamo andare a lavorare al mercato e cercare altre maniere per vivere. Ora è tutto diverso²⁸.

(Veronica, note di campo, ottobre 2018)

Nel testo *Socio-economic change and emotional illness among the highland Maya of Chiapas, Mexico* (2000), G. Collier, con altri studiosi, analizza alcune delle trasformazioni che hanno segnato in maniera incalzante le comunità indigene della zona degli altipiani del Chiapas negli ultimi vent'anni. Gli autori, che verranno sovente citati nel corso di questa trattazione, hanno avuto il merito non solo di porre l'attenzione sull'andamento delle dinamiche economiche e sociali dell'area, ma anche sulle nuove patologie, definite *emotional illnesses*, che si stanno diffondendo nelle zone in cui si è svolta anche la presente ricerca.

²⁷ "Las contradicciones de San Cristóbal y su región resumen en un pequeño valle el dilema fundamental al que se enfrenta hoy en día la humanidad en su aldea global: multiplicar las formas personales de identidad, las mezclas y los intercambios culturales, o atrincherarse en rígidos grupos cerrados, enfrentados entre sí".

²⁸ "Los hombres ja cuando se van nunca regresan y no te envían más dinero para los hijos. Ahora los tiempos cambiaron... y nosotras las mujeres tenemos que trabajar en los mercados y buscar cómo vivir... ja ahora todo es diferente...".

Tra le teorie formulate dagli studiosi vi è quella che i cambiamenti più significativi che hanno recentemente interessato le aree indigene siano principalmente dettati da fattori economici, causa di mutazioni sociali e culturali che hanno alterato la struttura familiare e l'organizzazione comunitaria dei gruppi nativi.

Grazie alla teoria, elaborata da Eric Wolf, negli anni cinquanta del novecento, relativa alle *close corporate peasant communities* centroamericane (CCPC)²⁹, possiamo evincere che le piccole comunità indigene degli altipiani di Messico e Guatemala avevano un'organizzazione economica, sociale, linguistica e politico-religiosa relativamente autonoma (Wolf, 1957, 1986); la loro struttura di tipo corporativo era in grado di accorpere i suoi membri limitando i loro contatti con l'esterno. Per questa ragione strutturale Wolf, ma anche Collier e i suoi collaboratori, ritengono che molte comunità indigene centroamericane avevano vissuto in una situazione di profondo isolamento dal resto dei flussi economici che interessavano l'economia messicana.

Le *close corporate peasant communities*³⁰ agricole si reggevano sul sistema *cargo*³¹ attraverso cui venivano regolati gli scambi economici, le prestazioni sociali, lavorative e si manteneva un forte grado di solidarietà nelle relazioni familiari e comunitarie tradizionali, riuscendo a far fronte ai periodi di povertà. La domanda occupazionale veniva esaurita all'interno della famiglia, che impiegava tutti i suoi membri in specifiche attività lavorative legate all'agricoltura e all'allevamento, e sempre in famiglia venivano distribuite tutte le risorse economiche e alimentari necessarie a garantirne la sopravvivenza. Negli scritti di Wolf si evince che lo sviluppo di questa specifica struttura era stato il risultato della seria crisi socio-culturale che avevano vissuto le comunità, in seguito alla conquista spagnola dell'America Latina; queste difatti, nell'opinione dell'autore, si chiusero in sé stesse, come risposta ai pesanti cambiamenti sociali, politici ed economici introdotti dalla colonizzazione (Wolf, 1957, p. 12).

²⁹ Acronimo usato dallo stesso autore per definire le *close corporate peasant communities*; il CCPC, nel pensiero di Wolf è un utile *framework* analitico per studiare e comparare differenti tipologie di organizzazione comunitaria, in particolare si dedicò a quelle centroamericane di Messico e Guatemala e a quelle di Java.

³⁰ A riguardo Collier e i suoi collaboratori citano proprio Eric Wolf. Nel saggio del 1957 *Closed Corporate Communities in Mesoamerica and Central Java* egli aveva rilevato che il sistema delle società tradizionali indigene era basato sull'agricoltura e su un'organizzazione sociale tradizionale che si reggeva sulla mutualità degli obblighi rituali *cargo*, che aiutavano a legittimare il modo in cui si distribuiva la ricchezza tra i componenti della comunità, per far fronte alla scarsità di risorse disponibili.

³¹ Per approfondire il sistema *cargo* e vederlo applicato a un caso etnografico specifico, si raccomanda la lettura di Hernández Flores J. Á. (2016), *Cholula y su sistema de cargos. Una propuesta para su estudio*, inserito nella *Revista trimestral de ciencia y cultura*, numero 102, volume 23, aprile-giugno 2016.

L'autore ipotizza però che le CCPC sono destinate a disgregarsi perché "nel lungo periodo risultano essere incapaci di apportare cambiamenti"³² (Wolf, 1957, p. 13) significativi attraverso cui potersi adattare all'incedere del capitalismo e della società contemporanea. Nel 1986 nel suo saggio "*The vicissitudes of the closed corporate peasant community*" Wolf descrive con dettaglio i meccanismi attraverso cui le CCPC si sono progressivamente relazionate ad un intorno mutevole, attraversato da cambiamenti economici, sociali e politici che influivano anche sulle comunità stesse (Wolf, 1986, p. 328).

Le veloci trasformazioni che hanno interessato il sistema agricolo messicano dalla fine degli anni Ottanta ai giorni nostri hanno alterato drasticamente molti degli equilibri comunitari, modificando anche il sistema di prestazioni *cargo*; le famiglie che solitamente contavano sul lavoro, soprattutto agricolo, di tutti i loro membri per provvedere all'auto-sussistenza del gruppo e quindi anche della comunità, dovendo far fronte alle necessità di aumentare la produzione agricola, iniziarono a utilizzare agenti chimici (fertilizzanti, pesticidi) che potessero aumentare la resa dei campi coltivati. Come conseguenza si trovarono costrette a inviare molti dei componenti di sesso maschile fuori dalle comunità, sperando che venissero inseriti nel mercato lavorativo esterno al circuito tradizionale, in modo da ottenere ingressi economici aggiuntivi.

Nell'opinione di Wolf sono gli uomini delle comunità a svolgere l'ambiguo ruolo dei *brokers* i quali, allontanandosi dalle comunità per lavoro, tornando apportano novità, manifestano nuove necessità e nuovi bisogni. Questo può essere considerato uno dei vari fattori che causò una progressiva frammentazione dei nuclei famigliari e un indebolimento dei legami comunitari, alterando molti equilibri interni alle comunità.

Il tutto avvenne in un contesto segnato da una graduale crescita dell'economia capitalista nazionale e globale, da un aumento massivo dei consumi, del commercio e della mobilità individuale, fattori che all'interno delle famiglie e delle comunità indigene marcarono le differenze tra coloro che potevano beneficiare di una certa disponibilità economica (generalmente gli uomini che lavoravano fuori dalle comunità) e coloro che ne erano esclusi (le donne, che rimanevano prevalentemente assorbite dalle attività della sfera domestica).

L'acuirsi delle differenze economiche tra membri della stessa famiglia a causa dei nuovi inserimenti nel mercato del lavoro, ha reso visibili dissimmetrie non solo all'interno dello stesso nucleo

³² "(...) in the long run they are incapable of preventing changed", *Closed Corporate Peasant Communities in Mesoamerica and Central Java*, Eric R. Wolf, 1957, traduzione mia.

famigliare, ma anche tra i diversi gruppi comunitari nativi quali quelli indigeni tradizionali/rurali e le città (San Cristóbal de Las Casas e Tuxtla Gutiérrez), in cui si concentravano i ceti medi urbani in crescita economica.

Come ben riassume Collier:

[...] gli altipiani del Chiapas hanno vissuto forti trasformazioni socio-economiche negli ultimi anni che hanno inciso fortemente sul contesto sociale, alterando i significati delle relazioni interpersonali all'interno della vita familiare e produttiva delle comunità. Le famiglie tradizionalmente vivevano sulla produzione intensiva di lavoro all'interno del gruppo domestico, cosa che garantiva a tutti il diritto di essere anche consumatori. La crescita economica incentrata sul commercio ha portato molti individui, in numero maggiore uomini, fuori dall'economia agricola in cui vivevano, spingendoli verso attività economiche incentrate sul guadagno di denaro, fattore che progressivamente mise in crisi l'ideologia e la pratica sociale basata sulla condivisione che vigeva all'interno delle comunità. Quando gli uomini si sentivano autorizzati a spendere i loro guadagni in alcool e vestiti alla moda, le donne e i bambini rimanevano senza cibo, perdendo il diritto di rivendicare le loro necessità sui guadagni individuali dei mariti, che fino a poco venivano condivisi in famiglia. Possiamo sostenere che i significati socio-culturali che erano dati per assodati all'interno delle relazioni interpersonali, le cosiddette tradizioni delle popolazioni degli altipiani del Chiapas, stanno cambiando e sfidando il senso con il quale i soggetti avevano vissuto le loro vite fino ad oggi, rendendo gli individui più *vulnerabili* alle conseguenze dei cambiamenti socio-economici³³ (Collier, 2000, p. 30).

Le alterazioni della struttura delle CCPC indussero cambiamenti importanti anche nei compiti tradizionalmente svolti dai soggetti femminili che si trovarono sempre più a svolgere attività lavorative legate al commercio e alla vendita di prodotti locali alimentari o artigianali e attività di lavoro domestico fuori dal loro nucleo familiare. Tuttavia come suggerisce Teresa Ramon Maza (2018) le donne, non avendo potuto beneficiare delle stesse possibilità di accesso al mercato del lavoro possedute dagli uomini, sono stati i soggetti che hanno maggiormente sofferto di condizioni economiche e di salute psichica ed emozionale precarie. Come denota l'autrice la maggior parte

³³ "Highland Chiapas has been undergoing socio-economic transformation in recent years, changing the social formation underpinning the very meaning of interpersonal relationships in family life and production. Families used to subsist on labour-intensive production, which all household members shared, guaranteeing all members rights to consumption. Growth of the commercial economy has drawn individuals, especially men, out of the agrarian foodsecuring economy into money-making activities that threaten the ideology and practices of shared consumption in the home. When men feel justified in spending «their» earnings on drink and fancy clothes, women and children may go hungry, yet have lost the ability to revendicate their claims on men's earnings on the basis of production in which they shared. We argue that taken-for-granted meanings of interpersonal relations, the habitus of highland Maya life, is shifting, challenging old meanings through which people have lived their lives, rendering individuals vulnerable to the ravages of socio-economic change".

delle donne degli altipiani “sono malate di nervi” (*están esfermas de los nervios*³⁴), soffrono di stress e patologie che coinvolgono non solo il corpo, ma soprattutto la psiche, alterandone l’equilibrio emozionale.

La maggior parte delle madri sole che ho conosciuto nell’*Hogar Comunitario Yachil Antzetik*³⁵ si trovava in una situazione di vulnerabilità estrema, proprio a causa delle trasformazioni economiche e occupazionali ravvisabili all’interno della sfera domestica che hanno messo progressivamente in crisi alcuni dei valori su cui si fondava la famiglia tradizionale e la relazione tra coniugi.

Per esempio, l’organizzazione socioeconomica delle famiglie tradizionali, basata sull’autosussistenza, prevedeva di consumare all’interno della famiglia ciò che era stato ricavato dal raccolto ma, con l’allontanamento dei padri, il modo di consumare e condividere i guadagni si alterò progressivamente. Molti uomini si trovarono a dover lavorare lontano da casa anche per lungo tempo e per molti ciò comportava un indebolimento progressivo dei legami e degli oneri presi nei confronti di moglie e figli; molti tenevano per sé i profitti, lasciando spesso le famiglie per lungo tempo senza il denaro necessario al loro sostentamento.

Le donne conosciute nell’*Hogar Comunitario* consideravano essere un “buon” padre e marito colui che era in grado di rispondere e sopperire innanzitutto ai bisogni materiali dei figli e della compagna. Nel momento in cui i mariti non fornivano più alla moglie almeno una parte di ciò che guadagnavano lavorando, le famiglie si disintegravano: sofferenze, gelosie e congetture sulla presenza di altre relazioni affettive o famiglie parallele minavano le basi dei rapporti coniugali fino a farli implodere e collassare.

La storia di Veronica è rappresentativa di questa problematica molto diffusa tra le famiglie di Los Altos. Veronica è una madre sola il cui compagno, per lavoro, rimane per lunghi periodi dell’anno a Cancún nello stato dello Yucatan; nonostante sia lui il padre naturale dei loro quattro figli, con il passare del tempo non ha più inviato denaro alla famiglia, che, al momento del nostro primo incontro, si trova a vivere in una situazione di profonda indigenza.

³⁴ “Mujeres del campo chiapaneco: sus respuestas ante la crisis del campo mexicano y sus nuevas condiciones laborales” Teresa Ramos Maza, 2018, p. 81.

³⁵ *Hogar Comunitario Yachil Antzetik*: casa di cura comunitaria “La donna nuova”. Nell’*Hogar* è stata svolta la maggior parte della presente ricerca sul campo, alternando interviste, osservazione partecipante e affiancamento al lavoro delle levatrici. Nell’*Hogar Comunitario* donne gestanti *tzotzil* e *tzeltal* richiedono sostegno e cure ginecologiche, dal momento che non dispongono delle risorse materiali sufficienti per portare a termine la gravidanza senza incorrere in gravi rischi (non hanno una dimora, vestiti o cibo per sfamare sé stesse, il neonato in arrivo e gli altri figli già a carico), o che hanno subito violenze, e richiedono quindi un sostegno psicologico ed emotivo alle levatrici del centro.

Quando conosco Veronica e i suoi figli, lei è quasi al termine della sua quarta gravidanza e si presenta all'*Hogar* in una situazione di evidente trasandatezza e miseria materiale; Veronica non riesce ad affrontare da sola la gravidanza, a prendersi cura dei figli (due ancora piccoli e che hanno bisogno di costanti attenzioni) e a provvedere al sostentamento della famiglia essendo all'ottavo mese di gravidanza. Sta vivendo un tracollo psicofisico acuito dal fatto che la sua famiglia di origine ha rifiutato di darle aiuto. Soffre molto, soprattutto i primi giorni di permanenza all'*Hogar*.

Quando entriamo nel merito della relazione con il padre dei figli mi spiega: "il mio compagno non mi dà i soldi per me e i miei figli, di sicuro ha un'altra famiglia che sta mantenendo a Cancún", ipotizza Veronica. "Quando Luis era piccolo mi dava sempre il necessario per sfamare i nostri bambini, anche se non tutti i mesi, ma poi quando è nato Cesar mi ha dato sempre meno. Non voleva nemmeno abbracciarlo il mio Cesar. Quando poi ha scoperto che ero ancora incinta del quarto figlio, non mi ha dato più nulla. Mi ha anche detto che secondo lui il bambino che ho nella pancia è di un altro uomo! Ma è lui il padre di tutti i figli! Mi ha detto questo come scusa per non pagarmi gli alimenti...", mi spiega Veronica, visibilmente scossa e provata dalla situazione che si trova ad affrontare a ridosso del termine della gravidanza³⁶.

Generalmente, è la famiglia della madre a farsi carico della situazione della figlia gravida, se sola e abbandonata dal compagno ma, nel caso in cui la gravidanza è avvenuta fuori dal matrimonio e la relazione coniugale non ha avuto l'approvazione dei genitori della donna, come nel caso di Veronica, il nucleo familiare di origine si può rifiutare di aiutarla, abbandonandola a sé stessa.

Molti padri, lavorando altrove, non sentono più l'obbligo di mantenere la loro famiglia, che hanno modo di vedere solo poche volte l'anno, e lasciano le donne spesso sole, cariche di gravose responsabilità, angustiate e in affanno per le loro sorti e quelle dei figli. Disporre di denaro guadagnato con lavori extra-domestici conferisce autonomia ai singoli soggetti, e molti degli uomini che lasciano le comunità per poter accumulare questi piccoli capitali abbandonano le consuetudini tradizionali che li vedono responsabili nei confronti della famiglia e della comunità, diventando padri e mariti del tutto assenti.

³⁶ "Mi pareja ja no me da dinero para mí y mis hijos, seguro que tiene otra familia que mantiene en Cancún. Cuando Luis era pequeño, siempre me daba lo necesario para alimentar a nuestros hijos, aunque no todos los meses, pero cuando nació, César me dio cada vez menos. Ni siquiera quería abrazar a mi Cesar. Cuando descubrió que todavía estaba embarazada de su cuarto hijo, no me dio nada. ¡También me dijo que, en su opinión, el bebé en mi vientre pertenece a otro hombre! ¡Pero él es el padre de todos los niños! Me dijo esto como una excusa para no pagarme la comida". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, novembre 2018.

L'idea che le *close corporate communities* rette dal sistema di prestazioni *cargo* non si siano trasformate nel corso del tempo, non basta a spiegare le nuove sfide poste dalla modernità: il materialismo e l'individualismo non hanno risparmiato l'*habitus* tradizionale delle comunità indigene di Los Altos, mettendo spesso in crisi i rapporti genitoriali, filiali e di coppia, oltre a quelli comunitari.

Come lasciava presagire la storia di Veronica, non solo gli uomini hanno cambiato stili di vita, abitudini alimentari e sessuali, consumi, una volta inseriti in un mercato del lavoro che li spinge a permanere spesso lontano da casa, ma anche le donne sono state protagoniste di profonde metamorfosi nei loro stili di vita. A San Cristóbal, per esempio, sono moltissime le donne indigene che viaggiano all'alba dalle comunità alla città per rispondere alla domanda di mercato creata prevalentemente dal turismo, mettendo in vendita oggetti e tessuti di artigianato locale, braccialetti, orecchini, maschere, statuette fatte in ceramica; durante il giorno queste "venditrici ambulanti" molto giovani e già madri, in compagnia di due o tre figli, a volte anche molto piccoli, si sistemano ai lati della via maggiormente transitata del centro storico, la *Real de Guadalupe*, per poi disseminarsi la sera in una grande piazza quadrata situata di fronte la chiesa principale, disponendo a terra tutti i prodotti da mostrare ai passanti più o meno interessati.

Spesso a notte fonda, soprattutto durante il fine settimana, molte di loro dormono sotto un porticato del *zócalo*, la piazza cittadina più importante, aspettando un mezzo pubblico per tornare nelle rispettive comunità la mattina presto.

Alcune sono madri sole che devono mantenere i figli, altre (più raramente) ragazze giovani in cerca di maggior indipendenza economica per potersi emancipare dalla famiglia di origine; molte di loro si sono stabilite già da tempo nelle periferie urbane, a casa di famiglie ricche in cambio di lavori domestici, oppure fanno giornalmente avanti e indietro dalle comunità di origine alla città.

Le migrazioni stanno stravolgendo non solo i consumi e i valori delle comunità indigene, aprendole al mercato del lavoro nazionale e internazionale, ma anche le appartenenze identitarie e i rapporti tra gruppi e individui: per alcuni di loro i legami si rafforzano mentre per altri si indeboliscono, lasciando spazio ad appartenenze identitarie multiple e complesse.

Questi processi di rimescolamento identitario sono molto evidenti a San Cristóbal de Las Casas, dove, anche a causa di alcuni avvenimenti recenti (come lo Zapatismo), i cambiamenti economici, sociali, politici, e ancora il turismo, l'abbondante presenza di ONG straniere, la nascita di nuove

comunità religiose, hanno drasticamente inciso sulla velocità con la quale stanno avvenendo queste mutazioni.

Viqueira (2002), nel suo saggio *Las identidades colectivas en Los Altos de Chiapas: una visión histórica*, ci aiuta a capire in che modo si sono costruite storicamente le tre appartenenze identitarie dominanti nella regione di Los Altos, individuando alcuni dei fattori che sono stati determinanti nel favorire la progressiva e reciproca contaminazione con altri ordini di “appartenenze” identitarie che hanno simultaneamente preso piede. Nello specifico, per capire alcuni dilemmi della società sancristobalense odierna, così come l’unione di vari discorsi identitari e l’esacerbazione di alcune retoriche di appartenenza, occorre approfondire come la popolazione nativa e quella coloniale siano stata gestite in quei territori fin dai tempi della colonia. L’autore, infatti, rintraccia la presenza – tuttora visibile – di un’identità basata sul concetto di “casta”, che nella colonia separava la popolazione in distinti gruppi in accordo con la loro origine razziale (*españoles, mestizos, mulatos, negros, indios* ai tempi della colonia, *indígenas* e *ladinos* nei secoli XIX e XX); di un’identità locale indigena che risale alla costruzione degli indios nel periodo coloniale, in opposizione ai coloni spagnoli, e un’altra che definisce un’identità regionale, risultato del processo di uniformazione delle varie comunità dell’altopiano, ideato per accorparle attorno alla città che oggi conosciamo come San Cristóbal de Las Casas e che per lungo tempo è stata denominata *Ciudad Real*.

Sulla base di questa idea di appartenenze multiple, originatosi ai tempi della colonia, l’articolarsi delle pratiche identitarie quotidiane dei soggetti che abitano oggi la regione erode i loro confini netti, tracciando le linee di nuove macro-appartenenze comuni (Viqueira accenna all’idea interessante del *tzotzil* urbano), entro le quali i differenti soggetti negoziano le loro identità in maniera fluida e articolata.

Il discorso di Viqueira da un lato ci permette di dare ragione dei modi in cui oggi, a San Cristóbal, gli indigeni si definiscono e si *differenziano* dagli altri gruppi sociali (molti indossano tutt’ora i loro abiti tradizionali), e dall’altro lato evidenzia alcune delle cause della progressiva dilatazione e dissoluzione delle appartenenze identitarie nei tempi odierni.

Del resto, come sosteneva Bonfil Batalla (1994), il concetto di indio fu una creazione architettata durante gli anni della conquista³⁷: prima dell’arrivo degli spagnoli nelle terre americane non

³⁷ Scrive Bonfil Batalla: “l’indio è un prodotto dell’istaurazione del regime coloniale. Prima non c’erano indigeni, ma popoli con precise caratteristiche che li identificavano. La società coloniale in cambio ha proposto una divisione che

esistevano indigeni così come li immaginiamo oggi. Negli altipiani del Chiapas esistevano difatti quattro *señorías*³⁸: *Zinacantán*, *Pontehuitz*, *Chamula* e *Huixtán*, che ospitavano un'ampia varietà multilinguistica interna, varie figure del potere politico (chiamate *caciques* o *principales* dagli spagnoli), classi di sacerdoti, commercianti e contadini. Gli spagnoli, per poter conquistare, riordinare e amministrare questa regione, dovettero tenere in considerazione la grande diversità sociale di questi territori, tentando di renderla più omogenea, e ricorrendo a volte anche a meccanismi violenti.

I coloni, quindi,

[...] iniziarono a disintegrare le unità politiche maggiori (le signorie) per, al loro posto, creare una molteplicità di popolazioni indigene autonome, indipendenti le une dalle altre. Queste nuove popolazioni furono il risultato, da un lato, della frammentazione delle signorie preispaniche, e dall'altro lato del movimento attraverso cui decine di milioni di persone furono costrette ad abbandonare i loro villaggi per raggrupparsi in luoghi decisi dai frati, dove potevano essere più facilmente evangelizzati, vigilati, controllati e dove potevano essere obbligati a pagare i tributi in denaro o a fornire forza lavoro³⁹ (Viqueira, 2002, p. 5).

I funzionari spagnoli che governavano la regione iniziarono a raggruppare le famiglie indigene sparse nell'ampio territorio boschivo di Los Altos, ormai decimate a causa delle epidemie, in *municipalidades*: piccoli centri urbani chiaramente delimitati per essere meglio amministrati dalle autorità spagnole e da quelle ecclesiastiche. Questi "raggruppamenti forzati di nativi", che vennero creati attraverso un processo politico e amministrativo imposto da autorità coloniali esterne e differenti rispetto a quelle comunitarie, non seguirono le differenziazioni culturali e identitarie emiche dei diversi gruppi nativi e, nonostante queste iniziative coloniali vennero a lungo contrastate dalla comunità indigene, furono la causa sia dell'insorgere progressivo di assembramenti identitari inediti che di spaccature tra le comunità.

opponeva e distingueva due poli irriducibili: gli spagnoli e gli indigeni. In questo schema, le particolarità di ciascun popolo passano in secondo piano perché l'unica distinzione fondamentale è ciò che fa di loro «gli altri» (Batalla, 1994, p. 122).

³⁸ Signorie, domini.

³⁹ "Empezaron por desintegrar las unidades políticas mayores (*las señorías*) para, en su lugar, crear una multiplicidad de "pueblos de indios", autónomos e independientes los unos de los otros. Estos nuevos pueblos fueron el resultado, por una parte, de la fragmentación de los señoríos prehispánicos y, por la otra, de las reducciones que obligaron a decenas de miles de personas a abandonar sus asentamientos dispersos para congregarse en sitios escogidos por los frailes, en donde podían ser más fácilmente evangelizados, vigilados y controlados, y en donde se les podían obligar a pagar tributos en especie, en trabajo y en dinero."

Il processo di raggruppamento di gruppi etnici che fino a quel momento si erano considerati eterogenei, e che erano sparsi all'interno di ampi territori boschivi, favorì con il passare del tempo l'originarsi di nuove differenziazioni etniche all'interno delle stesse famiglie e comunità, che lentamente selezionarono elementi culturali specifici e ben definiti, utili a creare una più marcata unità identitaria interna alle municipalità, e distinguersi così più facilmente da quelle limitrofe. Come risulta evidente dalle parole dell'autore, il processo è avvenuto anche sotto le spinte dei frati missionari, che avevano la necessità di diversificare chiaramente i gruppi etnici nei nuovi comuni per meglio riconoscerli, convertirli, ordinarli e contenerli.

Nelle comunità delle aree montuose del Chiapas e a San Cristóbal è visibile oggi una varietà straordinaria di abiti tipici: gonne, scialli, mantelle, cappelli dai colori sgargianti, bluse fiorate, che vengono abitualmente indossati sia dagli uomini che dalle donne, definendo i distinti gruppi etnici presenti nella regione.

Questa grande e preziosa diversità ha richiamato l'attenzione di antropologi da tutto il mondo anche se, afferma Viqueira, molte ricerche antropologiche messe a punto dagli anni Sessanta a oggi sulle comunità indigene dell'area, ne ripropongono visioni stereotipate, superficiali, folkloriche ed essenzializzate.

Il processo di costruzione identitaria dei differenti gruppi indigeni che abitano la zona si è legato nei decenni successivi alla conquista e a specifiche esigenze amministrative del territorio coloniale del Chiapas, che doveva essere governato, ordinato e gestito secondo i canoni decisi dai coloni spagnoli e dai frati missionari.

In questo modo, progressivamente,

[...] tutte le popolazioni indigene decolonizzate degli altipiani del Chiapas, hanno cercato di identificarsi con un abito tipico che, senza nessun dubbio, fu imposto loro originariamente dai domenicani per poterli riconoscere più facilmente e si sono dotate di un dialetto particolare per distinguersi tra loro e dagli altri popoli della regione. Da questo sforzo per differenziarsi dai popoli vicini, con i quali fino a poco tempo prima esistevano rivalità e conflitti per il controllo delle risorse naturali, nacquero anche gli stereotipi che sintetizzano i difetti -e rare volte le virtù- che vengono attribuiti ai popoli confinanti⁴⁰ (Viqueira, 2002, p. 350).

⁴⁰ "Cada uno de los pueblos de indios coloniales de Los Altos ha buscado identificarse con un traje propio, lo que sin duda le fue impuesto originalmente por los dominicos para poder reconocer fácilmente a los naturales de cada pueblo y han generado un dialecto particular que lo distingue de los otros pueblos de la región. De estos esfuerzos por

Le esigenze amministrative coloniali e il proselitismo dei frati missionari si sono mescolati con le riconfigurazioni identitarie native; gli indios non furono gli unici impegnati nel definire rigidamente le loro appartenenze identitarie così come le osserviamo oggi, incasellate in gruppi etnici tra loro distinti. Ciò che pare “identità tradizionale” oggi, racchiude processi che interrogano il tempo della colonia, quando per perseguire gli specifici obiettivi dell’impresa coloniale venne completamente alterato e riconfigurato l’ordine precedente.

I corpi degli indigeni vennero conteggiati, amministrati, raggruppati e come scrive Appadurai, ricordiamo che,

[...] il conteggio del corpo coloniale (...) crea non solo tipi e classi (il primo passo verso l’addomesticamento della differenza), ma anche corpi omogenei (all’interno di categorie), perché il numero, per sua natura appiattisce le idiosincrasie e istituisce dei confini attorno a quei corpi omogenei limitando performativamente la loro estensione (Appadurai, 2001, p. 173).

Se le identità etniche locali, connesse alle *municipalidades*⁴¹ di appartenenza, continuano comunque ad avere una grande importanza – in molti casi è risultato evidente che gli indigeni si identificano o vengono definiti in base al comune in cui vivono – queste si sono arricchite di elementi inediti, in seguito ai cambiamenti che hanno interessato l’intera regione.

Come abbiamo già sottolineato all’inizio del paragrafo, le migrazioni per cause economiche e quelle di ordine religioso e politico hanno smembrato i legami comunitari tradizionali a seguito dell’allontanamento di molti soggetti, uomini e donne, dal loro comune natale. Alcuni, nonostante la migrazione, sentono forte la loro appartenenza a un’identità tradizionale originaria: si definiscono in base alla comunità in cui sono nati, vestono gli abiti tipici, parlano le lingue locali, ritornano quando possono nel comune di origine per visitare gli altri membri della famiglia, partecipano alle festività. Tuttavia, vivere lontano da casa, in altre comunità o persino in città, favorisce la partecipazione alla vita di altri gruppi sociali, differenti rispetto a quelli di appartenenza, incoraggia la frequentazione di spazi diversi da quelli comunitari, agevola la costruzione di legami amicali e di coppia alternativi rispetto a quelli proposti all’interno della famiglia di origine; le

diferenciarse de los pueblos cercanos, con los que a menudo existían rivalidades y conflictos por el control de los recursos naturales, nacieron también los estereotipos que sintetizan los defectos -y más rara vez las virtudes- que se atribuyen a los habitantes de los municipios vecinos”.

⁴¹ Comuni.

migrazioni, in alcuni casi, rafforzano il senso di appartenenza nei confronti della comunità di origine, ma al tempo stesso possono favorire il suo progressivo indebolimento. Il processo migratorio radicalizza spesso alcune appartenenze etnico-identitarie, ma non sono rari i casi di coloro che, al contrario, dopo essere stati espulsi dalle comunità di origine o dopo anni di vita trascorsi in città, preferiscono definirsi “di San Cristóbal”, rinnegando talune appartenenze identitarie tradizionali.

Esplicito è in tal senso il caso di Mari Pérez che, in giovane età, è stata costretta dai genitori ad allontanarsi dalla sua famiglia di origine, residente in una comunità montana nei pressi di San Cristóbal, a seguito di una gravidanza non accettata dai suoi genitori, frutto di una violenza sessuale consumata all’interno della famiglia stessa.

Ho conosciuto Mari nell’*Hogar Comunitario*, a distanza di anni dal suo traumatico distacco dalla famiglia e dalla comunità; Mari, dopo aver dato in adozione il suo primo figlio, causa della rottura dei rapporti con i genitori e con la sua comunità di origine perché avuto in seguito a un abuso, fuori dal matrimonio, è rimasta incinta di Camilla, che all’epoca del nostro primo incontro aveva già 12 anni. Mari ha scelto di non tornare più nella sua comunità di origine, anche a distanza di anni, e in una nostra chiacchierata mi spiega chiaramente: “non voglio che Camilla cresca nella comunità dove sono cresciuta io. Non tornerei mai a vivere nella mia comunità con mia figlia. Non c’è libertà per le donne, c’è tanto machismo e violenza. Preferisco che Camilla cresca in città dove può studiare e fare altre esperienze (...). Anche la città è pericolosa certo. Ho provato a ritornare dalla mia famiglia, per spiegare loro che non si possono trattare le donne come hanno trattato me, ma non mi ascoltano, né i miei fratelli né i miei genitori. E se non mi ascoltano e mi vedono come la strana e «una donna *provocatrice*» – mi dicono – allora io non voglio che Camilla abbia niente a che fare con loro”⁴².

Camilla, nata e cresciuta a San Cristóbal, è una ragazzina che, nonostante conosca l’universo culturale dal quale proviene la madre e parli perfettamente la lingua *tzotzil*, ha ricevuto tutt’altra educazione rispetto a quella che viene impartita alle donne nelle comunità indigene di Los Altos. Non si definisce “indigena” allo stesso modo della madre e la sua appartenenza identitaria viene da lei negoziata in modo molto più fluido e composito, organizzata attorno alle diversificate esperienze

⁴² "No quiero que Camilla crezca en la comunidad donde yo crecí. Nunca volvería a vivir en mi comunidad con mi hija. No hay libertad para las mujeres, hay tanto machismo y violencia. Prefiero que Camilla crezca en la ciudad donde pueda estudiar y tener otras experiencias. (...) incluso la ciudad es ciertamente peligrosa. Traté de volver con mi familia, para explicarles que no pueden tratar a las mujeres como me trataron a mí, pero no me escuchan, ni a mis hermanos ni a mis padres. Y si no me escuchan y me ven como la extraña y "una mujer provocativa", dicen, entonces no quiero que Camilla tenga nada que ver con ellos".

e pratiche identitarie messe in atto nei vari contesti sociali e culturali che frequenta in città (la scuola, il gruppo di amiche, l'*Hogar Comunitario*, la parrocchia, ecc.). Camilla è spesso presente durante i seminari che la madre coordina presso l'*Hogar*, durante i quali si intrattengono numerosi dibattiti sull'emancipazione femminile indigena, la violenza di genere, l'educazione sessuale. Nonostante la giovane età, svolge una parte attiva durante i *workshop* di artigianato locale, in cui insegna ad altre donne come produrre artigianalmente braccialetti di fili colorati incerati, che vengono poi venduti durante le fiere.

Oggi, ci ricorda Viqueira, ciò che contraddistingue le popolazioni indigene degli altipiani e di San Cristóbal non è una rigida demarcazione identitaria tra comunità e soggetti: le personalità sono molto più frammentate e reciprocamente mescolate rispetto a qualche decennio fa, i processi di formazione identitaria sono sempre più ibridi, spuri e intenzionati a rimescolare la tripartizione di base che caratterizza l'area e che è stata menzionata all'inizio del paragrafo. La convivenza quotidiana di soggetti e comunità differenti nelle aree urbane di San Cristóbal ha facilitato la formazione di quello che Viqueira definisce il "tzotzil urbano", che incorpora elementi identitari propri di vari ordini di appartenenza⁴³.

L'idea di una macro-appartenenza urbana *tzotzil*, al cui interno compaiono differenti pratiche, rappresentazioni, simbologie negoziate dai soggetti e sempre in dialogo tra loro, permette di destrutturare le dicotomie utilizzate fin dai tempi della colonia e che opponevano rigidamente gli *indios* ai *ladinos* (*indios-ladinos*, *campesino-urbanos*, ecc.) e che segmentavano le appartenenze sui confini di gruppi etnici contrapposti (*tzotziles-tzeltales*), in virtù di un nuovo modo di sentire, vivere e sperimentare l'identità.

L'analisi di Viqueira è stata rivelatrice non solo dell'origine storica dei meccanismi di differenziazione all'interno delle comunità, ma anche di come le stesse differenze siano andate attenuandosi ciclicamente, fino ad arrivare allo stato attuale in cui, soprattutto in area urbana, non si possono considerare le identità indigene come rigidamente demarcate. Della stessa opinione sembra anche Page (2005), che spiega che le comunità *tzotzil* e *tzeltal* hanno più elementi che le accomunano che non elementi che le differenziano: possono essere considerate "omogenee culturalmente" perché risiedono nello stesso territorio, condividono linee di continuità storica,

⁴³ A riguardo nelle nuove aree urbane periferiche stanno diventando sempre più frequenti le unioni coniugali tra indigeni e latini di classi sociali basse, contribuendo a generare processi inediti di *mestizaje* identitario.

appartengono alla stessa famiglia linguistica e hanno costruito nozioni mediche molto simili tra loro (Page, 2005).

Come ben afferma Viqueira:

[...] nonostante l'indigenismo ufficiale, i movimenti indigenisti, gli intellettuali, *gli antropologi* e i mezzi di comunicazione, si riferiscano costantemente "alle etnie" o "alle popolazioni indigene" (o a quelli che si identificano con coloro che parlano una lingua mesoamericana), in Los Altos e in altre regioni del paese, la realtà è molto più complessa⁴⁴ (Viqueira, 2002, p. 36, corsivo mio).

Un altro elemento utile per spiegare la complessità delle appartenenze identitarie nella regione di Los Altos e a San Cristóbal è relativo alla disarticolazione dell'appartenenza castale dei soggetti: fino a qualche decade fa nella regione si manteneva in tutta la sua purezza il sistema di divisione della popolazione in caste di origine coloniale, nonostante fosse stata proclamata l'uguaglianza di tutti i cittadini nel momento dell'indipendenza messicana (1821).

Il sistema di casta aveva la peculiarità di *pensare* la società in termini di un definito dualismo tra indigeni e latini, nonostante, spiega Viqueira, nella pratica sociale il sistema fosse molto più poroso, complesso e inclusivo di quanto si pensasse (Viqueira, 2002).

[...] Il sistema di casta aveva la particolarità di essere allo stesso tempo rigido e poroso. Rigido perché tutte le persone venivano classificate all'interno dei pochi gruppi esistenti (indigeni, meticci, spagnoli, mulatti durante la colonia; indigeni o latini a partire del 1821) e tutte le relazioni sociali che si stabilivano erano marcate da queste identificazioni. In più ogni casta aveva assegnato un luogo di residenza e una funzione economica precisa. Così gli indigeni dovevano vivere all'interno delle loro comunità e dedicarsi all'agricoltura. Tuttavia il sistema era allo stesso tempo poroso perché le unioni miste erano frequenti e c'era una mobilità geografica e sociale importante⁴⁵ (Viqueira, 2002, p. 37).

⁴⁴ "Aunque el indigenismo oficial, los movimientos indianistas, los intelectuales, los antropólogos y los medios de comunicación se refieran constantemente a las "etnias" o a los "pueblos indios" (a los que se identifica con los hablantes de alguna lengua mesoamericana), en Los Altos y en otras regiones del país, la realidad es mucho más compleja."

⁴⁵ "El sistema de "castas" tenía la peculiaridad de ser al mismo tiempo rígido y poroso. Rígido, porque toda persona era clasificada en uno de los pocos grupos existentes (indios, mestizos, mulatos y españoles durante la Colonia; o indígenas y ladinos a partir de 1821) y todas las relaciones sociales que establecía estaban marcadas por esta identificación. Además, cada "casta" tenía asignada un lugar de residencia y una función económica muy precisas. Así los indígenas

Nonostante il sistema castale non sia più vigente e non si esiga più esplicitamente la dimostrazione di una *pureza de sangre* della discendenza familiare per essere considerato parte del gruppo privilegiato bianco e latino della città, oggi, quando si chiede a qualunque sancristobalense “bianco” la sua discendenza genealogica, viene agilmente rintracciato come punto zero della famiglia un reale o presunto discendente dei primi conquistatori, per poi ricostruire i successivi meticciaggi. Poter dimostrare una qualche discendenza spagnola, italiana o europea è ancora motivo di vanto per i latini che vivono oggi in città, che in questo modo si differenziano chiaramente dalla popolazione nativa dell’area, che occupava una posizione di inferiorità nella retorica dualistica della differenziazione castale di origine coloniale.

Così Alethia Ricci, cara amica messicana residente da anni a San Cristóbal, ci tiene a raccontarmi delle sue discendenze italiane (nello specifico sicule) da parte di padre, arricchendo la sua ricostruzione genealogica con dettagli peculiari relativi alla “bellezza, altezza e intelligenza” del padre, che aveva gli occhi azzurri, amava le arti, le lettere e suonava la *marimba*⁴⁶ nell’orchestra della città. Non lesina, Alethia, i molti giudizi di valore che lasciano intendere che la sua famiglia occupasse la posizione “giusta, corretta” all’interno di un sistema castale che definiva chiaramente gli indigeni “soggetti di serie B” rispetto ai latini⁴⁷.

Un fattore che nella contemporaneità ha contribuito a frammentare le opposizioni binarie tra indigeni e latini è stato il progressivo abbandono da parte dei latini delle cariche pubbliche comunali all’interno delle comunità indigene. Se da un lato questo processo ha accentuato la distinzione tra l’urbe e le zone rurali, il fatto che gli stessi indigeni abbiano progressivamente occupato cariche politiche ed economiche di prestigio nelle loro comunità, rivestendo quelle lasciate vacanti dai latini (commercianti, funzionari municipali, maestri, artigiani), ha alleggerito l’identificazione tra indigeno e *campesino*, accorciando la distanza con i latini.

I più radicati dualismi legati a un’idea di casta, ormai non funzionale all’analisi della società civile di Los Altos e di San Cristóbal, sono stati disintegrati dall’ascesa di una nuova classe sociale, la piccola

tenían que vivir en sus pueblos y dedicarse fundamentalmente a la agricultura. Sin embargo, el sistema era al mismo tiempo poroso porque las uniones mixtas eran frecuentes y se daba una movilidad geográfica y social importante.”

⁴⁶ La marimba è uno strumento musicale a percussione di tipo idiofono che ha origini africane, ma è diffuso anche in paesi come Guatemala, Nicaragua e Messico. A San Cristóbal è lo strumento “tradizionale” per la popolazione latina di discendenza europea che vive in città.

⁴⁷ Ci occuperemo di *blanqueamiento* e *mestizaje* nei prossimi capitoli.

borghesia indigena, che ha fatto decadere molti degli stereotipi che opponevano rigidamente gli indigeni meno abbienti ai latini più ricchi: le attività commerciali su cui si regge il mercato di San Cristóbal, la conversione in dollari a seguito di migrazioni negli Stati Uniti andate a buon fine, i guadagni ottenuti a seguito di attività illecite diffuse nella zona (traffico di armi, esseri umani, droga), sono solo alcuni degli elementi che rendono ragione dei cambiamenti economici e politici che alcune famiglie indigene stanno vivendo, e che a San Cristóbal fanno vacillare la sicurezza della “superiorità” dei latini, terrorizzati da un eventuale declassamento di status.

Ho già accennato al movimento zapatista nel capitolo precedente, ma mi preme sottolineare, in questa fase della trattazione, che uno dei suoi effetti politico-identitari è stato mettere in moto i processi politici di riaffermazione identitaria indigena.

Viqueira riassume alcuni dei processi delucidati in precedenza affermando che:

[...] l’arrivo massiccio di rifugiati o di migranti indigeni a San Cristóbal, ha cambiato completamente i termini del processo di integrazione che esisteva in precedenza. Molti di questi indigeni conservavano i loro abiti tradizionali (soprattutto le donne) o vestono in stile nordico per distinguersi dai latini, creano nuove comunità urbane separate dal resto della città e usano la loro appartenenza identitaria come bandiera per promuovere una lotta politica e sociale, fenomeno che si è rinforzato a partire dell’insurrezione zapatista⁴⁸ (Viqueira, 2002, p. 37).

È chiaro che non tutte le comunità indigene hanno sostenuto il movimento zapatista e che molte si sono opposte alle sue rivendicazioni; tuttavia, il fatto che la questione indigena sia stata dibattuta pubblicamente negli anni più accesi dello zapatismo ha portato inediti benefici per molti soggetti indigeni e comunità. Oggi si discute molto più spesso dell’importanza di tutelare i diritti delle popolazioni e dei soggetti indigeni: difatti l’opinione pubblica, ONG e associazioni nazionali e internazionali tutelano maggiormente i loro diritti.

Per concludere, al principio di ogni ricerca sul campo si è più impegnati a cucire assieme i pezzi di un mondo “altro”, difficile da comprendere. Sulla base di idee, immagini pregresse, fascinazioni

⁴⁸ “La llegada masiva de expulsados o migrantes indígenas a San Cristóbal ha cambiado por completo los términos del proceso de integración que existía anteriormente. Muchos de estos indígenas conservan sus trajes tradicionales (sobre todo las mujeres) o adoptan vestimentas estilo norteamericano que les distinguen de los ladinos, crean nuevas comunidades urbanas separadas del resto de la ciudad y recurren a su identidad indígena como bandera en sus luchas políticas y sociales, fenómeno que se reforzó a partir de levantamiento zapatista.”

politiche e interessi personali, passo dopo passo si lascia spazio alla costruzione di una realtà sempre più complessa e stratificata in cui convivono le eredità del passato e i processi trasformativi che hanno luogo nel presente. I cliché che nel corso del testo si cercherà progressivamente di smantellare, al principio del lavoro sul campo mi hanno reso meno ricettiva nei confronti della complessità del reale che mi si presentava, incasellandolo entro pericolose dicotomie (indigeno/ladino, tradizionale/moderno, medicina maya/biomedicina, ecc.) che avevano il sapore di quella antropologia indigenista e primitivista che a lungo aveva segnato la storia messicana della disciplina⁴⁹.

San Cristóbal è un contesto urbano così evidentemente variegato e differenziato, che è stato scosso da recenti mutamenti sociali, economici e politici, da indurre a toccare con mano la vertigine che si prova quando si smantellano cliché e dicotomie, soprattutto quando si parla di definizioni e pratiche identitarie native. Le ricerche in area urbana tendono forse ad essere più ricettive nei riguardi di mutamenti sociali e ibridazioni, soprattutto quando esplorano le traiettorie di vita percorse dai soggetti migranti.

La nostra etnografia è costruita in area urbana, sulla base di interviste sottoposte a donne indigene che possiamo definire “in transizione”: gestanti, madri, migranti che, quando incontrate, avevano lasciato da poco le comunità di origine per stabilirsi a San Cristóbal. Ciò ha reso possibile spostare l’attenzione più sui flussi e sulle trasformazioni delle identità, dei percorsi terapeutici, dei ruoli sociali, dei legami comunitari, dei discorsi emozionali, piuttosto che sulle continuità e sulle regolarità degli stessi.

Lévi Strauss, all’inizio della sua celebre etnografia di viaggio in Brasile, *Tristi Tropici* (1960), ha provocatoriamente dichiarato il suo odio nei confronti di viaggi ed esploratori, invitando il lettore a riflettere proprio sul senso che assume il peregrinare quando viene ridotto alla *mera collezione* di tratti caratteristici dell’alterità, di una cultura diversa, indigena, diventando complici delle ragioni di un’antropologia sterile, oggettivante, neocoloniale e molto narcisista.

In questo percorso che l’antropologia intraprende verso la scoperta dell’Altro

⁴⁹ Quello che si costruì in Messico nel corso dei secoli, con la complicità dell’antropologia coloniale e post-coloniale, è stato un “concentrato dell’essenza indigena”, un pacchetto identitario confezionato “dell’Altro interno”, più facilmente governabile, educabile, “mexicanizzabile” e medicalizzabile.

[...] appare una grande e insistita *operazione di differenziazione* del nostro noi rispetto agli altri. “Noi moderni” siamo diversi dai nostri antenati, da coloro che ci hanno preceduto nel processo storico della nostra civiltà e da coloro che ancora oggi, nelle vaste periferie del mondo, si attardano in forme di vita tradizionali (Lévi-Strauss, *Tristi Tropici*, 1960, p. 238).

Ciò che muove molte delle ricerche etnografiche ha molto a che vedere con la necessità di pensare meglio a un “Noi”, differenziare il noi moderno, definendo “l’Altro” primitivo. È verosimile pensare che “la cultura occidentale possa pensarsi criticamente solo facendo riferimento a *finzioni del primitivo*” (Clifford, 2010) e alla costruzione di mondi primitivi lontani ingabbiati in essenze e dicotomie, opposti al tempo veloce della modernità.

Forse la storia dell’Occidente e la sua antropologia è segnata dal cammino verso un sempre maggiore “disincanto” del mondo (“*Entzauberung*”, Weber, 1919): Weber sostiene profeticamente che la modernità e la razionalità scientifica, così come la corsa alla medicalizzazione di ogni aspetto della vita, possono essere meglio pensati se contrapposti al loro negativo, alla non-storia. Gli indigeni, i primitivi, sono quindi visti come essenze immerse in un tempo lento ma affascinante, perché ancora sensibile alla presenza del sacro, a una spiritualità immanente alla vita umana e alla natura.

Tuttavia, sono proprio i contesti in cui si è svolta la ricerca a insegnarci tutt’altro, spingendoci a confrontarci con i processi storici, migratori, politici ed economici che avvolgono anche i mondi che qualche decennio fa sembravano chiusi e primitivi.

Così come il Chiapas è una terra che ha vissuto grandi trasformazioni sociali e storiche, l’antropologia, essendo un sapere “di frontiera” che si costruisce *sulla* frontiera tra diversi mondi (primo tra tutti quello tra antropologo e nativo), potrebbe essere un utile strumento per *oltrepassare* i confini culturali, le definizioni etniche e identitarie, opponendosi – almeno teoricamente – a qualsiasi semplificazione; un sapere che non circoscriva dentro essenze gli universi culturali altrui, ma che si impegni a costruire ponti tra mondi.

2. Tra i paradigmi della storia e dell'antropologia messicana

2.1 Premessa: un primo sguardo alla storia delle periferie

L'altro non esiste: tanta è la fede razionale, la incurabile credenza della ragione umana. Identità=realità, come se, alla fine dei conti tutto dovrebbe essere assolutamente e necessariamente uno e lo stesso. Però l'altro non si lascia eliminare; sussiste, persiste; è l'osso duro a rompersi in cui la ragione lascia i denti⁵⁰.

(A. Machado, in Octavio Paz, 1999, p. 10)

Il progetto delle antropologie del mondo tende alla costruzione di schemi teorici policentrici. Un atto simile a quello del multiculturalismo policentrico esige la riconcettualizzazione delle relazioni tra le comunità antropologiche⁵¹.

(Ribeiro, Escobar, 2008, p. 34)

Decidere di condurre la mia ricerca sul campo in Messico mi ha portato a dovermi confrontare non solamente con gli imprevisti che contraddistinguono qualunque ricerca che venga svolta lontano dai confini rassicuranti di casa propria, ma anche con una tradizione accademica differente rispetto a quella in cui mi ero formata, strutturata secondo eterogenei modelli teorici ed approcci etnografici, e affezionata a determinati modi di fare ricerca sul campo, interpretarne i dati, intenderne la funzione e i compiti.

⁵⁰ "Lo otro no existe: tal es la fe racional, la incurable creencia de la razón humana. Identidad = realidad, como si, a fin de cuentas, todo hubiera de ser, absoluta y necesariamente, uno y lo mismo. Pero lo otro no se deja eliminar; subsiste, persiste; es el hueso duro de roer en que la razón se deja los dientes".

⁵¹ "El proyecto de las antropologías del mundo apunta a la construcción de marcos teóricos policéntricos. Un acto semejante, como el multiculturalismo policéntrico exige la reconceptualización de las relaciones entre las comunidades antropológicas".

In Messico il pensiero antropologico si è costruito con modalità, tempi e spazi differenti da quelli secondo cui ha avuto origine in Italia; per questo è fondamentale interrogare il contesto storico e politico in cui si è strutturato come “scienza antropologica” autonoma ed esaminare l’origine dei suoi più salienti paradigmi, in modo da poter identificare la matrice entro cui si è generato il dibattito antropologico odierno, così come la presente ricerca.

Questa premessa viene edificata, quindi, a partire dalla necessità di fornire al lettore un quadro di riferimento storico e teorico utile a dare al presente lavoro alcune precise coordinate per essere correttamente posizionato all’interno del contesto specifico in cui è stato svolto.

Come abbiamo già accennato, l’etnografia risponde a un interrogativo di ricerca, elaborato assieme ai professori Jaime Page e Luis Albero Vargas, e frutto di una collaborazione accademica avviata con l’istituto UNAM-CIMSUR di San Cristóbal de Las Casas, che stava già da qualche anno orientando una parte dei suoi interessi verso tematiche simili a quelle che verranno approfondite in questo lavoro.

Le domande di ricerca da cui ero partita, prima di avviare la feconda collaborazione con i docenti messicani, hanno dovuto adattarsi ad alcune loro aspettative; mi sono dovuta confrontare ed adeguare a una linea teorica e metodologica differente rispetto a quella a cui ero abituata, nonché a modalità di porre quesiti e rispondere a ipotesi di ricerca eterogenee rispetto a quelle che consideravo essere proprie della disciplina.

Studiare alcuni paradigmi secondo i quali è stata costruita la riflessione antropologica messicana mi ha spronato a comprendere come la storia, la politica e l’antropologia in Messico si siano mutualmente condizionate e abbiano dato un grande contributo non solo al dibattito pubblico, ma anche al reale processo di formazione dello stato-nazione moderno.

Vi è però anche un altro intento che segue questa premessa: quello di far scoprire al lettore il pensiero di alcuni autori messicani, per molti ignoti, per arricchire il dialogo con i paradigmi messi a punto dai centri classici di produzione accademica globale del sapere antropologico. Come ben afferma A. Lissett Pérez, riflettendo sulla situazione colombiana, gli antropologi dei paesi latinoamericani sono stati spesso assenti dalle compilazioni storiografiche europee e nordamericane, nonostante le relazioni politiche, economiche e culturali li abbiamo sempre associati fra loro.

L'autrice afferma, confrontando le tradizioni accademiche del nord America e dell'Europa con quelle dell'America Latina:

[...] noi non ci conosciamo, non ci leggiamo, non ci citiamo. E trasformare questa realtà non è un compito semplice perché non dipende solo dall'aver ben chiaro il problema; è necessario guadagnare maggiori livelli di autocoscienza e, soprattutto, assumere posture critiche e propositive sui nostri campi di produzione delle conoscenze antropologiche e sulle loro logiche di potere⁵² (A. L. Pérez, 2010, p. 401).

Partendo da queste premesse si intende costruire una lettura interpretativa, critica e non meramente storiografica di alcuni momenti degni di nota della storia della disciplina in Messico, tenendo conto delle relazioni di potere che l'hanno condizionata al suo nascere e che l'hanno posta in relazione con i sistemi accademici occidentali; si vorrebbe contribuire a edificare, in Messico, un'antropologia più coraggiosa, politicamente emancipata e ricettiva nei confronti delle recenti spinte di rinnovamento provenienti dal "pensiero periferico e nativo", nell'ottica della messa in moto di un dialogo accademico globale anti-egemonico, più democratico e pluralista (Ribeiro ed Escobar, 2007).

L'antropologia è una scienza nomade, che si è originata anche a seguito di spostamenti, viaggi, peregrinazioni verso l'ignoto e l'altrove; tuttora, una delle sue particolarità è la tensione verso il superamento di confini geografici, culturali ed epistemologici propri di chi scrive. Si tratta di un sapere che ha certamente risentito del modo in cui lo spostarsi è cambiato nella modernità globale.

Nel panorama antropologico mondiale, globalizzato e arricchito da tradizioni di pensiero accademico tra loro sempre più relazionate, non ci si può esimere dall'analizzare le relazioni di potere entro cui si stabilisce il dialogo accademico stesso, soprattutto nella sua dimensione globale. Applicando il concetto di sistema-mondo (Wallerstein, 1974)⁵³ alle scienze sociali, possiamo adottare una griglia interpretativa sensibile ai movimenti globali e ricettiva alle dinamiche di potere

⁵² "No nos conocemos, no nos leemos, no nos citamos. Y transformar esta realidad no es una tarea fácil porque no depende solamente de tener claro el problema; es necesario ganar mayores niveles de autoconsciencia y, sobre todo, asumir posturas críticas y propositivas sobre nuestros propios campos de producción del conocimiento antropológico y sus lógicas de poder."

⁵³ L'espressione "sistema-mondo", pur essendo entrata a far parte del linguaggio comune solo abbastanza di recente, trae origine da un'opera del 1974, *The modern world-system*, del sociologo americano Immanuel Wallerstein.

che rendono alcune scuole di pensiero antropologico più influenti di altre, alcune teorie egemoniche e altre subalterne (Ribeiro ed Escobar, 2008). All'interno del sistema-mondo i centri di sapere più importanti, noti e influenti, rendono invisibili quelle tradizioni di pensiero più timide e considerate accademicamente "meno interessanti".

Così si instaura un circolo vizioso: all'interno della struttura gerarchica globale dei sistemi di pensiero vengono definite le politiche di produzione, diffusione e consumo delle conoscenze prodotte sulle popolazioni e culture "altre". Gli accademici più influenti sono nella posizione di decidere a quali tipi di nozioni dare autorevolezza e a quali no, e il sistema attraverso cui vengono accettate e fatte circolare le prestigiose pubblicazioni non fa altro che rafforzare questa struttura⁵⁴.

La stabilità sistemica può tuttavia alterarsi e le previsioni possono lasciare spazio a eventi imprevisi. Una delle novità più importanti degli ultimi decenni è stata l'emersione di paradigmi antropologici "periferici", che fino a poco tempo fa erano poco visibili e si sono ritagliati degli spazi sempre più autonomi e incisivi. Si sono rafforzate nuove epistemologie prodotte all'interno dei cosiddetti "stati periferici", decentrati rispetto ai produttori delle teorie antropologiche classiche (Francia, Inghilterra, Stati Uniti), i quali hanno influenzato largamente lo sviluppo teorico della disciplina.

Il "Sud del mondo", le periferie, le nazioni considerate meno moderne rispetto all'Occidente, sono state a lungo un "oggetto" di studio privilegiato e utile ad arricchire di materiale originale le teorie antropologiche occidentali; grazie al prezioso sguardo sull'Altro, sul diverso, sull'indigeno, si sono trovati gli elementi etnici e culturali necessari a stimolare la produzione di un sapere antropologico costruito per l'accademia occidentale, funzionale al mantenimento della posizione dell'accademia egemone.

Tuttavia, all'interno di alcuni stati nei quali ci si recava per fare ricerca, e che erano visti esclusivamente come territori esotici e "pre-moderni", facendo violenza e occultando le loro produzioni epistemiche native, sono state lentamente costruite correnti antropologiche

⁵⁴ Come ben argomenta l'antropologo giapponese Kuwayama (2004, in Ribeiro ed Escobar, 2008), all'interno del sistema-mondo viene costruita una determinata griglia di valori secondo cui vengono valutate le produzioni epistemologiche degli altri sulla base di specifiche traiettorie geo-politiche egemoniche, che occultano il sapere periferico, a meno che non soddisfi le aspettative dei gruppi egemoni. Citando l'autore: "Il sistema mondo dell'antropologia definisce le politiche di produzione, diffusione, consumo delle conoscenze sulle altre popolazioni e culture. Gli accademici più influenti nei paesi del centro occupano la posizione di poter decidere a quali tipologie di saperi deve essere data autorità e attenzione. Il sistema di valutazione presente all'interno delle pubblicazioni prestigiose, rafforza questa struttura. Così i saperi prodotti in periferia, senza che abbia importanza quale sia il loro valore o quanto abbiano significato, sono destinati a rimanere nascosti a meno che non soddisfino gli standard e le aspettative del centro (Kuwayama, 2004, p. 9, in Ribeiro ed Escobar, 2008).

periferiche⁵⁵ che hanno preso sempre più parte al dibattito accademico mondiale, ribaltando l'ordine non solo del discorso accademico, ma anche delle posizioni di potere su cui questo si regge.

All'inizio degli anni Ottanta del Novecento, come sottolinea Krotz citando uno dei primi lavori che toccava il tema delle nascenti antropologie periferiche (Asad, 1982), il percorso è ancora in via di definizione, anche perché ostacolato da mentalità radicate nell'accademia secondo cui è difficile dare dignità al pensiero altrui, soprattutto quando ciò implica rinunciare alla propria posizione egemonica⁵⁶.

Si sta lentamente costruendo uno spazio di riflessione antropologica più democratico, globale ed etero-glossa, in cui si stanno stravolgendo le classiche regole del gioco ed erodendo le posizioni dominanti di cui hanno beneficiato i centri di potere e sapere mondiali fino a oggi più influenti.

L'Europa, e gli Stati Uniti in modo particolare, scendendo dalla torre d'avorio, hanno dovuto imparare a "provincializzarsi", a farsi periferie⁵⁷ (Chakrabarty, 2000), a essere guardati, criticati e analizzati apertamente da coloro che, a loro volta, erano stati considerati solamente oggetto dei loro studi.

Nonostante ancora oggi risulti troppo spesso "naturale" silenziare l'Altro, -il pensiero subalterno-, a seguito delle aspre denunce espresse all'interno dell'antropologia periferica, critica e decoloniale, ciò ha cessato di essere una giustificazione per rifugiarsi in discorsi accademicamente solipsistici ed etnocentrici. È la forza della *differenza* che può far vacillare l'etnocentrismo e l'imperialismo epistemico su cui si regge il sistema-mondo antropologico, moderno e neocoloniale per costruire un progetto antropologico più universale e inclusivo, attento alle differenze interne che lo costituiscono.

Come puntualizzano nitidamente Ribeiro ed Escobar:

⁵⁵ Per approfondire il concetto di "antropología periféricas", si consiglia approfondire i lavori dell'autore brasiliano Cardoso de Oliveira (1988, 1998).

⁵⁶ Come puntualizzano Ribeiro ed Escobar (2008): "dovrebbe essere chiaro fin dal principio che qualunque movimento inclusivo o partecipativo che abbia come finalità l'incremento della diversità è destinato a perturbare chi ha beneficiato della sua assenza" (Ribeiro ed Escobar, 2008, p. 12).

⁵⁷ Dipesh Chakrabarty scrive a proposito della "provincializzazione" dell'Europa: "evidenciar que el pensamiento y la experiencia europeos están particular e históricamente localizados; no se trata de un universal como ha sido generalmente asumido (...). El pensamiento europeo es, al mismo tiempo, indispensable e inadecuado como ayuda para pensar las experiencias de la modernidad política en las naciones no occidentales" (Chakrabarty, 2000, p. 16).

[...] l'eurocentrismo può essere trasceso solo se ci riferiamo al sistema-mondo moderno/coloniale partendo alla sua esteriorità, ciò significa, dalla sua differenza coloniale -la faccia occulta della modernità-. Il risultato di questa operazione è la possibilità di accettare la diversità epistemica come un progetto universale, facendoci carico di ciò che può essere definito "diversità"⁵⁸ (Ribeiro ed Escobar, 2008, p. 14).

Nel sistema-mondo ideale non vi sono ruoli prestabiliti, ma tutti possono divenire centri e periferie. All'interno di questa proposta tutti i paradigmi teorici non-egemonici sono elementi utili a creare una tensione costruttiva, per immaginare un'antropologia dove

[...] tutti apporterebbero lingue, idee, soluzioni e proposte senza che si verifichi la possibilità che alcuni dei partecipanti perdano la loro identità o il loro carattere locale, che verrebbe preservato come capitale simbolico messo al servizio della collettività⁵⁹ (Ramos, 2005, p. 2).

2.2 Le origini dell'antropologia al tempo coloniale. Seduzione e repulsione: alcune suggestioni sul primo incontro

C'è una forma semplice di comprendere questo paradosso che oscilla tra la voglia di conoscere e la volontà di ignorare: il cammino verso la conoscenza può portare così tanto all'interno della cultura degli Altri che questa può arrivare a ingoiarselo del tutto, il piacere dell'esperienza della scoperta e la simpatia per "l'oggetto" che è necessaria per

⁵⁸ "El eurocentrismo puede ser transcendido sólo si abordamos el sistema-mundo moderno/colonial desde su exterioridad, esto es, desde la diferencia colonial –la cara oculta de la modernidad–. El resultado de tal operación es la posibilidad de aceptar la diversidad epistémica como un proyecto universal –es decir, abarcando algo que podríamos llamar "diversidad". La "diversidad" (azzardando una traduzione italiana della parola "diversidad" proposta da Ribeiro ed Escobar) è un neologismo utile se considerata la cornice entro cui concepire un dialogo antropologico nei termini di una tensione costruttiva tra la molteplicità e l'universalità delle diverse epistemologie antropologiche, situata all'interno di un sistema-mondo interconnesso, globale e sempre più trans-nazionale.

⁵⁹ "Todos aportarían lenguas, ideas, soluciones y propuestas sin que hubiese la posibilidad de que alguno de los participantes perdiera su identidad o su carácter local, que se preservaría como un capital simbólico al servicio de la colectividad".

comprenderlo può arrivare a cancellare la distanza tra l'oggetto e il soggetto della conoscenza⁶⁰.

(C. Lomnitz, 1999, in Degregori e Sandoval, 2007, p. 205)

Non è nostra intenzione ripercorrere tutte le tappe della lunga e complessa storia dell'antropologia messicana, tuttavia si ritiene interessante analizzarne alcune fasi in maniera funzionale all'elaborazione di un discorso critico verso alcuni dei suoi paradigmi che hanno influenzato anche la mia personale ricerca sul campo.

Riscoprire alcuni momenti chiave della storia dell'antropologia messicana è utile a capire in che modo è nata, si è trasformata, ha vissuto crisi e apogei una delle tradizioni antropologiche latinoamericane dalle origini più controverse e brillanti, la cui produzione accademica, tra momenti d'oro e insuccessi, ha saputo dare originali contributi al dibattito internazionale.

Un'antropologia, quella messicana, che nelle sue produzioni primigenie ha avuto origine al tempo della colonia, fondendosi con il processo di formazione dello Stato nazionale quando si affermò come scienza autonoma, che è stata complice di occultamenti e dimenticanze storiche nei lunghi anni indigenisti e che oggi dialoga con forze nuove che la stanno spingendo verso un profondo rinnovamento critico. Come ricorda Esteban Krotz (1999) nel suo saggio *La antropología mexicana y su búsqueda permanente de identidad*, la sua tradizione accademica moderna messicana è stata largamente influenzata da due fattori chiave: le eredità politiche e culturali lasciate dalla rivoluzione del 1910 e la stretta vicinanza agli Stati Uniti d'America, uno dei maggiori centri dell'antropologia egemonica mondiale e patria di emigrazione per molti accademici messicani che si sono formati, anche solo parzialmente, in territorio statunitense.

Nello specifico, avendo fatto ricerca in un'area (gli altipiani del Chiapas) segnata da un'alta percentuale di popolazioni native maya e avendo instaurato, fin dal principio, un vivo dibattito con alcuni accademici messicani esperti conoscitori della suddetta regione e specializzati in tematiche

⁶⁰ "Hay una forma sencilla de comprender esta paradoja que se da entre la voluntad de ignorar y la voluntad de conocer: el camino al conocimiento puede llevar tan adentro de la cultura del otro que ésta puede tragárselo del todo, el placer de la experiencia del descubrimiento y la simpatía por el "objeto" que es necesaria para comprenderlo puede borrar la distancia entre sujeto y objeto de conocimiento."

relative all'antropologia medica e indigena, non ho potuto prescindere dall'elaborare una riflessione archeologica critica sul modo in cui, storicamente, è stata costruita la stretta compenetrazione, tuttora presente, tra culture indigene, antropologia e politica nazionale.

Inoltre, grazie a questo percorso, sono riuscita a rispondere alle mie domande circa la presenza ingombrante di alcuni paradigmi accademici e alcune ideologie, che in Italia sono assenti, quali l'indigenismo e il *mestizaje*, elementi essenziali per comprendere non solo alcuni nodi cruciali della riflessione accademica odierna che su questi si è innestata, ma anche per osservare come, in base a questi paradigmi etnico-politici, è stata data una specifica forma alla società messicana dopo l'indipendenza.

Carlo Lomnitz, nel suo saggio *Descubrimiento y desilusión en la antropología mexicana* (Lomnitz, 1999), risale alle origini della conquista spagnola del Messico e a ciò che lui definisce il problema della corruzione delle origini dell'antropologia, enucleando le fasi storiche e le tematiche chiave che hanno contraddistinto lo sviluppo peculiare del pensiero antropologico messicano. Descrive poi alcuni dei paradossi propri del periodo indigenista post-rivoluzionario, età in cui prende forma un pensiero accademico forte, tra grandi scoperte e disillusioni, terminando con la crisi antropologica profonda vissuta dall'accademia messicana degli anni Ottanta, dopo la quale faticò a rialzarsi. Ripercorrendo queste varie fasi cercheremo di evidenziare le radici di quei punti di criticità teorica – tuttora estremamente attuali – presenti nel processo di formazione del pensiero antropologico in Messico.

Come per ogni tradizione accademica, occorre tenere in considerazione una certa dose di complessità interna⁶¹, poiché si tratta di un'unione di paradigmi, stili, pratiche etnografiche e forme di coscienza politica differenti, rappresentati ed espressi da autori altrettanto distinti l'uno dall'altro.

Complessità e pluralità che crescono perché, anche all'interno della produzione accademica messicana, i nativi, gli indigeni e le periferie stanno pungolando il suo centro, mettendo alla prova

⁶¹ La matrice da cui ha avuto origine il pensiero antropologico messicano ha beneficiato di contaminazioni nazionali e internazionali grazie agli apporti intellettuali di "molti padri e molte madri" (Lomnitz, 1999), e la sua evoluzione non è stata lineare e progressiva, bensì intervallata da alcuni momenti di vitalità e altri di "stasi". Scrive Lomnitz: "la storia dell'antropologia in Messico non può essere incorporata a una narrativa semplice del progresso, ad una rappresentazione lineare dello sviluppo (...). Occorre riconoscere che, nonostante la storia dell'antropologia in Messico sia lunga, non venne generata da una sola "comunità scientifica", ma al contrario, i problemi antropologici sono stati affrontati partendo da diverse basi istituzionali e con differenti propositi conoscitivi" (Lomnitz, 1999, in Degregori e Sandoval, 2007).

i paradigmi egemonici su cui l'accademia è stata costituita. Tuttavia, prima di approfondire come si stanno alterando i suoi equilibri, è necessario capire come alcuni di questi sono stati edificati e com'è stato costruito e gestito il rapporto con l'alterità più radicale del suo territorio nazionale: le popolazioni indigene precolombiane.

Durante la conquista gli europei entrarono in contatto con una alterità umana radicale – quella indigena – e questo incontro cambiò irrimediabilmente la storia dei due continenti; da quel momento in poi divenne necessario elaborare e organizzare un pensiero sulla differenza, che potesse spiegare l'eccesso di difformità esistente tra le popolazioni native e quelle ispaniche.

Era necessario comprendere la diversità culturale e linguistica, così come i sistemi politicoeconomici su cui si reggevano sia gli imperi che le comunità precolombiane, perché una delle finalità prevalenti era quella di includerli nel sistema coloniale, amministrandoli e gestendoli a livello politico, territoriale e culturale. Dal momento della conquista a oggi, il dover ragionare politicamente e culturalmente “sull'Altro interno” è stata un'azione necessaria e cruciale per le classi politiche e accademiche messicane, che hanno guidato e accompagnato l'evolversi della storia nazionale nelle sue diverse fasi.

I nativi americani incarnavano una forma di umanità che, prima della conquista, risultava ignota e impensata, ma possiamo ipotizzare che la rispettiva estraneità culturale, estetica e linguistica esercitasse per entrambi i poli della relazione un profondo fascino. Il periodo della conquista dell'intero continente latino-americano, e del Messico in particolare, è stato percorso da un desiderio *strabico* diretto sia ad annientare le popolazioni native e a depredare le ricche città che i *conquistadores* incontrarono nella loro avanzata dalla costa all'entroterra, ma anche da un altrettanto forte bramosia di conoscere le culture indigene fino ad allora sconosciute agli europei⁶².

Brillanti sono le intuizioni sul tema di Lomnitz (1999, in Degregori e Sandoval, 2007), che rintraccia alcune particolarità nel modo in cui venivano percepiti gli indigeni già nei resoconti di quei missionari che per primi vissero con le popolazioni native, in alcuni casi per molto tempo e a stretto contatto, con l'obiettivo di diffondere il messaggio cristiano; tra i missionari era presente sia una

⁶² Ricordiamo che Cortés e il suo seguito restarono sbalorditi di fronte allo splendore della capitale dell'impero azteco Tenochtitlán, una Venezia indigena quasi interamente costruita sull'acqua, molto più grande e popolosa di qualsiasi città europea del Cinquecento, culturalmente ed economicamente ricca e dinamica. Cortés per primo agì strategicamente in modo ambiguo nei confronti dell'imperatore Montezuma, in quanto architettò un primo tentativo pacifico di avvicinamento alla civiltà azteca con però la subdola finalità di piegare l'Altro al proprio dominio; come ben afferma Crovetto, Cortés vuole “comprendere” l'Altro, ben sapendo che solo comprendendolo può “prendere e distruggere” il suo impero (Crovetto, in Todorov, 1984).

certa attrazione nei confronti degli usi e dei costumi pagani indigeni, sia un senso di orrore e repulsione per la diversità barbara altrui, sentimenti accompagnati da una recondita paura di poter perdere le proprie usanze civili, se contaminate da quelle barbare, venendo irrimediabilmente assimilati dalle culture native. Questa era “una perfetta allegoria del dilemma che i missionari scoprirono nel Nuovo Mondo” (Lomnitz, in Degregori e Sandoval, 2007, p. 205)⁶³.

Molti sono gli esempi di missionari che, affascinati e catturati da ciò che Stephen Greenblatt e Guillermo Giucci definirono il “discorso de lo maravilloso”⁶⁴, abbandonarono i legami con il mondo civilizzato per vivere vicini alle popolazioni indigene più primitive, tra i quali ricordiamo Álvar Núñez de Cabeza de Vaca, Bernardino de Sahagún o i gesuiti seguaci del paraguaiano Bartolomé de las Casas, che vennero profondamente assorbiti dalle Americhe indigene e che, per sopravvivere in quei contesti, dovettero assumerne alcuni tratti linguistici e culturali⁶⁵.

Nonostante vi fossero stati, già ai tempi della conquista, dei processi di mescolanza culturale tra i nativi e gli europei, l’idea politica che si perseguiva nelle colonie era di favorire e mantenere una netta separazione tra i due gruppi umani che gerarchicamente occupavano rispettivamente una posizione di inferiorità e di superiorità. I nativi difatti

[...] avrebbero vissuto, durante i secoli posteriori, separatamente dagli spagnoli all’interno delle loro “repubbliche indigene”, ma in numerosi interstizi sociali, soprattutto urbani, crebbe sempre più un settore della popolazione chiamato *mestizo*, alimentato dai discendenti degli schiavi trasportati dall’Africa⁶⁶ (Krotz, in Ribeiro ed Escobar, 2008, p. 118).

In queste aree vennero sperimentati quei processi di ibridazione razziale che confluirono nella proposta politica esplicita del *mestizaje* nei primi decenni del Novecento.

Tutto il processo di conquista delle Americhe, ci spiega Lomnitz, è stato costruito sull’idea

⁶³ “Una perfecta alegoría del dilema de los curas que descubrieron el Nuevo Mundo”.

⁶⁴ Greenblatt, Giucci, G., *A conquista do maravilloso*, 1994.

⁶⁵ Anche Piero Coppo, in una recente lettura, ricorda l’esperienza che Cabeza de Vaca aveva avuto in Messico, prendendolo come esempio del come ci si possa profondamente trasformare vivendo in “altri mondi” (Coppo, in *Mondi Multipli* a cura di Stefania Consigliere, 2014).

⁶⁶ “Virirían durante los siglos posteriores de modo separado de los españoles y criollos en sus “repúblicas de indios”, pero en numerosos intersticios sociales, ante todo urbanos, creció más y más un sector poblacional llamado después “mestizo”, alimentado también por los descendientes de los esclavos traídos de África.”

[...] di un mondo meraviglioso che (...) poteva essere posseduto (...) e questa tensione tra il mondo conosciuto e la seduzione per le esperienze esotiche che non potevano essere narrate, è il contesto originario della nostra antropologia, i cui momenti che coincisero con le maggiori scoperte sono legati all'importanza che il lavoro di campo assumeva per il soggetto⁶⁷ (Lomnitz in Degregori e Sandoval, 2007, pp. 206-207).

Ci si interrogava su quale senso avesse una forma di umanità del tutto differente da quella europea e, nel tentativo di rispondere a questa domanda, è possibile rintracciare gli albori della disciplina antropologica in Messico; come chiarisce Krotz:

[...] La disputa cruciale relativa allo statuto umano che possedevano i nativi americani e le conseguenti normative imposte da parte del potere coloniale, fu in un certo senso il punto di partenza per l'antropologia messicana e per la definizione dei suoi "altri" più radicali, le popolazioni indigene⁶⁸ (Krotz in Ribeiro ed Escobar, 2008, p. 118).

Dai frutti di questo affascinante dialogo tra intellettuali europei e nativi, due forme di umanità diverse, e dall'esperienza intensa che si genera nel contatto tra etnografo e indigeno nascono le prime riflessioni dell'antropologia messicana.

Con l'instaurarsi delle colonie europee in aree spesso già densamente abitate dalle popolazioni preispaniche, i problemi di gestione dell'alterità culturale interna ai territori messicani sono diventati sempre più urgenti, in un primo momento solo per i funzionari dell'amministrazione coloniale spagnola ma, in seguito, la questione della gestione dell'Altro interno è stata una problematica ingombrante anche durante tutta la storia postcoloniale, quella rivoluzionaria e gli anni del consolidamento dello Stato nazionale. Anche oggi, e soprattutto dopo la rivoluzione zapatista del 1994, continua a essere uno dei nodi centrali attorno a cui ruota parte della riflessione politica, culturale, etnica ed economica del Paese.

La scottante questione indigena interna fu motore di scelte bio-politiche disparate, a volte formalmente inclusive: si pensi agli obiettivi ambiziosi del *mestizaje*, ma anche escludenti e volte a

⁶⁷ "De un mundo maravilloso que —a diferencia de aquél que habían retratado Marco Polo o John de Mandeville— podía ser poseído (...) y esta tensión entre el mundo de lo conocido y la seducción de experiencias exóticas que no pueden ser narradas, es el contexto originario de nuestra antropología, cuyos momentos de mayor sensación de descubrimiento están ligados a la entrega del sujeto a la experiencia a través de un trabajo de campo enteramente imprescindible para el propio sujeto."

⁶⁸ "La crucial disputa sobre el estatuto humano de los habitantes de América y las consiguientes obligaciones del poder colonial para con los habitantes originarios de América, fue en cierto sentido el punto de partida para la antropología mexicana y sus "otros" principales, los pueblos indígenas."

rendere culturalmente e fenotipicamente invisibili le popolazioni amerindiane attraverso il *blanqueamiento* razziale ed epistemico.

Se abbiamo ravvisato una certa ambiguità nel modo in cui ci si rivolgeva alle popolazioni native già ai tempi della conquista, periodo in cui, nell'opinione di Lomnitz, hanno attecchito le radici delle prime produzioni antropologiche messicane, ancora non sistematiche e scientifiche, lo stesso strabismo può essere ritrovato anche in altri momenti storici successivi, tra cui quello di inizio Novecento, in cui si diffuse l'indigenismo e con esso l'antropologia considerata come "scienza".

Verso la fine del porfiriato⁶⁹, agli inizi del Novecento, il Messico si stava già preparando alla rivoluzione⁷⁰. L'ondata rivoluzionaria avrebbe proposto un nuovo modello identitario ed etnico inclusivo per la componente indigena del Paese: il *mestizaje*, che si mescolò ampiamente con il pensiero indigenista. Possiamo affermare, infatti, che i progetti nazionali in America Latina si sviluppano all'alba del XX secolo *sul* paradigma iberoamericano dell'indigenismo: una corrente di pensiero politico-culturale che nasce da prestiti europei e solleva per la prima volta, in termini del tutto nuovi, la questione indigena e il rapporto tra élite creole e nativi.

L'indigenismo è un movimento politico-culturale variegato e complesso, che non concerne solo il Messico come patria di diffusione, bensì si estende a diversi paesi del sud e centro America a partire dalla seconda decade del secolo scorso e assume forme specifiche, in particolare in Messico e in Perù. Rivolto alle popolazioni di origini preispanica dei singoli stati-nazione, è stato il più delle volte promosso dalle élite colte e più influenti dei rispettivi paesi, che all'inizio del Novecento si occupavano dell'edificazione dello stato-nazione.

Nonostante le differenze regionali, l'indigenismo unisce istanze che propongono una generale presa di consapevolezza delle condizioni di miseria in cui versavano i nativi americani nell'allora contemporaneità e un riconoscimento progressivo dei loro diritti, a denunce, unite alla volontà decisa di dover salvaguardare il loro patrimonio culturale ancestrale per prevenirne la dissoluzione

⁶⁹ Durante i circa 30 anni di governo di Porfirio Díaz (1876-1911), che precedettero l'ondata rivoluzionaria messicana del primo decennio del Novecento, l'ideologia politica dominante che circolava in Messico era di stampo fortemente conservatore e populista. Dal punto di vista etnico Díaz aspirava a forgiare una nazione accuratamente sbiancata e "lattificata", occultando la componente fenotipica ed etnica indigena, ritenuta un forte elemento di intralcio e disturbo per il formarsi della nazione. Venne esaltata in quegli anni l'idea di poter creare una popolazione omogenea culturalmente, di razza prevalentemente bianca e discendenza europea.

⁷⁰ Il peruviano Gonzales Prada (1844-1918) fu una delle personalità più influenti del periodo e i tratti anarchici e socialisti del suo pensiero agitarono, in Messico, le acque della rivoluzione, entro le quali nacque e prese piede il *mestizaje*, i cui strascichi ideologici e implicazioni antropologiche sono motivo di discussione ancora oggi.

con l'incedere rapido della modernità. Il movimento indigenista assumerà dei tratti distintivi nelle scienze sociali, nell'arte e in antropologia, e sarà determinante nell'elaborazione della riflessione sull'antropologia messicana nelle prime decadi del Novecento, che "attraverso la lente storpiata dell'indigenismo" fondò il suo peculiare modo di relazionarsi ai nativi messicani, strutturare la ricerca sul campo e fare etnografia.

L'antropologia messicana nacque e si caratterizzò, definendo sia politicamente che culturalmente la composizione etnico-politica della nazione messicana che si stava costituendo; viceversa, il modo in cui lo Stato messicano si stava formando lasciò per molti decenni una traccia indelebile nell'antropologia, e sancì in quegli anni un forte legame e una compenetrazione profonda tra l'antropologia, la propaganda politica, l'indigenismo e il *mestizaje*.

L'etnografia che, come vedremo, si diffuse all'epoca⁷¹, scelse come tema prioritario di analisi la riflessione sui nativi messicani, e lo fece in maniera funzionale alle esigenze politiche del momento e alle inclinazioni politiche degli autori. Ciò che accomuna il pensiero antropologico è la totale cecità nei confronti delle reali problematiche dei nativi messicani, che venivano utilizzati come "strumento di riflessione" utile a perseguire finalità politiche ed etniche legate al processo di *state building* in corso all'epoca.

Come ben spiega Lomnitz:

[...] c'era una tendenza ad esplorare la gloria del passato indigeno e a vedere il nativo contemporaneo come una condizione a volte redimibile, però essenzialmente negativa. Queste due tendenze, glorificare il passato precolombiano e avere una posizione critica ma redentrice verso la società indigena contemporanea, crebbero con la rivoluzione messicana e si espressero con grande vitalità in antropologia, nel cinema e nell'arte pittorica post-rivoluzionaria⁷² (Lomnitz in Degregori e Sandoval, 2007, p. 212).

⁷¹ José Vasconcelos e Manuel Gamio furono i primi antropologi a rivestire importanti cariche pubbliche ed entrambi, in modo differente, si impegnarono nell'intento di far circolare un'idea di antropologia applicata, tesa a costruire le basi che avrebbero sostenuto il progetto del *mestizaje* e che avrebbero portato verso un progressivo e sempre più invadente sbiancamento epistemico e fenotipico sia degli indigeni che degli afro-discendenti.

⁷² "Había una tendencia a explorar las glorias del pasado indígena y a ver lo indígena en el mundo contemporáneo como una condición tal vez redimible, pero esencialmente negativa. Estas dos tendencias —glorificar lo precolombino y tener una posición crítica pero redentora hacia la sociedad indígena contemporánea— crecieron con la Revolución Mexicana y se expresaron con gran vitalidad en la antropología, en el cine, en la arquitectura y en la pintura de la posrevolución."

L'indigenismo messicano, trascinandosi quella fascinazione esotica che aveva sperimentato già ai tempi della colonia, riesce quindi a costruire una visione dell'indigeno funzionale al suo nuovo progetto politico nazionale moderno; la primitività, lo spiritualismo, la naturalità, furono solo alcuni dei tratti nativi "preispanici" ritenuti preziosi perché utili a forgiare la nuova identità nazionale messicana che, integrando le caratteristiche native a quelle dei discendenti spagnoli e degli afrodiscendenti, si sarebbe potuta valorosamente differenziare dall'identità europea e da quella statunitense.

Il movimento indigenista ispirò una vasta produzione di opere artistiche con specifiche finalità educative e propagandistiche che avevano come soggetto il nativo messicano, accuratamente ripulito dalla modernità e stereotipizzato; ne sono un esempio quelle del pittore Diego Rivera, che traduce la specifica idea indigenista messicana in murales di grandi dimensioni tuttora presenti e fruibili nei cortili interni di alcuni prestigiosi palazzi coloniali di Città del Messico.

In alcuni dei suoi murales (un esempio è la serie *Cargadores de flores*) viene costruito e raffigurato l'ideale di donna indigena secondo la tradizione indigenista-primitivista: vestita in abiti tipici, generalmente a piedi nudi, con le mani callose, la carnagione scura, immortalata spesso tessendo, trasportando fiori, lavorando la terra o dedita ad altre attività tradizionali, come la produzione di *tortilla* o la raccolta del mais. I colori usati nei murales delle *Cargadores de flores* sono caldi, gli abiti tradizionali spesso dipinti di bianco, i soggetti contornati da piante di mais e da fiori lussureggianti, ed è forte il richiamo a una naturalità ancestrale, intatta, autentica e primitiva. A una prima analisi appare evidente la volontà dell'autore di proporre al fruitore una visione fiabesca dell'indigeno e di costruire un modello culturale stilizzato e primitivo, adatto a essere rimodellato secondo i nuovi canoni culturali e le nuove linee politiche nazionali. Tuttavia, è bene ricordare che proprio attraverso la costruzione di *un'immagine archetipica* dell'indio in antropologia, letteratura e arte, è stato marcato un percorso di allontanamento dell'indio ideale da quello reale. Le produzioni culturali indigeniste si sono progressivamente scollate da una descrizione delle condizioni dure e reali in cui vivevano le popolazioni native messicane.

Nei murales di Rivera l'indigenismo ha una sfumatura primitivista nel senso che ne dà Severi in un passaggio del suo testo *L'oggetto persona* (2018): l'autore, portando come esempi alcune produzioni artistiche italiane e straniere, esplora il complesso legame simbolico che si crea tra l'oggetto-persona e lo spazio della memoria sociale in cui questo è stato prodotto e afferma:

[...] affinché un'immagine sia intensa nella maniera immaginata dai primitivisti, non è necessario insistere sulla caratterizzazione psicologica della figura umana. Al contrario, occorre che sia relativamente impersonale, pressoché anonima. È in questo modo che può essere generalizzabile, alla stessa maniera di un simbolo (Severi, 2018, p. 13).

Le donne indigene di Rivera che trasportano fiori sono rappresentate in maniera essenziale e stilizzata, ma l'intensità dell'immagine è tale da causare il coinvolgimento empatico del fruitore, che sente gli effetti del simbolismo incarnato dalla donna. L'iconografia muralista di Rivera aspira a unire intimamente il fruitore al messaggio politico e culturale che vuol dare l'autore e invita coloro che siedono dinanzi all'immagine a toccare con mano la potenza del passato preispanico, delle sue tradizioni e dei lasciti che vengono incarnati nell'indigeno, sebbene in maniera trasfigurata; in questo modo si riscopre l'autenticità e la positività delle radici del Messico moderno e, volgendo lo sguardo alla grandezza delle sue civiltà antiche, è possibile forgiare una nuova vigorosa nazione nel tempo presente, sulla base di solidi valori ancestrali⁷³.

2.3 L'eugenetica positiva di Vasconcelos e Gamio. Questioni indigeniste e postindigeniste

Ogni qualvolta i popoli marginali fanno il loro ingresso in uno spazio storico o etnografico definito da un immaginario di modernità, entrando nel mondo moderno, le loro storie particolari si dissolvono rapidamente. Trascinati in un destino dominato dall'Occidente capitalista e da vari socialismi tecnologicamente avanzati, questi popoli,

⁷³ Molto interessante il saggio di Alexander S. Dawson in cui l'autore elenca una serie di caratteristiche positive, che si alternano ad altre negative, legate alla *purezza* sessuale delle donne indigene, alla loro verginità "originaria", costruzioni ideali utili a perseguire l'intento politico di forgiare una nuova patria messicana su basi ideali e morali solide (Dawson in *Models for the Nation to Model Citizens: Indigenismo and the "Revindication" of the Mexican Indian*, 1989).

tutt'un tratto arretrati, non inventano più futuri locali. Ciò che è diverso in loro rimane legato a passati tradizionali, a strutture ereditate che o resistono o cedono al nuovo, ma non possono produrlo.

(J. Clifford, 2010, p. 17)

Nei primi decenni del Novecento, gli Stati latino-americani affrontavano – attraverso diversi paradigmi culturali, politici e sociali – la “questione indigena” e la “questione degli afrodiscendenti”.

Uno dei principali approcci al problema indigeno e afro-discendente si costruì sul paradigma del meticciato: dal *mestizaje* dell'uomo nuovo post-rivoluzionario messicano alla *miscigenação* brasiliana, ogni contesto nazionale trovò una sua peculiare soluzione alla questione dell'identità nazionale, in risposta al modello sociale e razziale europeo della superiorità della razza bianca. Ricordiamo che i primi decenni del Novecento in Europa furono segnati dalla diffusione, soprattutto in Germania, del “sogno eugenico negativo”, che mirava all'eliminazione delle razze considerate difformi rispetto al canone ariano e che non potevano essere in alcun modo “migliorate”. Tra Europa, Stati Uniti e America Latina si discuteva, anche accademicamente, della razza e del problema delle gerarchie tra le razze, e le influenze che esercitarono le ideologie occidentali in America Latina, e nello specifico in Messico, incisero sulla costruzione di un modello razziale che aveva sia dei tratti differenti che alcuni elementi di continuità rispetto a quelli elaborati nelle madrepatrie.

La storia della disciplina antropologica messicana, in dialogo con le teorie eugenetiche europee e americane, definisce il suo specifico percorso teorico e fonda la sua metodologia, in base alle problematiche del suo contesto storico e politico, ma ponendosi sempre in relazione all'Europa.

In Messico l'ondata rivoluzionaria di stampo socialista che pose fine al porfiriato, mirava a includere nel progetto nazionale la componente indigena presente nel territorio, abilitandola come parte attiva della lotta di classe che si preparava alla rivoluzione; le comunità fenotipicamente e culturalmente non bianche – portatrici di una cultura e di valori eterogenei rispetto a quelli proposti dalle madrepatrie coloniali europee – vennero incluse nei progetti nazionali perché considerate un

prezioso bacino di differenziazione culturale ed etnica rispetto al vecchio mondo e ai progetti eugenetici ariani che si stavano diffondendo al suo interno.

Tuttavia, nonostante la forte differenza esistente tra i progetti europei di eugenetica negativa, che cercavano la purezza razziale, e quelli latino-americani positivi, che giustificavano la loro eterogeneità etnica interna costruendo l'idea di uno Stato meticcio, possiamo evidenziare alcune continuità. Dal *mestizaje* "puro" delle origini, ci si spingerà in Messico sempre più verso un ideale di Stato meticcio, "sbiancato" eticamente, quando non addirittura a livello fenotipico, modello vicino a quelli formulati in occidente.

Gli intellettuali messicani José Vasconcelos e Manuel Gamio (considerati i padri fondatori dell'antropologia messicana) firmarono un patto con gli ideali rivoluzionari e furono ferventi sostenitori del progetto politico del *mestizaje* culturale latino-americano, considerandolo l'unico mezzo per creare un'omogeneità nazionale a partire dall'eterogeneità etnica e culturale dei suoi cittadini, dando vita a

[...] uno stato nazione che poteva resistere non solo alla minaccia interna derivante dall'ingombrante passato coloniale, ma anche alla minaccia esterna rappresentata dall'imperialismo nordamericano⁷⁴ (in Miller, 1999, p. 48).

Una risposta indubbiamente originale alle problematiche etniche e politiche che si vivevano in Messico la fornisce José Vasconcelos, intellettuale, antropologo e politico di spicco negli anni della rivoluzione. Vasconcelos, nel suo testo più noto dal suggestivo titolo *La raza cósmica* (1925), propone la stravagante idea di forgiare una nuova razza messicana mescolandone quattro diverse: la rossa (nativi americani), la bianca (europei), la nera (africani) e la gialla (asiatici). Secondo la sua opinione, il progetto di *mestizaje* così coordinato avrebbe dato origine a un modello razziale non solo eterogeneo rispetto a quello precedente, ma soprattutto superiore, cosa che sarebbe stata vantaggiosa per lo Stato messicano se comparato con l'Europa e gli Stati Uniti, che avevano al loro interno meno diversità razziale.

⁷⁴ "Un Estado-nación que pudiese resistir no sólo la amenaza interna producida por su fracaso para superar las injusticias de su pasado colonial, sino también la amenaza externa del imperialismo norteamericano."

L'ideologia del *mestizaje*, in Messico, sembrava poter risolvere definitivamente la questione spinosa dell'alterità indigena radicale, presente entro i confini nazionali, perché veniva inclusa in progetti politici, sociali, ma soprattutto educativi, che tendevano al raggiungimento di un ideale di emancipazione in chiave moderna di tutta la popolazione, superando e ovviando alla sua differenziazione originaria.

Vasconcelos, due volte ministro dell'educazione (nel 1914 e 1921), rettore della *Universidad Nacional de México* e segretario della pubblica istruzione negli anni di presidenza di Álvaro Obregón, durante il suo mandato realizzò la prima importante riforma educativa del Paese: fu il propulsore della creazione di scuole rurali per l'alfabetizzazione indigena in spagnolo, dell'implemento dell'uso di macchinari in agricoltura e dell'educazione indigena alle norme sanitarie e igieniche, così da dare un deciso impulso al processo di elevazione della "nuova razza messicana" che si stava formando⁷⁵. Vasconcelos attivò inoltre ambiziosi programmi educativi e culturali con altri paesi latino-americani e stranieri (le così dette *embajadas culturales*), e sostenne la produzione di molti artisti nazionali e internazionali, tra i quali David Alfaro Siqueiros, J. Clemente Orozco e Diego Rivera, auspicando che le loro opere potessero avere un fine politico propagandistico.

Nonostante la costituzione messicana che seguì la rivoluzione potesse essere considerata all'avanguardia sulle tematiche del riconoscimento e della tutela dei diritti del nuovo cittadino etnicamente *mestizo*, il progetto nazionale del Messico indipendente, appoggiato dall'élite intellettuale dell'epoca in cui si inseriva Vasconcelos, nacque sull'idea di poter forgiare il nuovo Stato sulla base di un modello razziale assimilazionista, che riconosceva la diversità della popolazione indigena esclusivamente come un fattore strumentale, necessario a formare la nuova razza messicana meticcia. Nel pensiero di Vasconcelos si nota chiaramente che le popolazioni indigene erano una parte fondamentale dell'ingranaggio per l'affermazione del *mestizaje* come ideologia di Stato, ma – nel suo disegno – non era l'indigeno il principale protagonista, bensì il *mestizo* (Venturoli, 2018).

Le popolazioni indigene dovevano essere incorporate al progetto della nazione per non essere d'intralcio alla modernizzazione e al progresso del Messico post-rivoluzionario; dovevano cambiare forma e volto, mescolarsi, dissolversi culturalmente e biologicamente nel progetto del meticcio.

All'epoca si proponeva un modello razziale in cui l'indigenità non veniva preservata nella sua specificità etnica e storica, ma veniva bensì snaturata e de-politicizzata per ridurla a mero folklore, utile solo perché capace di fornire un valore esotico aggiunto al popolo messicano, in accordo a quello di altre razze.

⁷⁵ Per approfondire la tematica che vede l'interessante intreccio di *mestizaje*, eugenetica e razzismo si legga *Eugenesia y racismo en México* di Suárez, L. & L. Guazo. (2005), México: Universidad Nacional Autónoma de México-El Colegio de Michoacán.

I primi decenni del Novecento messicano vengono definiti da Larsen la “tappa eugenetica del progetto del mestizaje” (Larsen, 2008, p. 127), periodo in cui venivano favoriti gli *incroci razziali*⁷⁶ nell’ottica di formare uno Stato in cui gli elementi chiaramente etnici venivano snaturati, decolorati e cooptati in un progetto politico ed etnico meticcio e moderno. Dopo questa prima fase, il *mestizaje* coincise sempre più con un auspicio di sbiancamento della popolazione, non solo razziale, ma soprattutto epistemico⁷⁷.

Oltre a Vasconcelos, ricordiamo i contributi importanti che diede il padre fondatore dell’antropologia e dell’etnologia messicana, Manuel Gamio, allievo di Boas. Con Gamio l’antropologia divenne indigenista, si rafforzò metodologicamente e teoreticamente e venne chiamata a impiegare un ruolo attivo nella costruzione del nuovo Stato messicano. Gamio, ricevette la sua educazione durante gli anni del porfiriato e, alunno prediletto di Franz Boas presso il Dipartimento di Antropologia della Columbia University, adottò l’approccio teorico culturalista diffuso nell’antropologia statunitense del principio del ventesimo secolo, di cui Boas era un portavoce illustre.

Nel suo grande progetto di antropologia integrata sulla popolazione indigena della Valle di Teotihuacán, egli propose il metodo etnografico di “studio integrale” che prevedeva l’uso congiunto di etnografia, archeologia, storia, antropometria così come di agricoltura, medicina e altre discipline sul campo; dal lavoro innovativo svolto da un équipe di ricercatori, vennero studiati nel dettaglio molti degli aspetti storici, culturali ed economici che caratterizzarono la popolazione della valle di Teotihuacán, situata a una quarantina di chilometri di distanza da Città del Messico. Per la prima volta, questo studio pionieristico finanziato dal governo federale si proponeva come obiettivo il favorire lo “sviluppo integrale” della popolazione della Valle di Teotihuacán, che nell’insieme si configurava secondo una complessa relazione di scambi tra zone rurali e urbane, e che veniva studiata in relazione al contesto in cui era immersa.

⁷⁶ A questo proposito ricordiamo che anche la proposta politica formale del meticcio sollevava questioni riguardanti la forma di umanità ibrida che si sarebbe generata favorendo le mescolanze genetiche. Dovendo fare i conti con i frutti delle ibridazioni razziali, all’interno di progetti di eugenetica positiva e inclusiva, come quello messicano, ci si interrogava sulla loro efficacia e sulla fertilità dei nuovi incroci. A riguardo è peculiare la domanda che pone Alonso, riferendosi a quel periodo storico: “Erano fertili i meticci? Le mescolanze di due razze potevano condurre a nuove razze intermedie? Gli esotici erano condannati ad una degenerazione a causa degli effetti del clima o delle unioni miste o entrambe?” (Alonso, in a cura di Marisol de la Cadena, 2007, p. 175).

⁷⁷ Approfondiremo questa tematica nel capitolo 3.1 “*Mestizaje, blanquitud, razzismo*”.

Manuel Gamio, distante dalla visione darwinista di Vasconcelos, si rivolgeva ai nativi messicani considerandoli capaci di conferire quel giusto grado di vigore, adattabilità e resistenza alla nuova nazione meticcia. Gamio attribuiva lo stato di “arretratezza” in cui vivevano nei tempi moderni a elementi esterni legati al contesto: “alla dieta insufficiente, alla mancanza di educazione, alla povertà materiale e all’isolamento dagli stimoli della vita nazionale” (Venturoli, 2018, p. 81).

Questo antropologo ed etnografo di spicco incarna il perfetto prototipo dell’intellettuale indigenista messicano: il suo interlocutore prediletto è l’indigeno, non il *mestizo* (com’era per Vasconcelos), il quale viene venerato, idealizzato, mitizzato ed eretto a pilastro fondante della nuova nazione.

L’antropologia messicana di quegli anni, con una rinnovata attenzione sul lavoro sul campo etnografico e grazie all’impulso metodologico fornito da Manuel Gamio, si occupò di questioni politiche e culturali ritenuti urgenti nel Paese; primo tra tutti, lo studio delle comunità indigene adottando un metodo integrale, unito a un lavoro dettagliato sulle grandi civiltà precolombiane, finalizzato a conservare il patrimonio archeologico preispanico che stava andando incontro a un pericoloso dissolvimento e che doveva essere preservato, catalogato e sistematizzato.

Torniamo alla questione spinosa del rapporto tra antropologia, alterità indigena e politica in Messico; analizzando alcuni aspetti relativi alle proposte elaborate da Vasconcelos e Gamio, emerge una certa ambiguità di intenti e una disarmonia tra il voler edificare un progetto di ibridismo razziale e il dover includere al suo interno anche le comunità per eccellenza più dissimili rispetto ai canoni europei. La componente indigena era vista da un lato come fonte di orgoglio nazionale, ma dall’altro come una testimonianza della presenza di un certo grado di inadeguatezza rispetto al paradigma modernista che si stava diffondendo, e di arretratezza rispetto al modello culturale bianco europeo e americano.

Come al tempo delle colonie, i nativi affascinavano, ma la loro diversità spaventava e doveva essere gestita, sistematizzata e giustificata. Se nelle colonie era stata proposta una segregazione razziale esplicita, nel *mestizaje* si costruisce un’ideologia razziale opposta: inclusiva e finalizzata a veicolare prima il messaggio rivoluzionario poi quello moderno. Ma nel *mestizaje* “gli indigeni” sono comunque “i diversi”, gli esclusi dall’organizzazione sociale e politica post-rivoluzionaria, dove i discendenti dei coloni bianchi – non i nativi – occupavano i ruoli sociali, politici ed economici più prestigiosi.

La riflessione antropologica e la produzione etnografia con Vasconcelos e Gamio avevano acquisito una posizione di prestigio, utilità pubblica e visibilità, e non fu facile alterare il ruolo su cui sia l'antropologia che l'etnografia vennero edificate.

Per decenni il dibattito antropologico rimase imbrigliato attorno a questioni politico-identitarie inerenti ai processi di *state building*. Non solo: come ben spiega Venturoli, in modi diversi, la retorica e la filosofia messicana indigenista, anche se riconosceva un certo valore alle popolazioni indigene, le inseriva in un disegno razziale gerarchizzato ed evolucionista, che prendeva spunto dai paradigmi che si stavano diffondendo anche in Europa nel primo decennio del Novecento (Venturoli, 2018).

La corrente indigenista che si amalgamò al *mestizaje*, lasciando un'impronta indelebile nell'organizzazione del discorso antropologico messicano, studiando le popolazioni amerindiane interne ai confini nazionali, ripropose in parte quegli abbagli che l'avevano vista nascere nella colonia e che, tra sentimenti di seduzione e di repulsione nei confronti dei nativi, la rendevano complice dei progetti politici che miravano a "governare" l'Altro interno. La produzione intellettuale e artistica indigenista, che aveva come oggetto privilegiato i nativi messicani, è rimasta cieca fino alla fine degli anni Sessanta del Novecento, rispetto alle concause storiche che legavano colonia e post-colonia e che determinarono il perdurare delle condizioni di svantaggio socioeconomico in cui vivevano le popolazioni indigene messicane al tempo.

Venne invece incrementata la produzione accademica sul folklore popolare, sugli usi e costumi tradizionali, resi – ahimè – sterili, privati dello sfondo e della dimensione storico politica in cui prendevano e cambiavano forma nel tempo. Venne edificata una visione dell'indio, parziale, falsata e faziosa.

Nel Messico indipendente, l'anelito alla modernità *mestiza* non lascia alle differenze culturali una reale possibilità di esistere, né tantomeno consente alle storie delle popolazioni native o al pensiero nativo, periferico rispetto ai paradigmi della produzione accademica egemonica, di ritagliarsi uno spazio di esistenza degno e autonomo. L'antropologia messicana nella sua età d'oro è ancella della visione indigenista, complice del discorso politico dominante del *mestizaje* e attiva promotrice di

un processo di *acculturazione* (Beltran, 1957) delle popolazioni indigene. A riguardo, nel suo celebre testo "*El proceso de aculturación*"⁷⁸ Aguirre Beltran (1957) denota chiaramente che

l'azione indigenista non tende in alcun modo a rafforzare i valori e le istituzioni delle comunità indigene al fine che queste si conservino, stabilmente, come tali. La tendenza principale dell'azione indigenista è quella di promuovere il cambiamento culturale e favorire un processo di acculturazione delle comunità indigene meno sviluppate, affinché quanto prima, si integrino nella grande comunità nazionale⁷⁹ (Beltran, 1957, p. 200).

Gli antropologi e gli scienziati sociali messicani della metà del novecento, hanno il compito non di imporre in maniera coercitiva, ma di agevolare questo processo di mescolamento di conoscenze, usi e costumi indigeni e meticci, al fine di accelerare la genesi di una popolazione nazionale dalle caratteristiche culturali e razziali nuove, diverse da quelle precedenti⁸⁰.

Negli anni Ottanta del Novecento una critica forte a un indigenismo primitivista storico e ancora influente in Messico venne chiaramente espressa all'interno di uno dei testi chiave dell'antropologia post-indigenista, *México Profundo una civilización negada*, di Guillermo Bonfil Batalla (Bonfil Batalla, 1987); l'autore – con ragione e veemenza – denuncia la cecità dell'antropologia indigenista, che non prestò effettivamente attenzione alla realtà *profonda* del Paese, il così detto "Messico profondo" (Bonfil Batalla, 1987, p. 9), la radice culturale, politica e razziale del Messico odierno che risale all'epoca coloniale.

⁷⁸ Nel testo l'autore dopo aver dato una spiegazione etimologica del termine acculturazione, sia in spagnolo che in inglese, lo distingue da quello di transculturazione, arrivando a definirlo "sencillamente, un *contacto de culturas*" (Beltran, 1957, p. 9). Tuttavia puntualizza che l'idea di acculturazione non possa essere adeguatamente compresa se non prestando attenzione alle circostanze sociali e teoriche che ne hanno determinato la nascita e lo sviluppo in un determinato contesto o in un altro; a riguardo si consiglia la lettura della parte iniziale del testo (Beltran, 1957, p. 13-15).

⁷⁹ "La acción indigenista no tiende, en modo alguno, a fortalecer los valores y las instituciones de las comunidades indígenas para que éstas se conserven, permanentemente, como tales. La tendencia principal de la acción en materia indigenista es la de promover el cambio cultural, la de inducir el proceso de aculturación en las comunidades indígenas subdesarrolladas, para que, cuanto antes, se integren a la gran comunidad nacional", A. Beltran (1957), traduzione mia.

⁸⁰ Interessante a riguardo anche il concetto di *trasculturazione* proposto da Fernando Ortiz (1940) in "*Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*". Mentre l'acculturazione è, nell'opinione dell'autore, un processo di trasformazione graduale di una cultura subordinata in un'altra dominante, la transculturazione possiede un carattere multidimensionale e denota l'idea di una transizione attiva di due culture verso una nuova realtà culturale originale e indipendente. Il termine transculturazione viene nominato anche da Beltran a pagina 8 del testo (Beltran, 1957), il quale spiega la differenza tra i due termini cercando di fare luce sulla confusione semantica che li interessò.

L'età d'oro dell'antropologia indigenista, che aveva contribuito alla costruzione del *mestizaje*, aveva lasciato pesanti e duraturi retaggi che dovevano essere smantellati. Le trasfigurazioni primitiviste della realtà indigena messicana non dovevano sostituirsi a un'analisi della loro situazione problematica reale, inscritta nelle eredità lasciate dal violento processo di conquista e dal modo in cui si era formato lo stato-nazione messicano.

Batalla ritiene opportuno direzionare il dibattito antropologico, dirigendolo verso le molteplici eredità che ha lasciato il periodo coloniale nella storia del Messico odierno; la presenza di due civiltà, quella mesoamericana e quella occidentale – di cui la prima interrotta – hanno lasciato irrisolti alcuni problemi che vanno ripensati nell'ottica di proporre innovative soluzioni alla crisi economica, politica e sociale messicana della fine degli anni Ottanta del Novecento.

Le sfide odierne possono essere affrontate solo a partire da un autentico riconoscimento della realtà del Paese: spinosa e contraddittoria, imbrigliata tra aneliti di modernità e vive tradizioni mesoamericane ancestrali, prodotta da una civiltà negata (Bonfil Batalla, 1987), interrotta dalla conquista coloniale che ha imposto un modello di sviluppo occidentale a popolazioni la cui storia e le cui tradizioni culturali sono state rovinosamente alterate.

Nell'opinione di Lomnitz, ciò che oggi rappresenta una grande sfida per il pensiero antropologico messicano, parte dal riconoscimento della profonda trasformazione culturale che interessa il Paese, spinta da un radicale cambiamento nel rapporto tra mercato, sistema politico e movimenti sociali che, dalla fine degli anni Novanta, hanno portato a una conseguente mutazione delle relazioni tra antropologia, Stato e mercato (Lomnitz, 1999, p. 223). Ci si dovrebbe quindi domandare come su questa nuova situazione, in cui il mercato gioca un nuovo ruolo chiave anche nei confronti dei vecchi parametri della cultura e della politica, si innestino fattori trasformativi, movimenti sociali e soggetti nuovi che vogliono partecipare al dibattito sociale e politico del Paese. Inoltre l'antropologia messicana dovrebbe ritrovare delle basi stabili da cui partire senza continuare a rivolgere lo sguardo alle influenze che l'Europa, ma soprattutto gli Stati Uniti, esercitano fuori e dentro la riflessione accademica, anche imponendo dei modelli di consumo economico e culturale massivo e poco critico.

Non è sublimando il reale che si possono trovare delle soluzioni al tempo presente, bensì è decostruendo pregiudizi, liberando il pensiero colonizzato e riconoscendone la sua specifica problematicità storica, che si possono cercare delle soluzioni adatte al contesto messicano, senza

dover ricorrere a quelle elaborate dal progetto civilizzatore moderno di stampo europeo e nord americano.

Le origini dell'antropologia in Messico, il suo impegno pubblico, il suo legame profondo con la committenza statale e la sua notorietà quando era agli albori, rallentarono l'edificazione di un paradigma antropologico autonomo e critico rispetto alla ragion di Stato. Quando la riflessione antropologica sull'indigenismo e sul *mestizaje* cominciò il suo declino, fu difficile trovare un modello alternativo che guardasse alle popolazioni indigene del tempo presente come produttrici di una cultura viva, unica e diversa, che aveva bisogno di spazi politici autonomi in cui esprimersi e di scienze sociali emancipate che potessero dar loro voce⁸¹. Una disciplina, insomma, che fosse ricettiva verso la ricchezza delle strategie culturali messe in atto per far fronte alla precarietà delle esistenze, abile a osservare il lavoro culturale e storico attraverso cui le popolazioni indigene avevano rimesso insieme i pezzi dopo l'impresa coloniale.

Per aprire lo sguardo a questi fenomeni era necessario che l'antropologia messicana elaborasse un metodo di analisi profondamente autocritico e autoriflessivo, de-coloniale.

Uno strappo nel cielo di carta dei classici paradigmi antropologici venne aperto nel momento in cui nuovi movimenti sociali entrarono a gamba tesa nel dibattito pubblico e politico incentrato sulla questione indigena; il *Levantamiento Zapatista*, per esempio, diede un impulso al dibattito intenso sulla situazione degli indigeni messicani. Da quel momento iniziò un complesso momento di negoziazione con il governo federale: la compattezza del paradigma antropologico indigenista cominciò a disarticolarsi e vennero introdotti nuovi programmi accademici, vennero assunti soggetti di origine indigena per occupare le cariche direttive, si ridussero le risorse assegnate all'apparato statale indigenista e vennero congelate le attività dell'Istituto Indigenista Interamericano.

⁸¹ In questo senso una delle gravi conseguenze del processo etnico-politico di primitivizzazione e folklorizzazione dei nativi messicani da parte dell'antropologia, può essere ravvisabile nella depoliticizzazione dei loro atti di resistenza contro l'acculturazione massiva: nella costruzione di un modello culturale indigeno ideale che potesse avere le caratteristiche adatte per essere cooptato nello stato-nazione messicano, gli atti di resistenza di comunità, gruppi o individui che non accettavano questa messicanizzazione forzata venivano silenziati, depoliticizzati e giudicati irrazionali. Come chiarifica Dawson: "edificando l'idea di un indigeno ideale (...) l'indigenismo elaborò un piano a cui potevano partecipare tutti gli indigeni in quanto cittadini. Tuttavia, l'indigenismo ha anche screditato le forme di resistenza a queste imposizioni che sono state lette come atti irrazionali e primitivi" (Dawson, 1998, p. 308).

Gli impulsi dati dagli antropologi nativi nei confronti dei modelli classici della disciplina propongono un modo contro-egemonico di fare antropologia e di concepire i gruppi indigeni stessi. Come esplicita De La Cadena

[...] I reclami di indigenità sono l'espressione di un rifiuto elaborato nei confronti di questa biopolitica *assimilazionista e meticcica* e nei confronti delle categorie concettuali e pratiche utilizzate per la sua messa in atto. Il rifiuto dell'indigeno al mestizaje non è rifiuto al mescolamento. È un rifiuto di partecipare all'epistemologia della modernità⁸² (M. De La Cadena, 2010, p. 30, corsivo mio).

L'antropologia in questa nuova cornice politica, viene messa alla prova e sollecitata a prendere posizione rispetto alle rivendicazioni espresse dai movimenti indigeni che vorrebbero essere riconosciuti parte della collettività, ma che al contempo vorrebbero edificare degli spazi di autonomia in cui si possa tutelare la loro diversità. Riconoscendo piena legittimità a queste nuove rivendicazioni, anche il discorso accademico potrebbe trovare il coraggio per diventare realmente pluralista, molteplice, scomposto e contro-egemonico, capace di mettere in discussione lo status quo.

3. “Noi non siamo razzisti, siamo messicani!”

3.1 *Mestizaje, blanquitud, razzismo*

La teleologia del mestizaje richiede la nozione di purezza anche quando la nega⁸³.

(M. De La Cadena, 2007, p. 112)

⁸² “Los reclamos de indigenidad son un rechazo a esta biopolítica y a las categorías conceptuales y prácticas utilizadas en su implementación. El rechazo indígena al mestizaje no es rechazo a la mezcla. Es rechazo a las epistemologías de la modernidad.”

⁸³ “La teleología del mestizaje, requiere de la noción de pureza incluso cuando la niega.”

Di fatto, in buona parte, la battaglia reale contro l'oppressione inizia per tutte sotto la nostra pelle⁸⁴.

(C. Moraga, 1998, p. 123)

Durante un seminario di vari incontri che ha avuto luogo presso la libreria *La reci comunal* di San Cristóbal de Las Casas, dal titolo *Seminario blanco, relatos y estudios antirracistas sobre la blanquitud*, ho avuto modo di confrontarmi con i presenti, la maggior parte messicani, su alcune tematiche teoriche inerenti al *mestizaje*, alla *blanquitud*, al razzismo in Messico e al ruolo che hanno assunto le scienze sociali nel rivelarne le problematicità. Il dibattito è stato molto produttivo, perché mi ha consentito di ragionare con loro sulle implicazioni che il razzismo e il *mestizaje* hanno nella vita quotidiana odierna, sui processi di "invisibilizzazione" del razzismo e sulle dinamiche di potere inscritte nel discorso della *blanquitud*.

"Qualche mese fa mi sono trasferita a San Cristóbal de Las Casas e ho iniziato a percepirmi più bianca, ho iniziato a rendermi conto che la mia pelle era più bianca di quella di molti dei miei colleghi dell'università; per esempio, le persone qui mi vedono bianca, mi vedono meticcica, ma di questi meticci bianchi, mi dicono *Güerita*; questo perché qui in Chiapas le persone sono più scure, più indigene.

La mia famiglia vive nel DF, Distretto Federale. Io mi considero meticcica come tutti i messicani! I miei antenati erano spagnoli di Madrid, io e i miei fratelli siamo meticci, non abbiamo radici indigene, siamo di questi meticci bianchi.

Mi sento meticcica qui in Messico, ma quando visito mia zia che vive negli Stati Uniti, le persone credono che io sia indigena, mi vedono come una indigena perché ho la pelle più scura degli americani e sono messicana. C'è molto razzismo negli Stati Uniti contro i messicani ... ma qui in Messico siamo tutti mescolati"⁸⁵.

⁸⁴ "De hecho, en gran medida, la batalla real contra la opresión empieza para todas nosotras debajo de nuestra piel."

⁸⁵ "Hace algunos meses me mudé a San Cristóbal de Las Casas y empecé a verme más blanca, empecé a darme cuenta que mi piel es más blanca de la piel de muchos de mis compañeros de la Uni, por ejemplo...la gente aquí me ve blanca, me ven mestiza, pero de estos mestizos blancos, me dicen Güerita; esto porque aquí en Chiapas, la gente es más oscura, más india. Mi familia vive en el DF, Distrito Federal. ¿Conoces? ¡Yo soy mestiza, me considero mestiza como todos los mexicanos! Mis antepasadas eran españoles de Madrid, yo y mis hermanos somos mestizos, no tenemos raíces indígenas, somos de estos mestizos blanquitos. Yo me veo como mestiza aquí en México, pero cuando visito mi tía que vive en los Estados Unidos la gente cree que yo sea india, me ven como indígena porque tengo la piel más oscura de los americanos y soy mexicana mestiza. Hay mucho racismo en los Estados Unidos contra los mexicanos...pero aquí en México somos todos mezclados y no veo racismo...".

Mestizaje e *mestizo* sono due concetti dai significati multipli e stratificati, che si sono trasformati nel tempo (De la Cadena, 2007, p. 87); la parola *mestizo* appare già in tempo coloniale quando era necessario definire terminologicamente i *mezclados*, coloro che rompevano la rigidità del sistema castale che si reggeva sul mantenimento di un certo grado di *limpieza de sangre* tra le classi sociali. Già in epoca coloniale, tuttavia, il concetto di *mestizo* non aveva solo a che fare con una mescolanza razziale, bensì richiamava un'idea di disordine, rivelava una sensazione di impurità che scavalcava il mero fenotipo, oltrepassava il corpo:

[...] il brulichio coloniale per i meticci richiamava maggiormente alla mente le idee di disordine e del malessere politico associato ai *mestizos* come gruppo sociale che non ad un netto rifiuto del processo di mescolamento tra culture precedentemente separate⁸⁶ (De la Cadena, 2007, p. 90).

Etimologicamente, *mestizaje* deriva dal latino *mece*: muovere, inquietare, perturbare, mescolare qualcosa per agitazione. Il vocabolo allude chiaramente a un'idea di perturbazione dell'ordine sociale a causa di una mescolanza non prevista e non programmata. In tempo coloniale il definirsi o definire un altro soggetto *mestizo*, cambiava significato a seconda del contesto, dei propositi che si volevano perseguire, del momento storico-politico in cui ci si trovava; dal punto di vista dei preti missionari, il *mestizo* era il pagano per eccellenza, un soggetto "immondo" e immorale rispetto al cristiano civilizzato. Coloro che si definivano *mestizos* erano, però, anche quei gruppi sociali politicamente ingovernabili e che sfidavano l'ordine amministrativo coloniale imposto. Non necessariamente a quel tempo il *mestizo* era superiore all'indigeno, anzi: egli era l'elemento perturbante di un ordine politico e morale prestabilito.

Il quadro si complica quando alle connotazioni morali e politiche si aggiungono anche quelle razziali, biologiche e scientifiche, consustanziali al discorso della modernità e al processo di formazione degli Stati nazionali, che però si sommano (ma non si sostituiscono) ai discorsi morali, religiosi e politici elaborati e diffusi nelle epoche precedenti.

⁸⁶ "La animosidad colonial para con los mestizos tenía que ver más con ideas de desorden y malestar político asociadas a estos individuos como grupo social que con el rechazo a la mezcla de cuerpos o culturas previamente separadas."

Ribadiamo quindi che il *mestizaje* è costruito su un pluralismo di discorsi, sia biologici/razziali che culturali/morali, che non si escludono l'un l'altro, ma coesistono, si sommano e si sono amalgamati nel tempo.

Quell'anima morale impura del *mestizaje* e del *mestizo*, che si originava dal lascito delle missioni cristiane in America Latina, nel tempo ha cambiato profilo: al carattere pagano dei nativi e dei *mestizos* si aggiunge la teorizzazione della *decenza* sessuale e comportamentale, difatti

[...] la posizione sociale e morale di un individuo veniva valutata attraverso il suo presunto comportamento sessuale e non attraverso la religione dei suoi antenati. I meticci iniziavano laddove terminavano i limiti morali e sessuali della decenza⁸⁷ (De la Cadena, 2007, p. 94).

Partendo da questi spunti che, attraverso una genealogia storica del concetto di *mestizaje*, danno ragione della sua multi-vocalità, e tenendo a mente le osservazioni di Maria, ci addentriamo in alcune questioni politiche, razziali e identitarie che il *mestizaje* ha lasciato irrisolte e che caratterizzano la conformazione sociale nella città di San Cristóbal de Las Casas, segnandone le relazioni umane.

A riguardo, durante la ricerca sul campo, sono state evidenziate alcune problematiche: la prima concerne la sostanziale fluidità e mutabilità della retorica identitaria che si esprime sull'idea di *mestizaje* e del soggetto *mestizo*, che emerge chiaramente dalle parole di Maria: essere *mestizo* oggi significa molte cose differenti a seconda del punto di vista, del contesto e dell'intenzione di colui che parla. La sua caratteristica è proprio l'ibridismo, condizione necessaria e fondamentale della sua essenza, in base alla quale si possono operare ulteriori categorizzazioni e classificazioni interne; in sostanza, non tutti i meticci sono uguali, anche se sono stati uniformati sotto una comune ideologia politica. Pertinenti a riguardo sono le considerazioni esposte da Zanotelli (2005) nel suo articolo "*La identidad del dinero. Rituales económicos en un pueblo mestizo de Jalisco*". L'autore sostiene sia necessario scomporre e criticare l'omogeneità della categoria *mestizos*; al suo interno sono ravvisabili differenti appartenenze di classe, sociali, economiche che gli individui

⁸⁷ "Según la cual la posición social-moral de un individuo era evaluada a través de su supuesto comportamiento sexual y no de la religión de sus ancestros. Los mestizos comenzaban donde terminaban los límites morales-sexuales de la decencia."

adoperano in maniera spesso strategica o funzionale a ribadire una determinata posizione sociale o appartenenza etnica (Zanotelli, 2005, p. 54).

Maria ci tiene a spiegare che la sua discendenza è bianca e che la sua famiglia non ha nessuna mescolanza indigena, esprimendo chiaramente la netta differenza che comporta l'essere di famiglia bianca o indigena in Messico, pur essendo *mestiza*.

Sottesa alla differenziazione dei diversi gruppi umani, vi è l'idea che sono i soggetti "più bianchi" a essere considerati privilegiati e superiori rispetto a quelli "più scuri". Il bianco, lungi dall'essere un colore neutro, in un Paese *mestizo* com'è il Messico è ciò che certifica fenotipicamente una certa qualità morale e garantisce un accesso facilitato a specifici privilegi.

A San Cristóbal, città in cui vi è un'alta presenza di indigeni, essere un soggetto con una carnagione chiara è ancora oggi, a differenza di altre città messicane, un segno distintivo a cui viene attribuito uno specifico valore e che definisce le relazioni sociali.

La storia della recente nazione messicana, che ha puntato al *mestizaje* come strategia politico-culturale di autogenesi identitaria⁸⁸, lascia trapelare la sua ostinata vocazione a perseguire un ideale di *sbiancamento razziale* della popolazione nazionale attraverso una progressiva *acculturazione* delle popolazioni indigene (Beltran, 1957), insieme al proposito di attuare un suo *sbiancamento epistemico e morale*.

La parola *mestizaje* viene spesso associata all'America Latina in quanto richiama la mescolanza etnica caratteristica del continente latino-americano tra indigeni, africani ed europei, ed è un termine che, nell'immaginario europeo, viene associato a un'idea esotica di mescolamento cromatico tra differenti fenotipi umani. Tuttavia, il *mestizaje*, nel momento in cui si fonde con la formazione degli stati-nazione, non è un prodotto che naturalmente nasce dall'incontro spontaneo di un "noi" con un "Altro da noi". Al contrario, è frutto di un progetto politico creato *ad hoc* che in alcuni stati ha storicamente proposto e favorito il mescolamento di gruppi umani tra loro etnicamente differenti, senza voler esplicitamente eliminare le differenze di ognuno.

Come chiarisce Ana Maria Alonso:

⁸⁸ A riguardo si consiglia la lettura del saggio di Guillermo Zermeño (2011), *Dal mestizo al mestizaje: archeología de un concepto*, in *Chapter Author(s)* all'interno del libro *El peso de la sangre Book Subtitle: limpios, mestizos y nobles en el mundo hispánico*, di Nikolaus Böttcher, Bernd Hausberger, Max S. Hering Torres, pubblicato da Colegio de México, si veda URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv47wf6r.13>.

[...] il *mestizaje* non è un prodotto culturale di un “noi” che si incontra con un “Altro”, ma è il riconoscimento -o la creazione- di un noi e un Altro da noi⁸⁹ (Alonso, in De la Cadena, 2007, p. 173).

Questi “*nosotros*” ed “*ellos*” sono “dichiarati” diversi ma vengono inclusi sotto il cappello di una progettualità politica comune.

In *La raza cosmica* (Vasconcelos, 1925), per esempio, non si vuole costruire una società in cui le diverse razze siano in un rapporto egualitario; ciò che conta è che tutte le diversità siano egualmente partecipi alla “corsa verso la modernità” della nazione e che vengano debitamente educate a incorporare i precetti della vita moderna.

Quando affrontiamo il discorso della mescolanza razziale in Messico, dobbiamo quindi prestare attenzione ai differenti discorsi che coesistono al suo interno⁹⁰, che nella storia si sono succeduti e che hanno a che fare sia con la dimensione morale che con quella razziale. Anibal Quijano, famoso autore peruviano che si è occupato soprattutto di teorie della dipendenza, ci aiuta a capire come questi discorsi siano cambiati dalla colonia alla post-colonia; Quijano ritiene che, con l’indipendenza dell’America latina, il modello egemonico di potere e sapere costruito nei nuovi Stati nazionali (compreso il Messico), abbia una struttura di derivazione coloniale. Nonostante la crisi del sistema coloniale classico, il mondo postcoloniale degli stati-nazione contemporanei si fonda comunque su modelli classificatori della popolazione razzialmente gerarchici e asimmetrici, utili a rimarcare i confini tra le classi sociali detentrici del potere politico, culturale ed economico (e che possono vantare una qualche “discendenza europea”), e tutti gli altri: i neri, gli indigeni, i meticci, con una pigmentazione della pelle più scura.

Nella storia post-rivoluzionaria messicana, dalla quale si originò il nuovo stato-nazione, si passò da una forma classica di potere coloniale a un’altra contrassegnata dalla *colonialità* (Quijano, 1992): un’utile categoria analitica che evidenzia le linee di continuità esistenti tra la struttura politico-sociale coloniale e quella post-rivoluzionaria del *mestizaje*.

⁸⁹ “El *mestizaje* no es un producto natural de un ‘nosotros’ que se encuentra con un ‘ellos’, sino más bien el reconocimiento —o creación— de un ‘nosotros’ y un ‘ellos’.”

⁹⁰ Scrive Alonso: “(...) In Messico e nelle Americhe, l’ibridazione linguistica, la mescolanza estetica e il crocevia di frontiere culturali hanno coesistito con la ineguaglianza razziale” (Alonso, in De la Cadena, 2007, p. 19).

Nel *mestizaje* le differenze razziali tra la popolazione indigena o nera e quella di discendenza europea si traducono in un rapporto di potere sbilanciato tra le varie parti in gioco e in un progressivo e costante tentativo di procedere a lunghi passi verso un percorso di *sbiancamento* o *lattificazione* della nazione⁹¹. Maria, quando spiega che la sua famiglia non ha radici indigene, (“yo y mis hermanos somos mestizos, no tenemos raíces indígenas”), si posiziona chiaramente all’interno di una scala razziale gerarchizzata in cui l’evidenza di una discendenza indigena non viene considerata positivamente.

L’ideologia che viene incoraggiata con la formazione del moderno stato-nazione messicano, e che viene ribadita nei decenni a venire, si fonda su una progettualità bio-politica di purificazione e “lattificazione” della popolazione in chiave moderna e occidentale, in cui gli elementi etnicamente e moralmente perturbanti ed eccessivamente difforni rispetto ai modelli imperialistici globali vengono normalizzati, sbiancati. Il *mestizaje* come progetto politico statale ufficiale, pubblico e dichiarato

[...] è un progetto storico di costruzione della nazione moderna: in cambio di far vivere la mescolanza razziale e culturale che (inevitabilmente) lo precede, promette la purificazione ontologico-epistemica della sua popolazione, lasciando morire quelli che disturbano questa omogeneità⁹² (De la Cadena, 2007, p. 30).

Negando l’idea di purezza nascondendosi, apparentemente, dietro l’ibridità e la mescolanza del concetto politico di *mestizaje*, l’operazione bio-politica statale mette ordine, gestisce, educa, gerarchizza, *sbianca*.

Al tempo coloniale l’essere *mestizo* aveva molteplici significati, alcuni dei quali iscritti su una datità corporale, mentre altri relativi a discorsi morali; mentre nella retorica politica della modernità il *mestizo* è il destinatario di progetti educativi massicci che hanno l’obiettivo di elevarlo a una condizione etico-morale moderna, “indipendentemente” dalla base razziale e fenotipica da cui parte; il discorso razziale, camuffato, ritorna sotto forma di *blanquitud*.

⁹¹ Sul concetto di colonialità del potere di Anibal Quijano, si raccomanda la lettura di: *Colonialidad y modernidad/racionalidad*, in *Perú Indígena*, vol. 13, n. 29, Lima, 1992.

⁹² “Es un proyecto histórico de construcción de la nación moderna: a cambio de hacer vivir la mezcla racial-cultural que (inevitabilmente) lo antecede promete la purificación ontológica-epistémica de su población, dejando morir aquello que estorba esta homogeneidad.”

Bolívar Echeverría, filosofo equadoregno nazionalizzato messicano, nel suo saggio *Imágenes de la blanquitud* (in *Modernidad y blanquitud*, 2010), definisce i confini della *blanquitud* flessibili e sfumati, così come quelli del *mestizaje*; il concetto è oggi ampiamente attuale per la realtà messicana proprio perché, essendo mobile, si adatta a quei contesti meticci in cui buona parte della popolazione non è bianca, ma può comunque sperare di essere sbiancata, depurata, educata per essere inclusa nel mondo della modernità.

Nel dialogo tra biologia/razza e moralità/cultura non è sufficiente dimostrare di avere la pelle di colore bianco per essere considerati “bianchi” moralmente e culturalmente; il processo di sbiancamento è frutto di un’azione più disinvolta, che fa riferimento alla cultura, alla moralità, all’ascrizione a specifiche classi economiche e di consumo, tutti parametri utili a dimostrare la vicinanza all’ideale normativo di modernità occidentale.

Dal bianco si passa alla “bianchezza” che viene sempre più a coincidere con qualcosa di simile al decoro dell’epoca moderna e alle qualità morali, produttive, riproduttive e di consumo dell’Occidente.

[...] Da questa genealogia possiamo desumere una delle caratteristiche idiosincratiche delle classificazioni razziali in America-latina: il relativismo dei tratti somatici nella definizione della persona, il “colore” razziale che viene assegnato che non necessariamente coincide con quello della pelle perché dipende anche dalla qualità dell’individuo. (...), il ricorrere alla fisionomia per valutare la morale delle persone quando ci sono dei sospetti sulla loro vera identità (sia bianco, indigeno o *mestizo*), sono dei tratti inevitabili dei processi di classificazione sociale⁹³ (De la Cadena, 2007, p. 23).

Avere la pelle bianca serve come conferma, quando è in dubbio l’effettivo possesso di un “pedigree” sbiancato (indipendentemente dalla propria appartenenza razziale), e promette – ma non garantisce – l’ammissione dell’individuo al mondo della modernità, sancendo la sua lontananza dalla primitività indigena grazie alle scelte in materia di consumo, all’educazione ricevuta e alle abitudini igienicosanitarie.

⁹³ “De esta genealogía resulta una de las características idiosincráticas de las clasificaciones raciales en América Latina: la relatividad de los rasgos somáticos en la definición de las personas, el ‘color’ racial que se asigna no necesariamente coincide con el de la piel porque también depende de la calidad del individuo. (...) se recurre a la fisonomía para evaluar la ‘moral’ de las personas a la vez que la ‘sospecha’ acerca de la verdadera identidad del individuo en cuestión (sean indios, blancos, o mestizos) es un rasgo inevitable de los procesos de clasificación social”.

Echeverría (in Echeverría, 2007) discute una tesi di Max Weber in cui l'autore tedesco, nella sua opera *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*, afferma che la capacità di rispondere alle sollecitazioni etiche della modernità capitalista può (non deve) avere un fondamento etnico. Le riflessioni di Echeverría pongono un interrogativo attorno a quest'idea possibilista di Weber, riconoscendo un razzismo *costitutivo* della modernità capitalista, che *esige* la presenza di una "bianchezza", non tanto fenotipica, quanto di ordine etico e civilizzatore, come condizione *sine qua non* la modernità non esisterebbe, che solo in casi estremi (come fu per il nazismo in Germania) arriva a coincidere con l'epurazione razziale.

Echeverría osserva, a proposito delle nazioni che non hanno una popolazione di partenza originariamente bianca, che:

[...] la moderna identità nazionale (...) è un'identità che non può non includere, come elemento essenziale e distintivo, una caratteristica peculiare che possiamo definire "bianchezza". La nazionalità moderna, qualunque essa sia, anche quella degli stati di popolazione non bianchi (o "tropicali"), richiede il "candore" dei suoi membri (...) la cosa interessante è che la condizione di bianchezza per l'identità moderna si convertì in una condizione di *blanquitud*, *sbiancamento*⁹⁴ (Echeverría, 2007, p. 4, *corsivo mio*).

La *blanquitud* definisce una conformità morale a un ordine moderno e capitalista ed è

[...] centrata attorno a questioni "culturali" non solo a questioni di indole razziale. "Cultura" nel senso che la morale funziona come mezzo simbolico che ordina le relazioni sociali tra i gruppi, tra individui di colore diverso e di diversa appartenenza culturale⁹⁵ (Zermeño G., 2011, p. 306).

⁹⁴ "(...) la identidad nacional moderna (...) es una identidad que no puede dejar de incluir, como rasgo esencial y distintivo suyo, un rasgo muy especial al que podemos llamar "blanquitud". La nacionalidad moderna, cualquiera que sea, incluso la de estados de población no-blanca (o del "trópico"), requiere la "blanquitud" de sus miembros (...) lo interesante está en que la condición de blancura para la identidad moderna pasó a convertirse en una condición de blanquitud."

⁹⁵ "Centrada alrededor de cuestiones "culturales" más que propiamente de índole "racial". "Cultura", en el sentido de que la moral funciona como medio simbólico que ordena las relaciones sociales entre los grupos, entre individuos de diverso color o de procedencia cultural."

In una testimonianza, Cintia spiega: “Non mi sono mai sentita bianca, essendo messicana, fino a quando, alla scuola elementare le mie compagne hanno cominciato a dirmelo, continuamente. ¡Güerita! ¡Güerita! A poco a poco ho capito che mi vedevano bianca perché i miei genitori avevano una bella casa in centro e una bella macchina. In quel momento ho capito perché mi vedevano bianca. Io mi vedevo messicana, ma il fatto che la mia famiglia fosse benestante faceva sì che gli altri mi vedessero più bianca di loro”⁹⁶.

L’accesso a una modernità sbiancata è una *possibilità* promessa a tutti a un livello ideale, ma non garantita. E’ comunque un progetto che, nonostante si rivolge agli stati che Echeverría definisce “del tropico” (razzialmente meticci), ha bisogno di rigide demarcazioni tra inclusi ed esclusi, creandone necessariamente molti esclusi: le popolazioni meno abbienti, i disoccupati, gli indigeni, i negri, le donne, gli omosessuali, i migranti.

Come lucidamente ricorda Zanotelli (2005), citando Lomnitz (1991), “il *mestizaje* è un processo in base al quale le comunità si estraniano dalla loro cultura di origine, senza poi essere effettivamente assimilati da quella dominante”⁹⁷. Non tutti potranno effettivamente far parte allo stesso modo della comunità nazionale *mestiza*, non tutti disporranno delle stesse *buone* pratiche comportamentali, di una corretta moralità, di un adeguata classe economica o stile di consumo per essere considerati “buoni meticci”.

È evidente che dietro al progetto bio-politico del *mestizaje* sbiancato è presente un razzismo sottile, flessibile, agile, che si relativizza e che si adatta alle caratteristiche etniche del contesto messicano, senza però cambiare le sue finalità. È un razzismo identitario e civilizzatorio,

[...] tuttavia per quanto possa essere aperto, questo razzismo identitario-civilizzatorio non smette di essere un razzismo e può facilmente, in situazioni di eccezione, riadottare una radicalità o un fondamentalismo etnico violento⁹⁸ (Echeverría, 2007, p. 5).

⁹⁶ “Nunca me sentí tan blanca, siendo mexicana, hasta que mis compañeros de clase comenzaron a decirme todo el tiempo en la escuela primaria. ¡Güerita! ¡Güerita! Poco a poco me di cuenta de que me veían blanca porque mis padres tenían una linda casa en el centro y un linda auto. En ese momento entendí por qué me veían blanca. Yo me veía a mí misma como mexicana, pero el hecho de que mi familia fuera rica hizo que otros me vieran más blanco de lo que yo fui.” Note di campo, San Cristóbal, dicembre 2017.

⁹⁷ Lomnitz C. (1991) “Concepts for the study of regional cultures”, pp. 195-214.

⁹⁸ Sin embargo, por más “abierto” que sea, este racismo identitario-civilizatorio no deja de ser un racismo, y puede fácilmente, en situaciones de excepción, re-adoptar un radicalismo o fundamentalismo étnico virulento.”

La complessità dell'analisi risiede nel fatto che, nel progetto bio-politico meticcio moderno, è comunque presente un continuum etnico-razziale e morale che in Messico propone una serie di illusioni: per essere effettivamente riconosciuti come buoni cittadini, *adeguati* al progetto nazionale messicano *mestizo*, deve essere dimostrato un certo grado di *bianchezza morale*. Qui risiede l'equivoco: in questo ambiguo gioco i cittadini messicani odierni, prodotto di decenni di mescolamenti razziali, riprendendo la riflessione di Maria posta all'incipit del capitolo, "si sentono inclusi nel progetto *mestizo*, ma anche un po' esclusi, perché ibridi, impuri, immondi. Si sentono un po' bianchi, ma anche un po' nativi. Si sentono, insomma, meticci". In questo gioco di multiple appartenenze identitarie per singoli e gruppi, retoriche e strategie, viene dissimulata una violenza razziale efferata e diffusa nei confronti di tutti coloro che non sono abbastanza bianchi, educati e moderni.

3.2 La *güerita* sul campo. Implicazioni metodologiche

Solo imbarcandoci nella critica della razza in maniera che possiamo riconoscere e prendere sul serio i suoi materiali e i suoi effetti semiotici nella mente e nei corpi dei razzializzati e dei razzializzanti, è possibile sfidare in modo coerente il suo potere fortemente radicato. La razza non è reale, tuttavia non si può semplicemente sperare che sparisca⁹⁹.

(B. Pitcher, 2006, p. 536)

⁹⁹ "Sólo embarcándonos en la crítica de la raza en maneras que pueden reconocer y tomar en serio su material y efectos semióticos en las mentes y los cuerpos de los racializados y los racializantes, es posible montar un desafío coherente a su poder fuertemente arraigado: la raza no es real, sin embargo, no se puede simplemente desear que desaparezca."

Arrivata da pochi giorni a San Cristóbal de Las Casas, Mari, una delle donne *tzotzil* con cui ero più in confidenza, conosciuta nell'*Hogar Comunitario Yachil Antzetik*, mi si era avvicinata e, visibilmente preoccupata, mi aveva reso partecipe di un'amara situazione che aveva coinvolto la famiglia di suo fratello, poco tempo prima del mio arrivo.

La nipote di Mari, una ragazzina di 17 anni, si era ammalata gravemente di una malattia la cui causa non era stata facile da identificare e da qualche settimana usciva ed entrava dall'ospedale di Tuxtla Gutiérrez, in fin di vita. Aveva perdite ematiche vaginali costanti che l'avevano debilitata a tal punto da costringerla a letto. I medici avevano fatto aspettare molto tempo la famiglia fuori dal reparto del pronto soccorso prima di visitare la ragazza e, dopo averla sottoposta a svariati esami, non avevano saputo spiegare con esattezza a Mari di cosa si fosse ammalata. Dopo qualche ora di estenuante attesa i medici informarono la famiglia del fatto che la ragazza soffriva di una forma grave di leucemia a causa di un'intossicazione prolungata da agenti agro-chimici che la famiglia adoperava per coltivare i campi, a cui lei era stata a lungo esposta.

Mari, quando mi spiegò la vicenda, era alla ricerca disperata di un farmaco molto costoso e difficilmente reperibile che i medici le avevano prescritto, noncuranti del fatto che la famiglia di Mari non potesse né permetterselo né tantomeno trovarlo facilmente.

Quell'avvenimento mi aveva scosso per differenti ragioni. Mi aveva messo inequivocabilmente di fronte al peso che aveva, a San Cristóbal, l'essere straniera e bianca riguardo la possibilità di negoziare, con più probabilità di successo, l'accesso a informazioni esaustive e adeguate su determinate patologie, e alle rispettive terapie da seguire. Mari e il fratello non solo non vennero considerati e ascoltati quando si recarono in ospedale la prima volta, ma non riuscirono a negoziare efficacemente con i medici il passaggio di informazioni basilari sulla patologia della ragazza e relativamente al suo percorso di cura.

Oltre a ciò, l'avvenimento di cui mi rese partecipe Mari mi spinse a riflettere sul profondo senso etico che assume proporsi di edificare una ricerca antropologica che possa partire dalle richieste che i nostri interlocutori ci fanno (R. L. Segato, 2006, 2010).

Ma procediamo con ordine. Con queste parole Mari mi spiega l'accaduto:

“Mia nipote ha iniziato a sentirsi molto male e mio fratello mi ha chiamato per chiedermi aiuto. Mi ha spiegato che la ragazza aveva avuto un'emorragia vaginale molto forte per due mesi e senza dirlo a nessuno aveva continuato a lavorare e andare al mercato ogni giorno per vendere verdure, fino a quando un giorno

è svenuta al mercato. La portarono a casa e la ragazza si ammalò gravemente, sempre peggio un giorno dopo l'altro, fino a quando fu portata in ospedale. La ragazza non ha mai spiegato ai suoi genitori che aveva un sanguinamento vaginale perché si vergognava molto a dirlo. Quando sono arrivati in ospedale hanno aspettato lì alcuni giorni senza che nessun medico li visitasse, nessuno li ha visitati all'inizio.

Il problema è che mio fratello non ha parlato con i dottori, è rimasto seduto lì ad aspettare che arrivasse qualcuno. (...) mio fratello non parla bene lo spagnolo, non ha quasi mai lasciato la sua comunità in vita sua e ha paura dei dottori. Parla a malapena spagnolo, parla sono tzotzil. Quando mio fratello mi chiamò e mi spiegò che la ragazza stava morendo sono corsa in ospedale e ho cercato rapidamente un medico. È che se uno è indigeno e non parla spagnolo, non lo prenderanno mai in considerazione, specialmente se uno è timido come mio fratello"¹⁰⁰.

Al termine del racconto Mari voleva che fossi io a chiedere personalmente ai medici dell' *Hospital de las Mujeres* se potevano adoperarsi per cercare quel farmaco molto caro, che la nipote avrebbe dovuto assumere per far regredire le perdite ematiche che la stavano conducendo ad un prematuro decesso. Nonostante sapesse che ero straniera e appena arrivata in città, riteneva che avessi più possibilità di negoziare efficacemente la richiesta del farmaco con il personale socio-sanitario rispetto a lei e suo fratello:

“Nonostante tu sia straniera ti prestano ascolto perché tu sei di pelle bianca e straniera, a noi invece i medici non danno attenzione, non siamo tanto importanti, e ancora di più quando siamo timidi o non parliamo bene lo spagnolo. Bisogna essere decisi, parlare ad alta voce e con determinazione con i medici altrimenti uno può morire senza che ti abbiamo visitato”¹⁰¹.

¹⁰⁰ “Mi sobrina comenzó a sentirse muy enferma y mi hermano me llamó para pedirme ayuda. El me explicó que la niña había tenido un sangrado vaginal muy fuerte durante dos meses y sin decirle a nadie que había seguido trabajando y yendo al mercado todos los días para vender verduras, hasta que un día se desmayó en el mercado. La llevaron a su casa y se enfermó gravemente, peor y peor un día tras otro, hasta que la llevaron al hospital. La niña nunca les explicó a sus padres que tenía un sangrado vaginal porque estaba muy avergonzada de decirlo. Cuando llegaron al hospital esperaron allí unos días sin que ningún médico los visitara, nadie los visitó al principio. El problema es que mi hermano no habló con los médicos, simplemente se sentó allí esperando que viniera alguien. (...) mi hermano no habla bien español, casi nunca dejó su comunidad en su vida y tiene miedo de los médicos. Él apenas habla español, habla que soy tzotzil. Cuando mi hermano me llamó y me explicó que la niña se estaba muriendo, corrí al hospital y rápidamente busqué un médico. Es que, si uno es indígena y no habla español, nunca lo tendrán en cuenta, especialmente si uno es tímido como mi hermano ". Note di campo, San Cristóbal de las casas, novembre 2018.

¹⁰¹ “Aunque eres extranjera a ti te hacen caso porque eres blanca de piel y extranjera, a nosotros como tenemos la cara de indígenas no nos hacen caso los médicos, no somos importantes, y más cuando somos tímidos y no podemos hablar bien el español. Hay que ser decidido y hablar seguros y fuertes con los médicos, si no nada, uno puede morirse sin que lo atiendan”. Ibidem.

In alcuni ambiti – e quello ospedaliero era uno di questi – l’essere bianca, il parlare spagnolo, l’essere una ragazza europea colta, dava a me più “diritto” di altri a essere non solo adeguatamente curata, ma anche ascoltata, considerata, “notata” tra la massa di persone, generalmente indigene, che aspettavano ore nel corridoio del pronto soccorso dell’*Hospital de las Culturas* o all’*Hospital de la Mujeres*. In quel caso specifico, il fatto che io stavo impostando la mia ricerca negli ospedali pubblici della città e che avevo conosciuto molti medici che vi lavoravano, effettivamente mi poneva in una posizione privilegiata rispetto a quella del fratello di Mari che non era uscito molte volte prima di allora dalla comunità in cui viveva.

Effettivamente io entravo e uscivo dagli ospedali con facilità, non destavo sospetti e non davo nell’occhio, la guardia all’ingresso mi lasciava passare anche quando non chiedevo esplicitamente il permesso, a differenza di Mari e il fratello, che erano più timorosi e visibilmente a disagio quando interagivano con i medici o con il personale sociosanitario. Apparivo “adeguata” a quei contesti, Mari mi vedeva simile ai medici, in grado di capire la lingua che loro usavano.

Mi hanno spesso scambiato per un medico mentre mi aggiravo per i corridoi dei reparti e molti si rivolgevano a me dando per scontato che lo fossi, per via della mia apparenza occidentale che ricordava quella di coloro che, anche in Messico, potevano vantare di possedere il titolo prestigioso di medico e che generalmente erano bianchi.

A San Cristóbal, i termini “indigeno” e “bianco” sono i due limiti opposti di una linea che definisce ciò da cui bisogna fuggire e ciò verso cui sarebbe meglio tendere. Il rapporto tra *mestizo*, indigeno e bianco è problematico, confuso, ambiguo e segnato da discriminazioni razziali. Il razzismo in Messico si è amalgamato al *mestizaje* che è stato edificato sulle basi di una struttura politica apparentemente senza differenze razziali, “raceless” (Figueroa, 2010); per questo motivo le pratiche razziste non vengono chiaramente riconosciute come tali dai soggetti e il razzismo non viene denunciato dalle istituzioni, nonostante nella società messicana sia pervasivo; Figueroa lo definisce un fenomeno individualizzato e mobile, corporale e frammentato, che spezza la solidarietà tra gli esseri umani (Figueroa, 2010); scrive l’autrice:

[...] il razzismo in Messico si vive in una maniera molto frammentata, molto corporale, è un fenomeno che rompe la solidarietà umana molto facilmente. Di conseguenza il riconoscimento del razzismo è difficile, le politiche razziste non sono riconosciute, da una parte per la complessità della loro quotidianità, perché il razzismo è caratterizzato da una ragnatela di manifestazioni diverse in cui è presente un alto grado di complessità, che si vive a molti livelli e che appare in differenti versioni, con differenti membri della famiglia

in modi diversi, a scuola, al lavoro, in strada; siamo costantemente bombardati da differenti strategie di differenziazione normalizzata¹⁰² (M. Moreno Figueroa, 2010).

Come avremo modo di capire nel corso della trattazione, e come si può facilmente intuire dalle parole di Mari, il razzismo è presente e diffuso anche all'interno dei contesti ospedalieri, dove il trattamento riservato a coloro che appartengono a gruppi etnici indigeni è più frettoloso, approssimativo e carico di ingenui pregiudizi. Mari, suo fratello, e la nipote, sono indigeni, non *mestizos*, sono cittadini messicani che vengono considerati chiari esempi di un insuccesso sia del processo di *mestizaje* che di quello di *blanqueamiento*: appaiono inadeguati nel confronto con i medici occidentalizzati che lavorano negli ospedali della città, non parlano bene spagnolo, non sanno come muoversi correttamente nei contesti ospedalieri, vestono ancora abiti tipici, sono di pelle scura, non dispongono delle adeguate possibilità economiche e di buone maniere tali da certificare la loro appartenenza al modello culturale *blanqueado* e al sistema biomedico messicano occidentalizzato e moderno.

L'essere una ricercatrice dall'aspetto occidentale, invece, mi attribuiva tutt'altro status, mi "abilitava" a negoziare più facilmente con le istituzioni politiche e sanitarie della città i miei bisogni e mi garantiva alcuni privilegi; grazie al mio aspetto, alla mia presunta educazione, al mio accento, beneficiavo di un trattamento riservato e di favore.

Effettivamente, il giorno dopo l'essere stata coinvolta nella storia raccontatami da Mari, mi recai la mattina presto presso la direzione dell'ospedale, dove mi ricevettero celermente due medici che, incalzati dalla mia schiettezza e determinazione, si mobilitarono per soddisfare le mie richieste; non riuscii a trovare i farmaci in ospedale perché ne erano sprovvisti, ma trovai una soluzione temporanea nel chiedere aiuto economico a una associazione religiosa per poter comprare la prima dose farmacologica necessaria a salvare la vita della ragazza.

Durante l'ultimo incontro del *Seminario blanco*, di cui è stata fatta menzione nel precedente capitolo, siamo stati invitati a costruire un'auto-etnografia della nostra genealogia familiare. Dopo

¹⁰² "El racismo en México se vive de una manera muy fragmentada, muy corporal, donde se rompe la solidaridad muy fácilmente. En consecuencia, el reconocimiento del racismo en México está difícil, las prácticas racistas no son reconocidas, por un lado, por la complejidad de su cotidianidad, es una maraña de diferentes expresiones, en las que hay mucha complejidad, se vive en muchos niveles, aparece en diferentes versiones, en la familia, con diferentes miembros de la familia de diferente manera, en la escuela, en el trabajo, en la calle; o sea, estamos constantemente bombardeados por diferentes estrategias de diferenciación normalizadas."

averla ricomposta e trascritta su di un *block notes*, siamo stati spinti a ricordare, le storie più nascoste, subalterne e invisibili di questa genealogia, quelle che non comparivano nella nostra narrazione. Io, una delle poche straniere presenti, ricordai la storia di mia nonna paterna: Emma, una signora timida che aveva una voce dolce, sottile, lievemente tremante. Da giovane mia nonna aveva lavorato in Piemonte come mondina, nelle risaie, e si era poi spostata in montagna per lavorare come domestica in una famiglia molto più abbiente della sua, prima di conoscere mio nonno, sposarsi, andare a vivere con lui e diventare madre di tre figli. Lei rappresentava quella parte della mia genealogia che non volevo ricordare, le origini umili della mia famiglia per parte paterna, quelle origini che a poco a poco sono state quasi dimenticate, silenziate.

Tutti i messicani presenti al *Seminario blanco* si erano definiti *mestizos* e, nell'ascoltare le narrazioni autobiografiche di ognuno, emergevano storie famigliari e genealogie che seguivano solo le linee *sbiancate* di discendenza, mentre non apparivano quelle scure, indigene. Le origini povere, indigene, la parte *prietas*¹⁰³ della famiglia venne rispolverata solamente su richiesta dei coordinatori del seminario.

Così, molti dei presenti, leggendo le loro autobiografie, ricordarono – come me – che i loro nonni avevano discendenze europee, che nelle loro famiglie il colore di pelle prevalente lungo la linea materna o paterna era il bianco, ma erano pochi coloro che ricucivano con uguale disinvoltura la loro memoria storica seguendo le linee di discendenza indigene o nere, nonostante molti, di carnagione più scura, fossero l'esito evidente del processo di *mestizaje* razziale.

Per quanto all'interno dell'ideologia politica del *mestizaje* siano passate in secondo piano le connotazioni razziali della popolazione, sorpassate dall'ideologia di una comune appartenenza politica e identitaria nazionale, a San Cristóbal il biglietto da visita di chiunque è iscritto nel fenotipo e più si mostra di essere bianchi più si potrà certificare una certa superiorità rispetto agli indigeni.

La storia di Mari e l'epilogo interessante del *Seminario Blanco* mi portano a trarre alcune conclusioni. Pare necessario, in Messico, non solo risalire alla genealogia dei processi di *blanqueamiento* e *mestizaje* (tenendo insieme i discorsi biologico-razziali e quelli culturali-morali), ma rivelarne anche le astuzie, esplicitando che il razzismo è una loro dimensione costitutiva, nonostante venga nascosto dietro un'idea di un contesto meticcio senza razze, un "raceless context" (Figueroa, 2010).

¹⁰³ Termine usato per definire un soggetto con una pelle scura, "mulatta", "morena".

L'occultamento della differenziazione razziale non è solo il frutto di un processo storico e politico ma è un fenomeno pervasivo, non riconosciuto e non denunciato nonostante sia presente nelle scuole, negli ospedali e nelle relazioni tra i componenti della stessa famiglia.

Come ben riassume Figueroa:

[...] la mancanza di un dibattito pubblico sulla logica e la politica del razzismo rende la sua esperienza una delle pratiche sociali più elusive e normalizzate, scollegata dalla sua formazione storica e dalla sua rilevanza sociale. Identificarsi come soggetti razzializzati è problematico, che si tratti di *mestizos*, indigeni, afro-messicani o addirittura "bianchi", a causa del contesto non-razziale che non rivela la presenza nell'identità nazionale delle disuguaglianze razziali e degli effetti delle pratiche razziste. Tuttavia, se il *mestizaje* offre la possibilità di un'inclusività flessibile, consente anche la diffusione di un'esperienza di razzismo quotidiano che continua a privilegiare i processi di sbiancamento e utilizza il discorso nazionale per coprire e rendere invisibili i processi di discriminazione ed esclusione sociale¹⁰⁴ (Figueroa, 2010, p. 13).

Riconoscere le dinamiche razziste naturalizzate e silenziose incorporate nella struttura politica e sociale messicana è un compito che spetta a coloro che di società e di cultura si occupano: per gli antropologi svelare questi meccanismi non è solo un dovere etico e politico, ma è un processo che ha dei risvolti metodologicamente importanti anche nella ricerca etnografica stessa.

“La battaglia”, come scriveva Moraga, “inizia per tutti sotto la nostra pelle”, soprattutto se ci si trova in contesti fortemente influenzati dalla razza com'è San Cristóbal oggi.

È doveroso il posizionamento anche dei soggetti bianchi presi in considerazione, meno visibili rispetto ai neri o agli indigeni: occorre svelare le dinamiche di potere che naturalizzano la bianchezza e la normalizzano, considerandola una pigmentazione con un carattere normativo per la società meticcica.

È quindi fondamentale oggi in Messico riconoscere e denunciare la centralità dell'importanza di due discorsi: quello biologico/razziale e quello culturale/morale, non solo per coloro che appartengono a popolazioni indigene e afro-discendenti, ma anche per coloro che vantano una pigmentazione della pelle bianca, sulla quale sono iscritti determinati privilegi e valori. Il bianco sembra un non-

¹⁰⁴ “The lack of public debate around the logics and politics of racism make of its experience one of the most elusive and normalized practices, disconnected from its historical formation and social relevance. Identifying oneself as racialized is problematic, be it *mestiza*, *Indígena*, *Afro-Mexican*, or even ‘white’, because of a raceless context that does not match national identity with the prevailing racial inequalities and the effects of racist practices. Nevertheless, while *mestizaje* offers the possibility of flexible inclusion, it also allows an everyday experience of racism that continues to privilege processes of whitening alongside notions of whiteness and uses the national discourse, such as a ‘Mexican’ identity, to cover up and render invisible processes of discrimination and social exclusion.”

colore, un colore neutro per chi vanta una pigmentazione della pelle bianca, ma all'interno di alcuni spazi, a San Cristóbal, esplose in tutte le sue valenze, simbolismi e significazioni politiche.

Nelle narrazioni autobiografiche costruite durante il seminario veniva silenziosamente costruito il discorso della *blanquitud*, invisibilizzando i *prietos* delle famiglie, come avevano invisibilizzato quelle povere, meno moderne, difformi rispetto ai modelli dominanti.

Nel discorso della modernità occidentale che è consustanziale all'organizzazione sociopolitica messicana di stampo neocoloniale, coloro che non rispettano l'ideale bianco, moderno e abbinato della società vengono messi da parte, tralasciati e lasciati soccombere.

In questo gioco politico che contrassegna l'incedere della modernità, oltre a dare una lettura storica e politica dei movimenti sociali decoloniali, che dalle periferie si muovono verso il centro e fanno vacillare la sua stessa posizione, dovremmo portare avanti un discorso decoloniale e critico anche con noi stessi.

Come Garzón stessa afferma, anche noi donne bianche dovremmo iniziare a

[...] prendere coscienza di noi stesse, abbandonando il luogo di enunciazione dell'universale, rivisitando la nostra storia locale e globale per decidere come, partendo da quale posizione etica, è possibile fare ricerca su di un colore che non possiede colore, che è visibile solo per alcuni e che per questa ragione non si mostra com'è realmente¹⁰⁵ (Garzón, 2017, p. 75).

Ascoltando la storia di Mari e tante altre storie simili, mi sono posta spesso la domanda che, prendendo in prestito le parole di Weiss, si articola in questi termini: "How should I, as an anthropologist (*a european and white antropologist*) and as a human being, react to what I viewed as abuse?" (in Nancy Shaper-Hughes, 1998, Meira Weiss, p. 157, *corsivo mio*).

Qual è il ruolo di un'antropologa bianca ed europea quando posta di fronte a ingiustizie evidenti come quella che mi aveva raccontato Mari?

¹⁰⁵ "Vernos a nosotras mismas, abandonar el lugar de enunciación de lo universal, visitar nuestras historias locales y globales y decidir cómo investigar, desde posiciones éticas, un color que no posee color – sólo es visible para algunas– y que, por lo mismo, no se muestra tal cual es."

Rita Laura Segato propone l'idea di un'antropologia critica e decoloniale "on demand"

[...] che produca conoscenza e riflessione come risposta alle domande che le vengono poste da coloro che, in una prospettiva classica, sarebbero i suoi "oggetti" di osservazione e di studio, prima in una forma poco avvertita e poi teorizzata¹⁰⁶ (Segato, 2010, p. 2).

La Segato rilancia la possibilità di immaginare un'antropologia che provi, partendo dal suo spazio di azione privilegiato (come può essere quello occupato da un'antropologa bianca e occidentale) a rispondere alle richieste che ci fanno gli altri, ai loro bisogni, a ciò che vorrebbero da noi.

Il compito che quindi ci si prefigge implica diverse questioni, tutte sottilmente tra loro collegate: non occorre solo svelare le dinamiche razziste naturalizzate e nascoste dietro ai processi politici di sbiancamento e *mestizaje*, consustanziali alla struttura della nazione messicana, ma è necessario anche svelare il peso che il fenotipo bianco ha in Messico per smascherare i processi di "invisibilizzazione" nascosti dietro al colore bianco. Questo approccio è volto a farsi portavoce di un discorso antropologico che dialoghi con il significato che ha l'essere donna, bianca e antropologa a San Cristóbal oggi, perseguendo "the explicit purpose of research to expose the powerful" (in Nancy Shaper-Hughes, 1998, p. 159).

Mari e il seminario di cui ho raccontato mi hanno spronato a fare entrambe le cose, mettendomi di fronte ai miei limiti e alle mie cecità, inscritte nelle dinamiche geopolitiche mondiali; mi hanno portato a interrogarmi sui processi di "invisibilizzazione" delle dinamiche di potere che stanno dietro al colore bianco, al razzismo e al *mestizaje*, utilizzando la mia posizione privilegiata per rispondere ad alcune richieste che i soggetti della ricerca mi ponevano.

¹⁰⁶ "Que produce conocimiento y reflexión como respuesta a las preguntas que le son colocadas por quienes de otra forma serían, en una perspectiva clásica, sus "objetos" de observación y estudio, primero de una forma inadvertida, y después teorizada."

Parte seconda

La salute e la cura a Los Altos: un campo di forze in scontro.

4 Medicina tradizionale e *partería*: uno sguardo al lavoro sul campo e ai suoi saperi.

4.1 Pluralismo medico e ibridità terapeutica a San Cristóbal de Las Casas. Alcune considerazioni su come affrontare il lavoro sul campo.

Le situazioni di contatto fra portatori di tradizioni culturali diverse hanno da sempre dato vita a fenomeni di scambio, trasformazione, fusione e rielaborazione, il cui risultato sono nuovi modelli culturali che, pur manifestando tracce delle proprie matrici, costituiscono insiemi autonomi e originali. A loro volta, tali nuovi insiemi, che in un primo momento sono spesso avvertiti e designati come ibridi e contaminati, possono col tempo divenire le matrici di altri e diversi incroci, in un flusso di trasformazioni potenzialmente infinito.

(Alessandro Lupo, 2003, p. 3)

Un esame attento della medicina tradizionale oggi a San Cristóbal de Las Casas pone immediatamente un problema di *comprensione* e di *traduzione* etnografica. Le pratiche di cura e i saperi medici cosiddetti “tradizionali” sfidano ampiamente ogni tendenza a circoscriverli entro definizioni terminologiche e tassonomie ordinate, soprattutto quando analizzati in contesti urbani e creoli come quello in questione che, in particolar modo nell’ultimo ventennio, è stato abbondantemente stravolto da fenomeni impattanti come lo Zapatismo, e da consistenti flussi migratori e turistici¹⁰⁷. Emergono, invece, come discorsi il cui senso è straripante, barocco e

¹⁰⁷ Si consiglia la lettura della prima parte della presente tesi, in cui si evidenziano alcune delle recenti trasformazioni che hanno interessato le zone di Los Altos nel Chiapas, in particolare il capitolo 1.2 “Flussi e trasformazioni negli altipiani del Chiapas: uno sguardo tra passato e presente”.

brulicante di simboli e significati molteplici, sfidando l'ordine che si tenta di dar loro nell'etnografia. Nonostante ciò, l'attrazione tassonomica e classificatoria sentita nei confronti delle nozioni mediche indigene e le loro medicine hanno condizionato la struttura e la direzione presa dagli studi di antropologia medica in Messico, fin dalle prime etnografie rudimentali prodotte al tempo della colonia da medici, erboristi e scienziati. L'idea che le epistemologie mediche indigene fossero chiuse, immobili, primitive e irrazionali, ha segnato a lungo l'antropologia medica messicana, dando una nota caratteristica alla sua produzione etnografica fino agli anni Settanta del Novecento, in cui la dimensione culturale e simbolica della medicina nativa aveva un ruolo di poca importanza. Dagli anni Ottanta fino ai giorni nostri alcuni vecchi paradigmi sono stati disarticolati e criticati ma ancora parte

[...] dell'attenzione e degli interessi antropologici vengono diretti verso i componenti chimici o farmacologici delle piante medicinali, separate dai vincoli che mantengono con la medicina indigena. Nonostante ciò, la popolazione locale continua a ricorrere all'uso delle piante medicinali per ragioni culturali, economiche e di efficacia¹⁰⁸ (Lagorreta, 1987, p. 139).

Oggi, sebbene l'idea di poter studiare i saperi medici considerandoli mondi ben definiti possa risultare interessante, la realtà delle epistemologie mediche che si incontra negli altipiani del Chiapas parla di tutt'altre tendenze e sviluppi.

A San Cristóbal, e nelle comunità montane limitrofe, è possibile osservare una situazione evidente di *pluralismo medico* in cui indigeni di diverse appartenenze etniche, messicani *mestizos* esponenti della società urbana egemone (in città denominati *coletos*) o di classi medio-basse, stranieri residenti e turisti di passaggio in città, possono accedere parallelamente a risorse terapeutiche assai diverse, pur nei limiti delle rispettive disponibilità economiche e credenze.

In città sono presenti tre ospedali pubblici di primo livello: l'*Hospital de las Culturas*, l'*Hospital de las Mujeres* o l'*Hospital de Los Pinos*, oltre a moltissimi laboratori di analisi pubblici o privati, un numero elevato di farmacie e non pochi consultori medici; ci si può imbattere inoltre in diverse tipologie di terapeuti "tradizionali" (levatrici, acconcia-ossa, erboristi, esperti rituali generici), che generalmente si dispongono nelle vie del mercato centrale di Santo Domingo dove mostrano ai

¹⁰⁸ "De la atención o los intereses antropológicos están puestos en la teoría química o farmacológica a la que la planta contribuye separada de todo vínculo con la medicina indígena. Mientras tanto, la población continúa recurriendo al uso de plantas por razones culturales, económicas y de eficacia."

passanti differenti preparati terapeutici a base di erbe o prescrivono terapie di vario genere, anche di carattere religioso e rituale.

Oltre agli ospedali e ai più classici luoghi di cura, nel circoscritto centro cittadino si contendono la multiforme scena terapeutica svariati centri di medicina olistica, medicina tradizionale maya, scuole di yoga affiliate a tradizioni disciplinari eterogenee e agenzie di promozione culturale che vendono l'esperienza ancestrale curativa del *temazcal* e propongono ritiri medico-spirituali di vario genere. È presente un centro buddista che propone anch'esso svariate terapie olistiche, e una tradizione di terapeuti arabi le cui conoscenze, tecniche di cura e preparazione della farmacopea seguono i precetti della religione musulmana.

Se rivolgiamo l'attenzione sia agli itinerari di cura scelti dai pazienti che a quelli proposti dai medici, accanto al *pluralismo medico* che caratterizza l'area possiamo notare, in alcuni casi, la compresenza di pratiche terapeutiche proprie delle differenti tradizioni della zona; il *pragmatismo medico* alimentato dalla peculiare situazione di *pluralismo terapeutico* che caratterizza l'area, opera senza che vi sia un'omogeneità e una coerenza epistemologica tra gli elementi delle tradizioni mediche adoperate dai pazienti o dai terapeuti per risolvere i loro problemi. Bensì, in molti casi si opta per un determinato farmaco o composto erboristico, in virtù della ricerca personale, da parte del paziente o del medico, di un buon grado di efficacia pratica.

Alessandro Lupo (2003), in merito alle tradizioni terapeutiche delle popolazioni Nahuatl della Sierra di Puebla sostiene che

[...] la circolazione delle pratiche e dei diversi saperi medici è costante e intensa e fa sì che i problemi della salute vengano affrontati dai membri delle diverse fasce sociali con l'ecclettico pragmatismo che normalmente vige quando la sofferenza e il pericolo spingono a privilegiare la ricerca dell'efficacia a dispetto della coerenza logica e ideologica dei comportamenti (Lupo, 2003, p. 13).

La molteplicità di opzioni terapeutiche disponibili nel contesto fa sì che, con la giusta arbitrarietà, sia i pazienti che i terapeuti "affiliati" a specifiche tradizioni mediche, conoscano – e ogni tanto utilizzino con disinvoltura – strumenti, saperi e risorse appartenenti ad altre tradizioni. Questi prestiti non vengono effettuati con una chiara consapevolezza delle fondamenta epistemologiche dei rispettivi saperi medici, bensì perché i farmaci e i trattamenti hanno dimostrato una "certa

efficacia” o perché ormai si sono abbondantemente diffusi grazie al loro prezzo vantaggioso e alla facile reperibilità.

Nonostante la diffusione di programmi sociosanitari e biomedici abbia favorito l’eradicazione progressiva di epidemie e malattie quali il colera, la malaria e la febbre tifoide (che comunque sono ancora presenti, sebbene in casi isolati), l’area è comunque soggetta a tassi elevati di mortalità – soprattutto materna e infantile – a causa di patologie che colpiscono prevalentemente il tratto gastroenterico e respiratorio (parassiti e infezioni intestinali acute, polmoniti, qualche caso di tubercolosi). La zona degli altipiani di Los Altos è interessata da problematiche sociosanitarie che nuocciono prevalentemente alla popolazione indigena e, per farvi fronte, i malati e i terapeuti ricorrono alla farmacopea delle diverse tradizioni mediche disponibili, meno care e di quelle più facilmente reperibili.

È stato più volte notato che i guaritori e le levatrici tradizionali prescrivono ai loro pazienti pastiglie o altri farmaci da banco che si trovano nelle farmacie della zona, in aggiunta alle precise indicazioni comportamentali e ai composti di erbe che preparano artigianalmente. Pensiamo al caso noto dell’ossitocina chimica, ampiamente utilizzata dalle levatrici tradizionali di San Cristóbal e dintorni, nonostante molte non ne conoscano a fondo non solo i benefici, ma soprattutto i rischi connessi al sovradosaggio. L’ossitocina è ormai diffusa e ampiamente somministrata anche dai terapeuti tradizionali in caso il tempo del travaglio si dilati, trovandosi peraltro in farmacia a basso costo e senza che venga richiesta una ricetta.

Un altro esempio circoscritto alla gravidanza è relativo al fatto che anche le levatrici più tradizionali, ormai, invitano le gestanti indigene ad assumere, durante i primi tre mesi di gravidanza, estratti di vitamine concentrate in forma di pastiglie effervescenti o in compresse, con l’idea che rendano la madre più forte e che siano utili per contrastare “la sindrome da stanchezza cronica” che è molto diffusa tra le donne indigene gravide che vivono a Los Altos. I continui prestiti danno però spesso origine a malintesi, ad errori di interpretazione e ad abusi ai quali possono seguire conseguenze – anche gravi – per la salute dei pazienti.

Una problematica diffusa tra le donne indigene di Los Altos è l’anemia, che può portare a gravi complicazioni durante la gravidanza e nel parto a seguito di emorragie e perdite ematiche eccessive e non facilmente controllabili senza il ricorso a tecniche biomediche. L’anemia non viene identificata facilmente dalle levatrici tradizionali e dalle gestanti indigene, che non sempre si

sottopongono a esami di laboratorio durante la gravidanza. Costoro la definiscono spesso come stanchezza cronica, “*un cansancio crónico y constante*”.

Quando ho chiesto alle diverse donne indigene incinte e ad alcune levatrici tradizionali che frequentavano l’*Hogar Comunitario* perché, rispettivamente, assumessero e prescrivessero queste dosi di vitamine, molte non sapevano darmi una motivazione, mentre altre mi dicevano semplicemente che servivano per non sentire la stanchezza, tratto sintomatologico caratteristico dei primi mesi di gravidanza ma anche della mancanza di ferro nel sangue, e quindi dell’anemia.

Mi spiega Veronica:

[...] tutte assumiamo vitamine nei primi mesi di gravidanza. É una cosa buona assumere vitamine. La levatrice tradizionale mi ha detto di assumere vitamine e bere molta acqua, così non mi sentirò stanca e il mio parto andrà bene. Non ho chiesto perché, ma credo che le vitamine fanno sì che il bebè cresca sano e forte e che la mamma non si senta stanca...è così...però non lo so molto bene in verità...però tutte le donne incinte oggi prendono le vitamine¹⁰⁹!

Per portare a termine una gravidanza senza complicazioni o rischi per la gestante e per il feto, durante le prime visite presso le levatrici locali vengono prescritte massicce dosi di vitamine: un chiaro prestito dalla tradizione biomedica occidentale, che avviene adducendo che sono utili per contrastare la stanchezza cronica che affligge molte donne di Los Altos che però è relazionata all’anemia e non alla mancanza di vitamine che, evidentemente, non può essere risolta solo con l’assunzione delle stesse¹¹⁰.

L’anemia resta quindi molto diffusa e l’elemento preso in prestito dalle levatrici tradizionali dalla tradizione biomedica contribuisce a generare confusione senza contribuire alla risoluzione del problema.

¹⁰⁹ “Todas tomamos vitaminas en los primeros meses. Es buena cosa que tenemos que tomar vitaminas. La partera tradicional me dicho de tomar vitaminas y tomar mucha agua pura, para que no me sienta cansada y así que mi parto salga bien. No le pregunté por qué, creo que es que las vitaminas hacen que el bebé crezca sano y fuerte y que la mamá no se sienta cansada...esto es...Pero no sé de verdad bien...todas las mamas, pero ahora toman vitaminas”. Note di campo, San Cristóbal, dicembre 2018.

¹¹⁰ Tutti i medici intervistati presso l’*Hospital de las mujeres* mi confermano che le erronee abitudini alimentari che seguono le donne indigene incidono drasticamente sulla diffusione dell’anemia, che è uno dei maggiori fattori di rischio di complicazioni vissute durante la gravidanza e il parto.

Da questo esempio appare evidente che sia la ricerca di un'efficace pratica immediata (togliere la stanchezza) il principale movente delle assunzioni indiscriminate di vitamine, e non la conoscenza da parte delle levatrici e delle pazienti delle reali problematiche relative all'anemia, che invece potrebbero portare la ricerca verso soluzioni alimentari e farmacologiche diverse e più adatte a risolvere il problema.

Lavorando con alcune levatrici tradizionali presso l'*Hogar Comunitario Yachil Antzetik* (nel testo d'ora in avanti *Hogar Comunitario*) di San Cristóbal, è stato notato che lo stetoscopio, le garze sterili, il camice bianco, l'ossitocina, e alcuni farmaci basici da banco come il paracetamolo o l'ibuprofene, fanno ormai parte della loro "cassetta degli attrezzi", così come di quella dei *curanderos* che operano sia a San Cristóbal che nelle comunità indigene a essa limitrofe.

Avviene però anche il contrario: in molte case del parto della città, ginecologhe e ostetriche utilizzano la *sobada*¹¹¹ o strumenti per massaggiare il corpo della donna, quali il *rebozo*¹¹², che fanno parte della tradizione di *partería* maya, ma che vengono ormai adoperati anche all'interno di altre tradizioni medico-ginecologiche; anche in questo caso, le ostetriche che utilizzano queste tecniche lo fanno perché ne hanno comprovato l'efficacia pratica, non perché hanno approfondito o condividano i significati emici che avevano all'interno della tradizione maya. Quando ho chiesto alle terapeute del Luna Maya, una casa del parto dove questi prestiti avvengono molto di frequente, quale fosse il significato della *sobada*, una di loro, Ana, quando intervistata mi ha fornito una serie di motivazioni dettagliate connesse ai benefici corporei provati dalla gestante, tralasciando tutte le connotazioni simboliche esistenti per le levatrici tradizionali che sono solite praticarla¹¹³.

Sono saperi quelli medici che, nella zona degli altipiani del Chiapas, si creolizzano e non sono circoscrivibili a comunità indigene chiuse e tradizioni isolate perché, nello stesso modo in cui si è alterata la struttura e l'organizzazione delle comunità maya sotto le spinte dei flussi economici e sociali che le hanno segnate (Viqueira, 2002; Collier, 2000), si sono modificate anche le conoscenze stesse, dando origine a prestiti, alterazioni, ma anche ad errori e malintesi. A causa delle ragioni storiche, politiche ed economiche, già riportate nei capitoli precedenti, la cui esistenza ha alterato

¹¹¹ Di *sobada* maya, tra le donne indigene dello Yucatan, parla abbondantemente Patrizia Quattrocchi nel suo testo *Corpo, riproduzione e salute tra le donne Maya dello Yucatan*, 2011.

¹¹² Il *rebozo* è un panno rettangolare, di tessuto colorato e molto resistente, che le donne usano per trasportare alimenti, per accomodare i figli piccoli e anche per massaggiare il corpo della donna in gravidanza.

¹¹³ Per un approfondimento sui significati simbolici e culturali della *sobada* si legga Patrizia Quattrocchi (2011), *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatan*.

alcuni degli equilibri comunitari e familiari tradizionali, si considera più appropriato, in questo contesto, parlare di un processo di *continua transculturazione* dei saperi medici tradizionali e non solo, teoria utile a rendere ragione delle sostituzioni ed integrazioni che interessano questi ambiti. La transculturazione smantella l'idea errata che le nozioni mediche possano essere considerate delle aree compatte e separate l'una dall'altra, ed è funzionale a svelare gli adattamenti che vengono operati sui rispettivi elementi e pratiche terapeutiche. Queste vengono rimodellate in funzione del nuovo uso che ne verrà fatto, spesso alterandone il senso originario. Questo fenomeno è sempre più evidente negli ultimi decenni, soprattutto a causa della forte medicalizzazione dei saperi tradizionali relativi alla gravidanza; le levatrici, ad esempio, per continuare a svolgere la loro professione, hanno dovuto frequentare specifici corsi di formazione biomedica, alcune sono state cooptate oppure hanno deciso di svolgere la loro professione in ospedale, in case del parto pubbliche e private, o in centri per la promozione della salute riproduttiva femminile, alterando e integrando elementi nuovi alle loro conoscenze mediche preesistenti.

I saperi medici così intesi, si intessono tra loro in forma di reti a maglie larghe, producendo risultati gnoseologici e pratici inattesi e originali, potenzialmente sempre nuovi. Inoltre più si raccoglievano informazioni sulla *partería* e sulla medicina tradizionale, più emergeva la fragilità di una loro definizione univoca e meramente connessa all'ambito medico, rendendo necessario interrogare altri campi del vivere sociale oltre a quello legato alla malattia, come quelli relativi alla sfera politica, religiosa e storica.

Oltre alle plurime significazioni eterodosse che sono state registrate durante il campo, ribadiamo che la medicina tradizionale e la *partería* sono discipline che si frammentano nella misura in cui si disgregano e si allentano alcuni dei legami famigliari e comunitari che li mantenevano in vita; difatti spesso i terapeuti tradizionali migrando e lasciano le comunità per andare a vivere nelle città, oltre a ridefinire e ad arricchire di nuovi elementi i loro saperi e le loro tecniche di cura, perdono pazienti e vivono una diminuzione del loro prestigio sociale.

In questi contesti, opporre nettamente la medicina tradizionale alla biomedicina sarebbe un grave errore; al contrario i diversi saperi medici hanno interagito e continuano a interagire, mescolandosi ad altre tradizioni mediche che si stanno diffondendo nella zona e che vengono trasportate dai soggetti che si spostano incessantemente negli altipiani del Chiapas. In questo senso, paiono pertinenti le riflessioni che Gomez García propone in un suo lavoro svolto sulla *partería* a San Cristóbal in cui l'autrice sottolinea che

[...] dobbiamo considerare che nella pratica sociale esistono svariate differenziazioni che sorpassano il binomio saperi tradizionali-biomedicina (...). La maggior parte di queste modificazioni sono legate allo scambio che è avvenuto storicamente tra vari sistemi di conoscenza e alla mescolanza tra le pratiche culturali avvenuta tra la popolazione indigena e quella *mestiza* di Los Altos. Così come in seguito agli interventi statali, che furono il risultato della politica indigenista avviata già nella decade degli anni quaranta del novecento, che hanno incentivato l'introduzione di elementi biomedici nella regione¹¹⁴ (I. Gómez García, 2017, pp. 23-24).

Nonostante quanto appena asserito, in Messico, i retaggi delle politiche indigeniste e primitiviste sono stati duraturi e recalcitranti anche in antropologia medica, le cui ricerche fino agli anni Settanta del Novecento sono rimaste perlopiù circoscritte a ricche classificazioni e descrizioni botaniche delle etno-medicine native, piuttosto timide nell'approfondire le complesse dimensioni simboliche inerenti ai saperi medici e le loro reciproche ibridazioni.

Citando Amselle, l'errore che commettono molti antropologi

[...] consiste nel non trattare la cultura come una soluzione instabile, la cui perpetuazione è aleatoria per essenza, ma di abbracciare le "ragioni etnologiche" di una prospettiva discontinuista che consiste nell'estrarre, filtrare, classificare al fine di individuare dei tipi, sia in campo politico (società statuali/società senza stato), sia in campo economico (autosussistenza/mercato), sia in campo religioso (paganesimo/Islam), *sia in campo medico (medicina scientifica/saperi medici tradizionali)*, sia in campo etnico o culturale (Amselle, 1999, p. 41, *corsivo mio*).

L'antropologia indigenista messicana, di cui abbiamo ampiamente parlato nella parte introduttiva della tesi¹¹⁵, si lasciò incantare dell'abbaglio che ben ci ha descritto Amselle e produsse ricerche in cui i nativi messicani comparivano in una prospettiva essenzializzata, fissa e folklorica. Un prezioso antidoto contro gli errori compiuti a causa dello sguardo indigenista è certamente dato dallo studio approfondito della storia della disciplina e in particolare di quella relativa all'antropologia medica

¹¹⁴ "Debe considerarse la existencia de diferencias en la práctica que sobrepasan el binomio saberes milenarios-biomedicina (...) la mayoría de estas modificaciones están ligadas al intercambio históricamente ocurrido entre los sistemas ideológicos y a la mezcla de prácticas culturales entre la población denominada respectivamente como indígena y mestiza en Los Altos. Así como a la intervención dirigida a través del Estado, principalmente como resultado de la política indigenista iniciada al menos en la década de los cuarenta del siglo XX, con un desarrollo de estrategias que contemplaba la introducción de elementos biomédicos en la región."

¹¹⁵ Capitolo 2: "Tra i paradigmi della storia e dell'antropologia messicana".

che, dalla colonia in poi, ha costruito paradigmi, ancora influenti in specifici ambiti accademici, che ostacolano la diffusione di ricerche antropologiche che, nell'analisi delle medicine tradizionali, siano capaci di tenere assieme le coerenze e le incoerenze così come i prestiti, i malintesi e le forzature pratiche ed epistemologiche che si generano da certe creolizzazioni.

Ma l'analisi delle pratiche e dei saperi medici tradizionali a San Cristóbal è restia a essere ingabbiata all'interno di una visione etnologica culturalista discontinua, amante delle categorizzazioni limpide delle conoscenze tradizionali e delle dicotomie tra una tradizione medica e l'altra.

Se abbiamo già ampiamente parlato, grazie alle intuizioni di Lomnitz (1999, in Degregori e Sandoval, 2007), di quell'attrazione strabica che segnò lo sguardo dei primi esploratori, intellettuali e missionari che viaggiarono verso le Americhe mossi dal sentimento del *maravilloso*, anche Carlos Zolla (2008) ci descrive uno spaccato delle prime produzioni di antropologia medica nativa al tempo della conquista. I primi missionari, esploratori e medici raccolsero un quantitativo tale di dati etnografici da poter ben argomentare l'idea in voga al tempo della conquista che le credenze indigene si annoveravano esclusivamente nell'ambito di superstizioni eccentriche, capaci di poca efficacia operativa a livello curativo, soprattutto se comparate con le sperimentazioni del pensiero "scientifico" occidentale.

Zolla, disquisendo su alcune tematiche trattate nel noto testo di Gonzalo Aguirre Beltrán, *Antropología Médica* (1986), in cui l'autore costruisce una genealogia dello sviluppo dell'antropologia medica messicana, dichiara che gli esploratori, gli intellettuali e i medici del tempo della conquista, nelle loro trattazioni sui saperi medici nativi

[...] segmentano, fin dove arrivano, una mentalità che vedono impregnata di un sentimento "fantastico", dividono la parte razionale da quella meramente emotiva che unanimemente considerano essere mera superstizione¹¹⁶ (Beltrán, 1986, in Zolla, 2008, p. 36).

Zolla, similmente a come aveva scritto Lomnitz (1999), individua le radici di questa attitudine classificatoria propria dell'antropologia medica messicana sin dal tempo della conquista, risalendo agli scritti di Bernardino de Sahagún, missionario spagnolo che aveva trascorso un tempo tale tra i

¹¹⁶ "Segmentan, hasta donde alcanza una mentalidad impregnada por lo maravilloso, la parte racional de la meramente emotiva a la que, unánimes consideran vana superstición."

nativi messicani da avergli consentito di raccogliere moltissime informazioni relative a tecniche di cura, rituali e farmacopea indigena. De Sahagún scrive sui saperi medici indigeni, giudicandoli superstiziosi e vicini a uno spiritismo magico, animista e pagano, che doveva essere reso conforme ai canoni della religione cattolica e a quelli del pensiero medico scientifico del tempo.

Nonostante la poca credibilità medica loro attribuita, le prime traduzioni etnografiche tassonomiche dell'erboristeria medicinale indigena sono state minuziose e certosine, e l'ansia classificatoria da cui presero le mosse, diede avvio a un'ampia tradizione di ricerca etnobotanica e antropologica che, ancora oggi, impera in Messico in alcuni ambiti accademici.

Anche Xavier Lozoya Legorreta (1987) nota, condividendo l'opinione di Beltrán, che la dimensione culturale e simbolica della medicina tradizionale messicana non venne debitamente tenuta in considerazione dagli studiosi, che fino alla fine degli anni Ottanta furono principalmente impegnati su due fronti di ricerca:

[...] uno era diretto verso la descrizione e la comprensione dei suoi concetti e delle sue pratiche; l'altro era principalmente interessato alle piante medicinali come risorse terapeutiche. Questi due grandi campi di riflessione hanno portato, in Messico, alla creazione di gruppi di ricerca diversi che hanno lavorato separatamente per venti o più anni (...) Per il primo gruppo di studiosi, la medicina tradizionale rappresenta una fase primitiva nell'evoluzione della conoscenza medica che appartiene al passato e che è agonizzata con lo sviluppo della tecnologia; per il secondo è una manifestazione di arretratezza¹¹⁷ (Legorreta, 1987, pp. 138-139).

Zolla nota, infatti, che in merito all'assenza di attenzione data agli studi simbolici e culturali sulla medicina tradizionale

¹¹⁷ "Uno, la dirigida hacia la descripción y comprensión de sus conceptos y prácticas; la otra, primordialmente interesada en los recursos, especialmente las plantas medicinales. Estos dos grandes campos de reflexión han propiciado, en México, la creación de grupos disímiles que durante veinte años o más, han trabajado separadamente (...) Para los primeros, la medicina tradicional es una etapa primitiva de la evolución del conocimiento médico que pertenece al pasado y agoniza con el desarrollo de la tecnología; para los segundos, es una más de las vergonzosas manifestaciones del subdesarrollo"

[...] In Messico è tale l'importanza dell'erboristeria medicinale che spesso sia allude ad essa come se si trattasse di un sinonimo di medicina tradizionale¹¹⁸ (Zolla, 2008, p. 15).

Questo approccio contribuisce a generare una confusione semantica e concettuale tra l'antropologia medica e la scienza erboristica, la quale, anche qualora fosse molto ricca e abbondante – come del resto è quella messicana – non può riassumere un sapere medico complesso com'è quello relativo alla tradizione amerindiana.

Questa idea che l'antropologia medica messicana rimase confinata a una visione indigenista, troppo razionale ed eccessivamente legata alla botanica, emerge chiaramente in un saggio di Aguirre Beltrán del 1966, *Función social de la medicina pre cartesiana* in cui, pur elogiando le scoperte fatte dai padri fondatori dell'antropologia medica messicana, segnala accortamente che:

[...] quelli che oggigiorno ripercorrono le tracce degli investigatori, continuano a usare lo stesso piano di azione volto alla segmentazione *dei saperi medici*; essi sono stati in grado di informarci esclusivamente sui nomi tecnici delle erbe; sulle proprietà farmacologiche delle piante che hanno effetti purgativi, su quelle che inducono il vomito, su quelle narcotiche, diuretiche e diaforetiche; e relativamente a quelle che avevano già subito un rigoroso esame di laboratorio, ci mostrano le loro manifeste virtù terapeutiche e il fatto che fossero state già accettate all'interno della farmacia scientifica. Concentrando lo studio su una prospettiva così ristretta, il panorama della medicina indigena si presenta povero e scarso. Sottovalutando, a causa di evidenti malintesi, le componenti irrazionali e, ancor di più, i legami tra le pratiche mediche e le restanti dimensioni relative alla cultura, questi studi raramente ci offrono la scoperta di elementi inediti, quasi mai ci descrivono lo spettacolo vivace, eccitante e reale di questa medicina, con le cui manifestazioni concrete inciampiamo ad ogni passo¹¹⁹ (Beltrán, 1966, pp. 1143-1144, *corsivo mio*).

¹¹⁸ "En México es tal la importancia de la herboristería medicinal que a menudo se alude a ella como si se tratara de un sinónimo de medicina tradicional."

¹¹⁹ "Aquellos que en nuestros días recorren las huellas de los antiguos investigadores, prosiguen empleando el mismo plan de ataque segmentario; por ello sólo han podido informarnos sobre los nombres técnicos de las yerbas; las propiedades farmacológicas que las catalogan como purgantes, vomitivas, estupefacientes, diuréticas y diaforéticas; y de aquellas pocas que fueron ya sometidas al riguroso examen del laboratorio, sus virtudes terapéuticas manifiestas, así como la aceptación que han tenido ya en la farmacia científica. Enfocando el estudio hacia perspectiva tan estrecha, el panorama de la medicina aborígen se presenta pobre y desarmado. Al menospreciarse, por visible incompreensión, factores irracionales decisivos y, aún más, la ineludible conexión entre las prácticas médicas y las restantes

Da quanto appena asserito possiamo trarre due considerazioni: la prima è relativa alle strette morsa esercitate dallo sguardo indigenista e tassonomico dell'antropologia medica messicana fino agli ultimi decenni del Novecento, che aveva reso statico il sapere medico indigeno, facendolo coincidere con le sue erboristerie e la sua tradizione etnobotanica; ciò è un chiaro esempio di quella fascinazione culturalista propria dell'indigenismo primitivista che creava saperi medici chiusi, puliti e pronti a essere impiegati per le finalità della scienza moderna o per progetti biomedici di fitochimica e di botanica.

La seconda considerazione, al contrario, evidenzia la presenza di creolizzazioni che hanno coinvolto la medicina tradizionale fin dalle sue origini, da quando scienziati, medici e botanici si sono recati nei luoghi delle popolazioni che studiavano, portando con sé le loro tradizioni di pensiero e "prendendo in prestito" gli elementi di quelle che vi trovavano.

Come abbiamo già esplicitato: dagli incontri si generano malintesi. In tempi odierni, come al tempo delle colonie, il processo di conoscenza e sistematizzazione delle tradizioni altrui è andato di pari passo con l'indebita espropriazione delle conoscenze mediche native, spesso estrapolate dai contesti d'origine e usate per scopi utili alla farmacopea e alla medicina occidentale, contribuendo a generare interpretazioni erranee dei loro significati e dei loro usi locali.

Com'è stato fatto presente in altri studi (Beltrán, 1987, Legorreta, 1987, Zolla, 2008, Beneduce, 2010), dietro al rigore tassonomico con il quale si "traducono" le erboristerie altrui da parte di un invadente sguardo scientifico oggettivante, giace l'intento – non sempre esplicito – di commercializzare il patrimonio di conoscenze indigene per renderlo disponibile all'industria medico-farmaceutica europea, alterandone le significazioni emiche.

Le innovazioni che la medicina indigena introduce nella medicina occidentale galenica prima e poi in quella positivista, per la maggiore si generano all'interno dell'ambito relativo allo studio delle piante medicinali

constelaciones de la cultura, estos estudios a duras penas nos ofrecen el hallazgo de restos valiosos; pero nunca el espectáculo vivo, apasionante y real de esta medicina con cuyas vivencias a cada paso tropezamos."

native. Incorporandole, la medicina occidentale le reinterpreta per accomodarle alle esigenze del sapere scientifico; le spoglia del loro significato magico religioso per sottometerle ad esami di laboratorio, alla sintesi chimica e alle procedure farmaceutiche¹²⁰ (Zolla, 2008, p. 15).

Possiamo rintracciare dinamiche di depredazione simili a quelle avvenute in tempo coloniale, sotto altre vesti e in altri termini, anche ai giorni nostri quando ONG, associazioni e fondazioni e istituti di ricerca scientifica o sociale “colonizzano” i saperi tradizionali indigeni, utilizzando i patrimoni medici nativi per fini farmaceutici, dando loro significati profondamente dissimili da quelli emici, distanti dal loro contesto rituale, simbolico e sociale¹²¹.

Ci si potrebbe chiedere invece in che termini e sotto quali spinte, nel corso della storia, è stata alterata, disarticolata e minacciata la coerenza interna dei saperi medici tradizionali, in favore di prestiti, creolizzazioni, ma anche di depredazioni.

Tutti questi elementi, sommariamente riassunti, ci spingono ad avallare la tesi secondo la quale il cercare una coerenza primigenia nella tradizione medica maya è un progetto antropologicamente sterile. Ricordiamo che, come ben scrive Fassin a proposito della medicina tradizionale africana:

[...] l’etnologo in cerca di autenticità sembra condannato a continue delusioni quando si volge a considerare oggi le medicine tradizionali. Tutto il corpus di conoscenze dei guaritori, *curanderos*, *parteras tradicionales*, *hueseros*, non è fatto che di prestiti, ridefinizioni e adattamenti, nessun sapere è giunto fino a noi privo di altre influenze (Fassin, 1992, p. 234, corsivo mio).

Oggi, a San Cristóbal, la medicina tradizionale maya e la *partería* sono un terreno di lotte e contese, sono saperi che si relazionano con problematiche politiche, identitarie, religiose, quindi campi dall’orizzonte di senso “barocco e brulicante di simboli” (Beneduce, 2002, p. 170).

¹²⁰ “Las innovaciones que la medicina indígena introduce en la medicina occidental –galénica primero, positivista después– en su mayoría se producen en la materia médica constituida fundamentalmente por las plantas medicinales nativas. Al acogerlas, la medicina occidental las reinterpreta para acomodarlas al pensamiento científico; las despoja de su significado mágico religioso para someterlas al examen del laboratorio, a la síntesis química y a la manufactura farmacéutica”.

¹²¹ Come si evincerà nel corso della trattazione a San Cristóbal è stata espressa una forte critica ai progetti di medicina “interculturale e dialogica” (Page Pliego, 2005), che dietro la volontà di salvaguardare e dialogare con la medicina tradizionale maya hanno contribuito, soprattutto negli ultimi vent’anni, alla disarticolazione delle discipline tradizionali e alla loro frammentazione e commercializzazione.

Per provare a capire il più possibile da vicino la medicina tradizionale oggi, un campo che trascende i confini tematici propriamente medici, è necessario affinare una metodologia di ricerca altrettanto sperimentale ed eretica rispetto ai retaggi indigenisti classici e le tassonomie etno-botaniche moderne, utili alle depredazioni della farmacopea occidentale. Per cercare soluzioni antropologiche inedite rispetto ai problemi di traduzione e comprensione che i saperi medici pongono all'etnografo, a San Cristóbal, è necessario tendere l'orecchio verso i malintesi, i fraintendimenti e le distorsioni di senso che vengono prodotti dall'incontro incessante e veloce tra saperi medici e soggetti provenienti da mondi culturali tra loro differenti, culturalmente distanti, ma in Los Altos compresenti.

4.2 *Las parteras*: i profili dissimili delle levatrici tradizionali

La diversità culturale può essere considerata come un serbatoio di conoscenza sedimentata sui differenti modi di fare le cose.

(Hannerz, 2001, p. 91)

Negli ultimi vent'anni l'incremento dei flussi turistici, la presenza nutrita di nuovi gruppi di residenti stranieri, l'abbondanza sia di ONG internazionali e nazionali che di associazioni di ogni sorta, e l'emergere di nuovi movimenti religiosi e politici, hanno favorito i contatti tra le diverse tradizioni culturali presenti in Chiapas, incrementando anche le intersezioni tra saperi e pratiche mediche, in particolare quelle relative alla gravidanza.

A San Cristóbal l'approccio tradizionale alla *partería*, (così come le nozioni di medicina tradizionale Maya) si è nel tempo arricchito di concetti, pratiche terapeutiche, teorie, abitudini e usi concernenti altre tradizioni culturali che sono state trasportate in città grazie ai flussi migratori.

La coesistenza e la complementarietà di molteplici risorse e discorsi terapeutici nello stesso territorio, hanno arricchito di nuovi strumenti e concetti la cultura medica amerindiana legata a gravidanza, parto e puerperio.

Attraverso le interviste da me condotte tra le levatrici indigene, l'intento è di far emergere con chiarezza la tenacia di certe credenze, pratiche e usanze tradizionali da loro utilizzate, rendendo possibile l'organizzazione di un discorso organico sulla *partería*, ovviando il rischio così di perdersi completamente nel dedalo delle eterogenee pratiche e mutevoli definizioni che la caratterizzano a San Cristóbal, approccio che risulterebbe improduttivo ai fini dell'analisi.

La *partería* è un insieme di conoscenze vive e dinamiche che mantengono una coerenza interna strutturata attorno a concetti e pratiche che meritano di essere indagate; è un sapere in resistenza, in lotta, elastico e che *r-esiste* alle ingerenze della biomedicina che negli anni ha screditato le competenze tradizionali delle levatrici – soprattutto indigene – legate al parto, al parto e al puerperio. Le levatrici straniere e occidentali hanno elaborato in maniera più o meno coesa, assieme alle levatrici indigene, strategie comuni di azione e di resistenza per contrastare l'avanzata della biomedicina in campo ostetrico-ginecologico in Messico, ma la *partería* "resiste" anche perché i suoi saperi medici si sono arricchiti di conoscenze e pratiche eterogenee che l'hanno resa più malleabile ai cambiamenti socio sanitari, economici e politici del contesto.

Vorrei presentare brevemente i profili delle levatrici con cui ho interagito più spesso durante il campo e con cui ho iniziato ad affrontare quei discorsi, fondamentali ai fini della dimostrazione della mia tesi (che approfondiremo in seguito), e che vertono non solo sulla *partería* e sul rapporto complicato tra medicina tradizionale e biomedicina, ma sono soprattutto relativi alla costruzione dell'emotività femminile delle donne indigene e ai loro discorsi sul dolore. La levatrice, nelle vesti di terapeuta specifica di gravidanza, parto e puerperio, accompagna la donna in un momento peculiare per sua natura doloroso, ed è colei che traduce, interpreta e gestisce, per mezzo di varie tecniche e saperi, non solo i dolori fisici, ma anche le preoccupazioni e le paure che le donne vivono in queste fasi della loro vita. Il discorso su come viene socialmente costruito, vissuto ed espresso il dolore nel parto, è strettamente relazionato al modo in cui tra donne vengono gestite le emozioni durante tutto l'arco della loro vita e le levatrici tradizionali, ma non solo loro, hanno un ruolo chiave in questo dialogo prevalentemente femminile. Anche grazie ai rapporti di prossimità che sono stati costruiti con alcune levatrici, è stato possibile individuare i modelli culturali attraverso cui viene costruita, negoziata e gestita l'emotività femminile all'interno delle comunità *tzotzil* e *tzeltal*.

Ricordiamo che le levatrici tradizionali, sia nelle comunità indigene urbane che in quelle rurali vicine a San Cristóbal, adoperano terminologie e concetti presi in prestito dalla biomedicina, nonostante conservino parallelamente elementi della tradizione maya; insieme a erbe, unguenti e decotti,

preparati secondo le usanze della farmacopea tradizionale maya, e ad altri oggetti propedeutici al parto, vengono adoperati guanti, garze sterili, cerotti e farmaci, anche grazie alla tranquillità conquistata nel tempo nell'uso la strumentazione tecnica in dotazione data al termine dei corsi di formazione biomedica, ai quali le levatrici sono obbligate a partecipare. I farmaci e gli integratori alimentari più prescritti e adoperati dalle levatrici maya sono i concentrati di vitamine, i farmaci antinfiammatori e antipiretici e l'ossitocina, il cui abuso, come abbiamo precedentemente notato, può mettere a repentaglio la vita della gestante.

In città, ho incontrato levatrici tradizionali maya urbane e rurali, arabo-*tzotzil*, empiriche, levatrici tradizionali formate attraverso i corsi dalla *Secretaría de Salud* (SSA), levatrici domestiche o che operano solo in aree rurali, levatrici appartenenti all'OMIECH o quelle che possiamo definire levatrici *post-moderne* (Floyd, 2007), ossia donne (spesso di origine straniera), colte e istruite, mosse dalla volontà etica e politica di migliorare le condizioni della salute riproduttiva, soprattutto delle donne indigene, più vulnerabili.

Doña Mari Hernández è levatrice tradizionale e infermiera, formata dalla SSA, e lavora presso l'*Hogar Comunitario*; è di origine *tzotzil* e madre di due figli avuti a molta distanza l'uno dall'altro. Ha 40 anni circa e da 18 assiste parti. Si avvicina all'*Hogar Comunitario* come usuaria a seguito di una gravidanza non pianificata avuta fuori dal matrimonio; Mari vive in modo traumatico l'assenza di sostegno familiare e del compagno durante la gravidanza e viene costretta ad allontanarsi dalla famiglia di origine, che le nega l'aiuto di cui aveva bisogno, e così giunge presso la casa del parto. Ha studiato come infermiera, oltre a essersi formata come levatrice tradizionale, ma non ama definirsi né in un modo né nell'altro. Ritiene parziale l'essere considerata esclusivamente levatrice maya o infermiera perché lei stessa nella pratica di cura dichiara di adoperare mutualmente entrambi i saperi, nonostante prediliga la farmacopea erboristica e le tecniche di cura tradizionali maya. La sua formazione come levatrice tradizionale è stata acquisita grazie a un corso di formazione tenutosi in un ospedale della città e dall'aver fatto assistenza alla madre, levatrice tradizionale anch'essa, durante diverse gravidanze, quando era più giovane e viveva nella sua comunità di origine.

Doña Ana è una giovane mamma di circa 37 anni, e ha due figlie: una di cinque e una di due anni, è messicana non indigena originaria di Tijuana. È levatrice presso il Luna Maya, una casa del parto umanizzato molto conosciuta e frequentata a San Cristóbal. Si è formata al Luna Maya seguendo l'attività di una levatrice messicana più anziana, fondatrice del centro, che coordina i corsi di

partería tradizionale anche a Città del Messico. Ha una formazione in materia di *partería* tradizionale maya, ma anche di medicina olistica: somministra fiori di Bach e usa l'omeopatia, oltre a conoscere la tradizione erboristica locale. Ha assistito a circa 30 parti e si definisce ancora in formazione. Svolge una parte del suo lavoro di levatrice tradizionale con alcune famiglie *tzeltal* urbanizzate, che vivono nelle periferie di San Cristóbal. Ana è laureata in filosofia, si è avvicinata alla *partería* per vocazione dopo aver lei stessa partorito la sua prima figlia, è molto informata e attenta al dibattito pubblico che si è generato attorno a questo tema in Messico e nel mondo negli ultimi decenni.

Doña Micaela Ico Bautista è levatrice tradizionale e di origine *tzotzil*, ha circa 45 anni, quattro figli, ed è vedova da 19 anni; mi spiega che un giorno, mentre si recava a una riunione di medici indigeni, trovarono suo marito morto sugli argini di un fiume. Micaela mi spiega che secondo lei si è suicidato. Il suo figlio più giovane ha 17 anni, il più grande 24, due vivono ancora in casa e due lavorano fuori città. Micaela ha frequentato alcuni corsi di formazione biomedica per levatrici, anche se non mi sa dire quali e mi spiega che lavora grazie a ciò che ha imparato in tanti anni di pratica empirica sul campo, seguendo una zia levatrice tradizionale durante molti parti; è diventata *partera* attraverso una formazione che ha ricevuto "in sogno". Micaela è analfabeta. Ha un ruolo attivo nella gestione, manutenzione e custodia del museo di medicina maya a San Cristóbal e ha co-fondato l'OMIECH¹²², dove coordina l'area di *Mujeres y parteras tradicionales*. È una donna minuta e scaltra, abituata a interagire con stranieri, veste in abiti tradizionali (a differenza di Doña Mari e Doña Ana) e vive con la famiglia in una comunità indigena limitrofa a San Cristóbal nonostante quasi ogni giorno si rechi al museo cittadino; parlando, mi confessa che non le piace a città. Micaela usa esclusivamente tecniche di cura tradizionali e si rifiuta di somministrare farmaci chimici alle gestanti.

Doña Caruca è messicana e chiapaneca, levatrice tradizionale e *doula*¹²³, ha circa 50 anni ed è mamma di due figlie adolescenti. Per vent'anni ha svolto la professione di *doula* a Tuxtla Gutiérrez,

¹²² OMIECH, *Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*. Sul sito di OMIECH si legge chiaramente qual è lo scopo dell'organizzazione e il suo movente: "Los médicos indígenas de Chiapas y las comunidades vemos que nuestra situación de salud es cada vez peor. Hemos encontrado que, para dar solución a este gran problema, las mejores herramientas que tenemos son nuestras propias plantas y nuestros propios conocimientos. Nos hemos dado cuenta que para dar fuerza a nuestra medicina es necesario que estemos bien organizados y que nos unamos para compartir nuestros conocimientos. Es por eso que hemos formado La Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas". Si veda, inoltre, il seguente: link: <http://medicinamaya.com.mx/>.

¹²³ Caruca mi spiega che la *doula* assiste la gestante nel parto dandole consigli, incoraggiandola, massaggiandola e aiutandola a dosare il respiro, ma non può essere da sola nei parti, deve essere sempre accompagnata dalla levatrice che ha più competenze e abilità nel monitorare l'andamento dei parti (note di campo, ottobre, 2018).

affiancando le levatrici, e da poco si è formata come levatrice tradizionale tramite un corso di formazione svolto in ospedale. Come levatrice tradizionale segue il suo primo parto interamente da sola nel periodo in cui io mi trovo a San Cristóbal, tuttavia Caruca è molto preparata e ama la sua professione. Proprio lei era presente assieme a Mari, la levatrice, durante la prima nascita alla quale ho assistito presso l'*Hogar Comunitario*. Caruca ha una formazione composita e unisce alla *partería* maya alcuni saperi medici olistici, usa i fiori di Bach, prepara composti di erbe artigianali e olii essenziali, conosce alcune tecniche yogiche di respirazione per avvicinare le donne al parto, è abile nella *sobada*¹²⁴, che utilizza prima del parto e appena dopo l'espulsione del neonato, per facilitare l'indurimento dell'utero della madre e aiutare l'espulsione della placenta.

Doña Teodora ha circa 60 anni. È levatrice tradizionale presso l'*Hospital de las Culturas*, ma vive in una comunità indigena isolata dove svolge la sua attività di levatrice unita alle visite in ospedale. Ha una formazione tradizionale maya appresa, attraverso la pratica, da due zie levatrici e ha ricevuto una trasmissione onirica delle conoscenze relative alla *partería*. Ha seguito svariati corsi di formazione, ma asserisce di non ricordare dove. Usa tecniche tradizionali ed erboristiche di *partería*, e preferisce non usare medicine e farmaci chimici. È analfabeta. Quando incontro Teodora in ospedale mi spiega in maniera molto sintetica in che modo lei assiste ai parti seguendo la tradizione maya più classica e pare che, com'era stato nel caso delle interviste fatte alla levatrice Micaela, si mostri reticente nel rispondere alle mie domande sulla *partería*, facendomi sentire inopportuna e invadente. Micaela e Teodora sono le levatrici tradizionali che seguono più pedissequamente i dettami maya classici sull'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio.

Doña Akane è levatrice presso la casa del parto Luna Maya, ha 30 anni e quando ci incontriamo è incinta del suo secondo figlio, che partorirà a breve. Akane, originaria degli Stati Uniti, vive in Chiapas ormai da qualche anno. Mi spiega che si è avvicinata alla *partería* da un punto di vista più politico: dopo aver svolto un servizio civile in Guatemala si è spostata in Chiapas per appoggiare il movimento politico zapatista e il percorso di autonomia sanitaria che stavano portando avanti anche le levatrici fedeli al movimento. A 25 anni ha avuto il suo primo figlio e, da quel momento, decide pian piano di formarsi lei stessa come levatrice tradizionale, proseguendo un percorso di formazione che aveva già iniziato quando viveva negli Stati Uniti. Utilizza tecniche di *partería* tradizionali unendole a conoscenze di medicina olistica e scientifica. È convinta che le levatrici

¹²⁴ Tecnica di *partería* che consta della manipolazione del corpo femminile durante la gravidanza, parto e puerperio, che approfondiremo più avanti nella trattazione.

tradizionali possedano un dono e mi spiega che secondo lei la biomedicina non dovrebbe sovrapporre troppe conoscenze scientifiche all'evento della nascita, il cui corso naturale deve solo essere scrupolosamente monitorato, ma non alterato da azioni terapeutiche invasive.

Doña Imam è una levatrice tradizionale giovane, di circa 30 anni, è sposata e ha due figli. Svolge la sua attività in ospedale e a casa delle donne che la contattano privatamente. Ha appreso molte tecniche di *partería* maya assistendo una parente della madre, anch'essa levatrice tradizionale *tzotzil*, ma ha anche ricevuto una formazione da parte della zia materna in Siria. Si considera in parte *tzotzil* ma è orgogliosa delle sue radici siriane (nello specifico è originaria di Latakia). Imam assembla tecniche e saperi relativi alla *partería* maya con quelle della tradizione medica arabo-musulmana. Assiste ai parti sia di gestanti di tradizione araba che di donne indigene o *mestizas*; quando la conosco mi pare una donna consapevole di possedere delle conoscenze di *partería* inedite nell'area, viaggia spesso per lavoro ed è molto conosciuta nonostante la giovane età, sia in città che fuori da San Cristóbal.

Imam merita di ricevere un'attenzione particolare perché si è impadronita di un sistema di conoscenze peculiare, molto sincretico, che conferma le argomentazioni esposte in precedenza relative alla natura creola della *partería* a San Cristóbal.

Imam, durante l'intervista, esordisce spiegandomi nel dettaglio le origini storiche della comunità musulmana in Chiapas e in particolare a San Cristóbal, dove mi informa che sono già state costruite tre moschee che ospitano i credenti musulmani in preghiera. Dice di sentirsi parte del sufismo, "un movimento religioso islamico più tradizionale che vuole riprendere la vicinanza dell'uomo con la natura però anche promuovere un processo di emancipazione dell'essere umano". Durante l'intervista, la sua attenzione per l'emancipazione, che definisce nei termini di *empoderamiento*, è una costante: "l'emancipazione della donna e della coppia è molto importante nella mia pratica di cura come levatrice tradizionale"¹²⁵, mi spiega.

Imam dichiara di essere "una donna che ha fatto del suo dono e della sua emancipazione uno strumento di aiuto per altre donne e famiglie della comunità."¹²⁶ Non si definisce una *partera* che vuole o sente la necessità di aderire a una tradizione specifica, ma crede che invece sia necessario prendere elementi della tradizione maya per modificarli, cambiarli, arricchirli.

¹²⁵ "El empoderamiento de la mujer y de la pareja es muy importante en mi practica como partera",

¹²⁶ Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2018.

Considera la *partería* un dono, come mi avevano dichiarato anche da Micaela e Teodora, le levatrici che si sentivano più vicine alla tradizione maya, e da Akane. Quando interpellata sulla sua opinione sulle levatrici tradizionali maya, Imam mi spiega che “la *partería* è come un potere, una magia” e “sono le donne della famiglia che trasmettono e tramandano le conoscenze sulla *partería*”¹²⁷, nello stesso modo previsto anche dalla tradizione maya.

Imam, esperta di erboristeria locale, prepara personalmente i composti di erbe che usa e prescrive alle sue pazienti, non usa alcool nella preparazione degli olii e degli unguenti, in quanto proibito dalla tradizione araba, e considera i suoi preparati a base di erbe e fiori ingredienti fondamentali per facilitare il parto. Prescrive alla gestante regole specifiche riguardo gli alimenti da assumere e quelli da evitare, sempre rispettando i precetti della religione musulmana. Imam spiega che la religione musulmana è per lei estremamente importante quando assiste le varie fasi della gravidanza, del parto e del post-parto.

Propone una pratica medica olistica complessa, che riprende diversi elementi della tradizione araba, maya e *new age*, mescolandoli e dando forma a un approccio inedito di assistenza e cura della gestante non solo verso la donna, ma anche la coppia.

Invita le sue “pazienti” ai corsi di preparazione al parto dove è raccomandata la partecipazione del padre, impartisce alla coppia tecniche utili ad acuire la consapevolezza sul respiro, propone pratiche di meditazione, massaggi e tantra.

Oltre alle levatrici, nel corso della mia ricerca ho frequentato anche assiduamente la casa del parto *Hogar Comunitario Yachil Antzetik*, dove ho svolto la parte più intensa della ricerca sul campo. In quel periodo, al di là delle svariate interviste sottoposte alle gestanti e al personale dell’*Hogar*, ho accompagnato la levatrice Mari Hernández nell’assistenza di tre parti e ho conosciuto a fondo le donne, madri, *tzotzil* e *tzeltal* che frequentavano il centro prima e dopo avere dato alla luce i loro figli.

La levatrice dell’*Hogar Comunitario*, Mari, in virtù della sua doppia formazione (levatrice e infermiera) utilizza entrambi i saperi con agilità, proponendo un modello di assistenza alla gravidanza “misto”, in cui mescola conoscenze biomediche con tecniche tradizionali. Questa doppia formazione contribuisce a rendere Mari una levatrice conosciuta e apprezzata in città,

¹²⁷ “La *partería* è como un poder, una magia, son las mujeres de la familia que transmiten los conocimientos sobre la *partería*”. Note di campo, San Cristóbal, ottobre 2018.

soprattutto tra la popolazione *tzotzil* e *tzeltal*, è il fatto che essendo lei stessa indigena, può tener conto di una serie di tradizioni e abitudini locali, sia durante le visite preparto, che durante la gestazione e il puerperio. A differenza di altre levatrici straniere, che non conoscono la cosmologia medica *tzotzil* e *tzeltal*, e che quindi spesso non sono sensibili ad alcune diffuse e importanti usanze indigene locali relative al trattamento riservato al corpo della donna e alle sue parti intime, Mari è cresciuta in una comunità indigena limitrofa a San Cristóbal e ha ricevuto un'educazione conforme agli "*usos y costumbres*" locali. La sua appartenenza culturale indigena la rende abile a tradurre e a interpretare accuratamente molte delle problematiche vissute dalle gestanti indigene che le chiedono assistenza.

Inoltre, ho partecipato a svariati incontri presso il Luna Maya, un'altra casa del parto molto famosa in città per l'attività di *partería* offerta, gestita anche da levatrici straniere e costruita unendo elementi di medicina olistica a tecniche di cura tradizionali maya. Presso il Luna Maya le tecniche utilizzate sono molto differenti rispetto a quelle tradizionali indigene, nonostante il nome dato alla casa del parto sembri affermare il contrario. Ritengo che, all'interno del centro, si utilizzi solo strategicamente e "politicamente" il discorso sulla tradizione terapeutica della *partería* tradizionale maya, per differenziare nettamente le pratiche terapeutiche che al suo interno si adoperano dalle tecniche di assistenza al parto biomediche, che le levatrici del centro considerano essere invasive e poco attente ai bisogni reali delle gestanti e delle madri. Dalle interviste fatte a Akane e Ana emerge chiaramente che della tradizione maya non rimane molto, se non appunto il proposito di edificare un progetto di assistenza alla maternità differente da quello proposto dalla medicina scientifica moderna. Le levatrici del centro assicurano alle pazienti, durante l'arco della gravidanza, una serie di accertamenti, esami di laboratorio, controlli biomedici, abbinando il tutto a corsi di yoga, sedute sull'uso dei fiori di Bach e all'omeopatia. Questi "bricolage" inediti di elementi appartenenti a varie tradizioni mediche portati avanti presso il Luna Maya, sfidano l'idea che questa casa del parto sia un luogo familiare alla tradizione maya, così come mi era stato raccontato da altre levatrici indigene.

Anche solo leggendo queste poche righe delle biografie della levatrici che ho conosciuto durante il campo, si può cogliere ciò che abbiamo già accennato nel primo capitolo: la *partería* maya è un sapere la cui stessa funzionalità, in un contesto altamente meticcio come quello di San Cristóbal, dipende anche dalla capacità delle levatrici tradizionali di dialogare con altri saperi medici e di introdurre all'interno delle loro pratiche terapeutiche elementi innovativi, che si trovano solo

apparentemente in contrasto con la medicina tradizionale indigena messicana, da cui tutte traggono degli elementi fondativi.

A San Cristóbal, le levatrici combinano idee, pratiche, credenze idiosincratiche e contraddittorie, danno forma alle loro terapie come se fossero ricette di cucina, testando la potenziale efficacia di nuovi ingredienti sulla riuscita di un buon parto. La finalità pragmatica della *partería* torna a essere un leitmotiv della nostra analisi: non sempre è la coerenza dei principi teorici ed epistemologici a essere il movente degli assembramenti composti, bensì è la valutazione dell'efficacia pratica a essere tenuta in considerazione primariamente quando si decide quali elementi scegliere. La storia familiare e di vita di ciascuna levatrice, così come la loro formazione, influiscono sulla tradizione a cui si affiliavano e sul grado di coerenza etica che adoperano nella loro pratica terapeutica. Tra levatrici e gestanti è buona prassi condividere alcuni elementi culturali che facilitano la comprensione reciproca e l'affiatamento durante i momenti difficili della gravidanza, del parto e del puerperio; questo spiega come, nonostante la diffusione di molte tradizioni terapeutiche di *partería*, le gestanti indigene preferiscano recarsi da levatrici della loro stessa origine, poiché le reputano in grado di farsi buone interpreti di un'idea di cura e di assistenza che non sia lesiva delle tradizioni locali.

Sono però sempre di più le donne straniere e messicane non indigene che cercano un modello di assistenza alla gravidanza e al parto meno invasivo e più rispettoso delle proprie esigenze in quanto gestanti; grazie a questa richiesta crescente e in virtù anche degli insuccessi e delle pecche dell'assistenza biomedica alla gravidanza, si stanno diffondendo molti approcci medici "alternativi" che hanno in comune con la *partería* tradizionale maya proprio il fatto di porsi controcorrente rispetto all'avanzata imperante della medicina occidentale moderna, che medicalizza eccessivamente la gestazione, quando invece sarebbe bene tenere a mente che non può essere trattata alla stregua di una patologia.

4.3 Coerenza e stabilità di alcune pratiche terapeutiche

Oltre alle differenze tra una levatrice e l'altra, e tra una cultura medica del parto e l'altra, sono stati individuati elementi, credenze e pratiche stabili che alcuni autori fanno risalire alla *partería* maya antica, sulle cui basi sono poi state articolate nel tempo ibridazioni e alterazioni.

Lupo, nel suo saggio *Dalle sette caverne alla sala parto* (2018), ci propone una genealogia delle concezioni, delle rappresentazioni e delle pratiche elaborate intorno all'utero e alle sue funzioni riproduttive, partendo dal passato preispanico fino alle conferme etnografiche che rintraccia presso i *nahua* della Sierra di Puebla. Ciò che ci sembra interessante è che, oltre al percorso storico tracciato dall'autore, molti elementi e pratiche chiave che enuclea nell'analisi sono presenti anche all'interno dei saperi di *partería* maya utilizzati delle levatrici tradizionali di San Cristóbal.

L'ibridismo costitutivo della *partería*, che abbiamo delineato attraverso i profili delle levatrici intervistate a San Cristóbal e di alcune delle loro pratiche di cura, ci porta a porre attenzione sia sui prestiti culturali che la caratterizzano, che sugli elementi simbolici e pratici costanti, ricorrenti storicamente e necessari a fornire una certa dose di coerenza e logica interna a questa branca della medicina tradizionale ancora molto diffusa in Messico.

Da un lato, la *partería* a Los Altos sembra comporsi di frammenti di idee e pratiche terapeutiche tratte da fonti diverse tra loro, originarie di contesti situati a una grande distanza temporale, geografica e culturale l'uno dall'altro: si pensi al passato precolombiano da cui vengono attinti alcuni elementi chiave della *partería* più tradizionale, alla tradizione arabo-*tzotzil* che ricava alcuni elementi dalla medicina araba in Siria, o ancora alle pratiche postmoderne, composte da molteplici elementi di medicina olistica e biomedicina, diffuse prevalentemente in Occidente.

Come si vedrà in seguito, è innegabile che l'introduzione massiccia della medicina scientifica in Messico ha affievolito il ruolo dei terapeuti tradizionali tra cui *yierberos*, *hueseros*, *curanderos* e *pulsadores*¹²⁸, e anche la *partería* maya è stata debilitata in seguito alle ingerenze biomediche, anche se in maniera minore rispetto ad altre discipline terapeutiche. Una conferma della comunque relativa diffusione della *partera* mi viene fornita dal dottor Edoardo Sanchez Pérez, ginecologo presso l'*Hospital de las Mujeres* che, durante un'intervista, asserisce: "quasi tutte le donne indigene che si presentano in ospedale in stato di gravidanza o già prossime al parto, vorrebbero essere assistite da una partera o sono già state assistite da una partera prima dell'arrivo in ospedale che avviene a causa di complicazioni o altri motivi"¹²⁹.

¹²⁸ Rispettivamente terapeuti specialisti in: erbolaria locale, problemi alle ossa o al sistema scheletrico, terapeuti generici, terapeuti che curano leggendo le pulsazioni del corpo.

¹²⁹ Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, settembre 2018.

Questo capitolo mira a restringere progressivamente il campo e concentrare l'attenzione sulle levatrici tradizionali maya che lavorano nelle aree urbane e rurali conosciute a San Cristóbal, per enucleare alcune delle loro pratiche e credenze più ricorrenti, solide e diffuse.

La presenza massiccia di levatrici maya a San Cristóbal e l'esistenza di elementi comuni tra la diversità delle loro usanze, ci ha spinto a rintracciare i diversi ordini di coerenza interni alle loro conoscenze e pratiche terapeutiche. È la stabilità della struttura della *partería* maya, imperniata attorno a specifici nodi semantici, credenze e pratiche terapeutiche, alcune delle quali ancestrali, che motiva la sua longeva sopravvivenza, tale da renderla ancora oggi una valida alternativa alle cure biomediche per le gestanti indigene (e, sempre di più, anche per le *mestizas*), nonostante le migrazioni e la frammentazione delle relazioni familiari e comunitarie tra gli indigeni dell'altipiano abbiano messo alla prova l'attività terapeutica svolta dai guaritori tradizionali.

Attorno alle levatrici tradizionali maya e alle loro pratiche terapeutiche si strutturano, si rinnovano e si riaffermano valori e credenze, mentre si rafforzano anche le relazioni umane e sociali, articolate prevalentemente tra i soggetti femminili della comunità indigena, incentrate sull'esperienza della gravidanza e sul valore dato alla donna nella procreazione. La levatrice non è solo colei che fornisce alla gestante un'assistenza tecnica specialistica, ma è anche

una "specialista rituale", capace di fornire alla donna gli strumenti concettuali per comprendere l'evento sempre traumatico della nascita (Quattrocchi, 2011, p. 104).

Come nota Augè, il momento della nascita è uno di quegli eventi che, come la malattia e la morte, può essere considerato "elementare" e che, in quanto tale, dall'essere un mero avvenimento biologico e individuale diventa oggetto di immediata interpretazione sociale e di un particolare trattamento simbolico (Augè, 1986).

In quanto specialista rituale, la levatrice sostiene la gestante in una ricerca di senso orientata culturalmente, per non smarrirsi durante le complesse trasformazioni corporee, psichiche e relazionali vissute durante la gravidanza. Alcune levatrici tradizionali, e soprattutto quelle che lavoravano nell'*Hogar Comunitario*, svolgono il ruolo fondamentale di sostegno psicologico per le gestanti abbandonate dalle famiglie di origine e/o dai propri compagni. Quando nella trattazione parleremo nello specifico dell'*Hogar*, si noterà che Mari, la levatrice tradizionale, svolgerà varie

funzioni fondamentali oltre a quelle più “tecniche”: ascolterà sfoghi emotivi e pianti, consolerà la donna e la spronerà a non arrendersi, medierà con la famiglia e con il compagno in caso di problemi, violenze e pressioni psicologiche, aiuterà la donna a ricostruirsi una vita dopo il parto, le fornirà consigli su come procedere nell’educazione del figlio o dei figli a suo carico. Nell’*Hogar* la levatrice è un punto di riferimento, una consigliera, una confidente fidata su cui possono contare le donne che durante la maternità vengono abbandonate dai loro principali punti di riferimento.

I compiti della levatrice sono svariati e non si limitano mai solo a quello di specialista tecnica; la violenza sessuale diffusa, le relazioni di genere asimmetriche, le gravidanze precoci, l’adulterio, sono solo alcuni dei fattori che incidono sul modo in cui la donna indigena diventa madre e vive la sua gravidanza e maternità a Los Altos, e spesso è proprio la levatrice tradizionale colei che è in grado di capire alcune di queste problematiche, profondamente radicate nel territorio, e che aiuta la gestante a trovare ad esse una soluzione.

La *partería* tradizionale è un insieme di pratiche terapeutiche connesse a una specifica cosmologia medica, ma è anche, e forse prima di tutto, un insieme di atti di cura culturalmente orientati, dedicati alla gestante, che costruiscono e ristrutturano un senso psichico e fisico nel periodo della gravidanza, in cui è facile perderlo.

Le donne che, più di altre, hanno reso possibile questa etnografia, oltre a essere gravide erano migranti, abbandonate dalla famiglia di origine e senza compagno, e per loro il legame che si instaurava con la *partera* era necessario a ricostruire un senso culturale e individuale che era stato perso. La cura impartita dalla *partera*, in quei casi, era una presa in carico umana della gestante indigena, complice e vittima di situazioni violente e problematiche che avevano generato traumi e crisi individuali e familiari.

La *partería* costruisce un senso specifico sui fenomeni e processi naturali che hanno luogo durante il parto, come può essere la produzione del latte, l’espulsione della placenta, la rimozione del cordone ombelicale, la scomposizione degli organi interni nello spazio dell’addome, ma elabora dei discorsi di senso anche attorno a fenomeni e reazioni psicologiche come il dolore, la forza e la paura. Costruendo una trama tra forze e ruoli sociali, processi psicologici e fisiologici, le levatrici tradizionali manipolano simboli, prescrivono terapie, danno consigli, aiutano la donna ad accettare, comprendere e vivere il processo della gravidanza, del parto e del postparto che, per molte delle donne che ho conosciuto, è stata un’esperienza molto sofferta a livello psicologico.

Ciò che ci si propone di sintetizzare in queste pagine, sono alcune delle pratiche che, nelle interviste, sono state definite dalle levatrici tradizionali come “pratiche di cura stabili che non cambiano e che non si sono modificate”¹³⁰ nella *partería* maya, così da capire qual è il ruolo e quali sono i compiti della *partera* tradizionale maya¹³¹.

Grazie ad una delle prime interviste con Mercedes, sono riuscita a delineare i contorni del quadro, annotando quei servizi che comunemente la gestante si aspetta vengano svolti dalla *partera* tradizionale maya quando decide di rivolgersi a lei e non a una/un ginecologa/o di formazione biomedica. Mercedes è una donna *tzotzil* di 37 anni, madre di 4 figli: due sono ancora molto piccoli, uno è in fase preadolescenziale, e una bambina è deceduta in tenera età a causa di un’infezione gastroenterica acuta mal curata. Lei stessa, durante un’intervista precedente, si era dimostrata critica nei confronti di alcune levatrici tradizionali che le erano parse rudi, aggressive e arrivate; eppure, nonostante ciò, Mercedes sceglie per le tre prime gravidanze un’assistenza tradizionale secondo la cultura maya, mentre per l’ultimo figlio, che al tempo dell’intervista aveva circa un anno e mezzo, ha dovuto optare per il parto in ospedale perché durante le doglie il bambino era in posizione podalica e la sua *partera* non era in grado di assicurarne la nascita. Riconosce che ci sono molte donne giovani che al giorno d’oggi decidono di partorire in ospedale; lei invece sceglie la *partería* perché, mi spiega,

bisogna fare le cose secondo la tradizione della propria famiglia. La levatrice spesso ti conosce già, ha già aiutato la mamma, o è una parente, è qualcuno di cui ci si fida (...). Noi indigeni ci curiamo preferibilmente con le erbe e quando dobbiamo partorire chiamiamo la *partera*¹²⁰, è meglio quando una persona si ammala o quando una donna soffre i dolori della gravidanza che si rivolga a una levatrice tradizionale, ci fidiamo di più di loro, non ci fidiamo molto dei medici. La levatrice che mi ha seguito nelle prime tre gravidanze è una mia vicina di casa ed era l’amica di mia mamma, la consideravo parte della famiglia. Poi il mio ultimo figlio, quello che vedi laggiù, l’ho partorito in ospedale, ma non mi è piaciuto,

¹³⁰ “Prácticas de cura estables, que no cambian, que no mudan”. Intervista alla levatrice tradizionale Mari, note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

¹³¹ Ricordiamo però che, oltre alle differenze esistenti e già riportate, tra le diverse tradizioni di *partería* presenti a San Cristóbal, dobbiamo riconoscere un grado di variabilità *interno* alla tradizione maya, che dipende dalle predilezioni personali, dalle attitudini, dal carattere e dall’età di ciascuna levatrice. È quindi importante tenere a mente che, come in tutte le tradizioni culturali, oltre alle coerenze ideologiche e simboliche del modello sono sempre presenti variazioni sul tema.

non mi sono sentita bene in ospedale. Mi sono sentita molto meglio quando la mia *partera* mi ha aiutato nei miei tre parti¹³².

Quando le chiedo maggiori dettagli sull'assistenza data dalla *partera*, Mercedes mi risponde:

Loro fanno dei conti sul calendario per capire quando ci si avvicina il termine della gravidanza; quando ho iniziato ad avere i dolori nel mio primo parto, ho chiamato la levatrice che di solito si prepara quando si è vicini al termine. La levatrice arriva con una valigia dove ha dentro tutte le cose necessarie e ti assiste durante il parto, lava il bambino dopo il parto e a me ha cucinato un *caldito de pollo*¹³³, mi ha lavato le lenzuola, ha rassettato la casa e poi se n'è andata. La levatrice tradizionale quando finisce il suo lavoro torna a casa (...) e dopo il parto ti chiede il pagamento di una quota che era stata prestabilita tempo prima; cambia il prezzo se si dà alla luce un maschio o una femmina, i maschi son più cari (...). La levatrice tradizionale massaggia, ti fa la *sobada*¹²³, ti assiste pregando e accendendo candele, ti mette un panno caldo sulla pancia o sulla schiena quando senti dolore, ti prepara da mangiare le cose giuste che ti fanno venire il latte, lava il bambino dopo il parto con le erbe e lava anche la mamma. È molto piacevole quando dopo il parto ti fanno un bagno caldo con le erbe. In ospedale non lavano il bambino e non ti danno da mangiare, *te dejan con hambre*¹³⁴. Le levatrici tradizionali fanno ancora queste cose (...). Ma ci sono levatrici tradizionali vendute, che si fanno

¹³² "Debemos hacer las cosas de acuerdo con la tradición de nuestra propia familia. La partera ya te conoce, ya ha ayudado a tu madre, o es pariente, es alguien de confianza. (...) Nosotros preferimos tratarnos con hierbas y cuando tenemos que dar a luz llamamos a la partera, es mejor cuando una persona se enferma o cuando una mujer sufre los dolores del embarazo que recurre a una partera tradicional, confiamos más en ellas. No confiamos mucho en los médicos. La partera que me siguió en los primeros tres embarazos es una vecina mía y era amiga de mi madre, la consideraba parte de la familia. Luego, mi último hijo, el que ves allí, lo di a luz en el hospital, pero no me caía bien, no me sentía bien en el hospital. Me sentí mucho mejor cuando mi partera me ayudó en mis tres partes ". Note di campo, dicembre 2018.

¹³³ Brodo di gallina.

¹³⁴ "*Te dejan con hambre*", ossia "ti lasciano affamata", è un'espressione che spesso viene utilizzata dalle donne indigene che partoriscono in ospedale, le quali identificano l'assistenza terapeutica ospedaliera insoddisfacente con il fatto di essere rimaste a lungo senza cibo; da notare che, nel puerperio, vengono somministrati alla donna specifici alimenti perché utili a stimolare la produzione di latte.

pagare troppo e che ti trattano male, comunque nonostante questi problemi noi dalle levatrici tradizionali andiamo ugualmente¹³⁵.

¹³⁵ "Calculan el calendario para comprender cuándo se acercan al final de su embarazo; cuando comencé a tener dolores en mi primer nacimiento, llamé a la partera, que generalmente se prepara cuando estás cerca de la fecha final. La partera llega con una maleta donde tiene todas las cosas necesarias y te ayuda durante todo el parto, limpia al bebé después de dar a luz, me preparó un caldo de pollo, limpió las sábanas, ordenó la casa y luego si ella se ha ido. La partera tradicional, cuando termina su trabajo, se va, se va a su casa (...) y después del parto le pide que pague una tarifa que se había establecido antes; cambia el precio si da a luz a un niño o una niña, los hombres son más caros. (...) Las parteras te hacen masajes tradicionales, la sobada, te ayudan a rezar y encender velas, te ponen un paño tibio en el estómago o la espalda cuando sientes dolor, te preparan para comer las cosas correctas que te salga la leche, limpian al bebé después de dar a luz con las hierbas y también la madre. Es muy agradable cuando te dan un baño tibio con hierbas después de dar a luz. En el hospital no lavan al bebé y no te dan de comer, te dejan con hambre. Las parteras tradicionales todavía hacen estas cosas. (...) Pero hay parteras tradicionales vendidas, que piden demasiado dinero y que te tratan mal, sin embargo, a pesar de estos problemas, preferimos las parteras tradicionales de todos modos ". Note di campo, San Cristóbal, febbraio 2018
2018 Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2018.

Unendo i vari altri elementi desunti o annotati da altre interviste, possiamo descrivere alcune delle pratiche terapeutiche più diffuse a seconda del momento in cui si trova la gestante, che sia nei primi mesi della gravidanza, durante l'ultimo mese, nel parto o nelle ore dopo il parto, anche se alcune pratiche sono costanti in tutte le fasi della gestazione¹³⁶.

Il rapporto con la levatrice tradizionale inizia generalmente i primi mesi di gravidanza, quando la donna si accorge di avere un ritardo nel ciclo mestruale; la levatrice confermerà o meno l'effettivo stato di gravidanza durante una prima visita in cui verrà massaggiato il ventre per verificare la presenza del feto. È durante questo primo incontro che la *partera* raccoglierà alcune informazioni sulla vita della gestante, sulle sue abitudini sessuali, sul rapporto con la famiglia e il padre del nascituro. È sempre Mercedes a spiegarmi che le prime visite sono i momenti in cui iniziano a spiegare alla gestante alcune cose che dovrà fare: “non svolgere lavori pensanti, *avere cura di sé stessa*¹³⁷, assumere vitamine, mangiare bene, bere molto”¹³⁸.

È sempre durante le prime visite che la levatrice spiega alla donna anche alcuni fattori di rischio, quali febbre, perdite ematiche o di altro tipo; qualora la gestante dovesse avvertire anche solo uno di questi disturbi, dovrà rivolgersi alla *partera* o recarsi direttamente in ospedale. Come vedremo, è durante i corsi di formazione biomedica che le levatrici devono imparare a memoria i fattori di rischio di decesso in gravidanza e molte levatrici tradizionali ormai hanno incorporato queste pratiche.

Quando arrivano le prime doglie e ci si avvicina al termine della gravidanza, la *partera* prepara la sua valigia (*maletín*) con all'interno tutta la strumentazione necessaria, generalmente: una forbice, garze, pezze di stoffa pulite, una bilancia portatile per il bebè, uno stetoscopio. Tuttavia, durante le interviste, ho potuto dedurre che gli strumenti a disposizione delle levatrici non sono sempre gli stessi. Durante il travaglio la partoriente viene spesso lasciata da sola perché si ritiene sia in grado di gestire le sue prime fasi in autonomia; nel frattempo la levatrice prepara il luogo dove avverrà il parto (generalmente a casa della donna), sterilizza la forbice che userà per tagliare il cordone ombelicale, scalda dell'acqua e con molta discrezione e attenzione monitora da lontano l'andamento del travaglio. La levatrice tradizionale ipotizza quanto tarderà il parto, generalmente senza aver bisogno di tastare direttamente le parti intime femminili e, se capisce che la donna tarderà ancora molto tempo, può decidere di tornare a casa per qualche ora a riposare e attendere.

In caso contrario, aspetterà a casa della partoriente, intrattenendosi con le altre persone presenti, cucinando per la donna, o svolgendo altre attività funzionali al buon andamento del parto.

Molte donne mi spiegano che, per tradizione, la *partera tzotzil* e *tzeltal* non tocca le parti intime femminili e non le guarda mai direttamente (si dice sia meglio utilizzare uno specchio per evitare lo sguardo diretto), anche se ipotizzo che ciò stia cambiando e dipenda dalle scelte di ciascuna *partera*. Mari, la levatrice dell'*Hogar Comunitario*, usa il tatto per controllare l'avanzamento della dilatazione vaginale.

Con l'avvicinarsi del parto, si ritiene fondamentale che la levatrice tradizionale ponga dei panni caldi sulla pancia della gestante o sulla schiena, perché si crede che il calore faciliti il parto. Il calore nella medicina maya è anche simbolicamente legato alla vita mentre se il corpo della donna si raffredda o viene lasciato in un luogo freddo troppo a lungo (come le sale degli ospedali "fredde", a detta di molte intervistate) e non viene scaldato accuratamente dalla levatrice tradizionale, si crede che la donna possa perdere forze e vita, rischiando così di morire durante il parto. La credenza molto radicata che il caldo rappresenti vita e benessere, e il freddo malattia, morte e malessere, è parte della cosmogonia *tzotzil* e *tzeltal*, e influenza fortemente il modo in cui vengono somministrate e seguite alcune terapie per curare la maggior parte delle malattie, oltre a essere dei segnali per monitorare lo stato della gestante¹³⁹.

In base al caldo o al freddo corporeo vengono anche impartite le prescrizioni alimentari (cibi considerati caldi o freddi), a cui la partoriente dovrà attenersi durante la gravidanza. Il caldo ha anche una connessione diretta con il bagno di *temazcal*, una pratica maya antica (Lupo, 2018) che ha molti significati, tra cui quella di facilitare il processo del parto grazie all'intenso calore che si diffonde all'interno della grotta adibita a questo rituale terapeutico, dove viene versata acqua mista a olii su pietre roventi. La credenza che il *temazcal* faciliti il parto è tuttora diffusa, anche se

¹³⁶ Per approfondire la *sobada* si rimanda al testo di Patrizia Quattrocchi, *Corpo, riproduzione e salute tra le donne maya dello Yucatán (Messico)*, che indaga i saperi e le pratiche sulla gravidanza e il parto tra le donne della comunità indigena di Kaua, situata nella parte orientale dello Yucatán. La *sobada*, così come viene interpretata da Quattrocchi, è un massaggio profondo finalizzato a ricomporre il ventre femminile e riporre al loro posto gli organi del corpo della donna gravida, che durante la gestazione si erano spostati dalla loro sede e dovevano essere aiutati a tornare nella loro posizione originaria.

¹³⁷ "Cuidarse"; il concetto di "cuidarse" racchiude vari consigli che la levatrice fornisce, tuttavia pare che non vi sia una sostanziale alterazione delle abitudini della gestante che, nella maggior parte dei casi, continuerà con la vita che conduceva prima della gravidanza. Micaela, la *partera* dell'OMIECH, mi aveva precisato che lei considerava migliore per la salute della donna continuare a lavorare, per mantenere il corpo attivo e i muscoli forti prima del parto.

¹³⁸ "No hacer trabajos pesados, cuidarse, tomar vitaminas, comer bien, tomar mucha agua", note di campo San Cristóbal de Las casas, gennaio 2019.

¹³⁹ Si consiglia la lettura di *El mandato de los dioses* di Jaime Page Pliego, 2005.

sono poche le levatrici che oggi conservano quest'abitudine; tuttavia, in un'intervista con Carmen, lei ricorda i molti parti portati a termine dalla madre, tutti svolti nel *temazcal* senza l'aiuto della levatrice: "mia mamma partoriva da sola, senza nessuno, da sola e con coraggio, stava ore nel *temazcal* e non si sentiva nemmeno un grido; poi usciva con il bebè"¹⁴⁰. Il *temazcal* e la forza della madre di Carmen, richiamano una scena rituale antica che contrasta con la "debolezza" e la fragilità delle donne moderne che preferiscono partorire in ospedale, rischiando di perdere le loro buone abitudini rituali.

Durante il parto, la levatrice ne controlla visivamente l'andamento, esorta la partoriente a spingere e respirare, le chiede se sente la necessità di cambiare posizione, anche se la postura prediletta è quella in cui la donna è inginocchiata di fronte al compagno e lo abbraccia, cosicché lui possa sostenerla nel travaglio e nel parto. Durante il parto, la levatrice cerca costantemente la collaborazione della donna per farlo procedere al meglio e, in caso la donna lo voglia, è disposta a lasciare la sala. Come vedremo più avanti nel testo, il parto indigeno spesso si svolge alla presenza di alcuni spettatori: oltre alla *partera* e al padre del bambino, si aggiungono altri membri della famiglia, che possono ostacolare il lavoro della *partera* e mettere in soggezione o a disagio la donna. È in questi momenti collettivi del parto che spesso le donne della famiglia, assieme al padre del bambino, decidono -- in base alla loro posizione sociale -- cosa fare in caso di complicazioni ed emergenze.

Appena nasce il bebè, viene tagliato il cordone ombelicale, e poco dopo la levatrice tradizionale lava il neonato solo con acqua tiepida e preparati di erbe, poi successivamente lo veste. Dopo aver controllato che sia stata espulsa la placenta e che -- una volta espulsa -- sia intera, anche la donna viene lavata con acqua calda e un composto di erbe, e viene riassetato il luogo dove è avvenuto il parto.

A seconda della volontà della levatrice tradizionale o della madre, vengono svolte le procedure di rito con il cordone ombelicale e la placenta.

¹⁴⁰ "Solita paria mi mamá, sin nadie, sola y fuerte en su temazcal, estaba oras adentro, ni un grito, y salía con el bebé". Note di campo San Cristóbal de Las Casas, gennaio 2019.

Importantissime e molto seguite sono le prescrizioni alimentari, soprattutto nelle ore dopo il parto: i cibi prediletti e universalmente consumati sono il *caldo de pollo de rancho*¹⁴¹ e un *licuado de avena*¹³¹ o un *atole de maíz*¹⁴², perché si crede aiutino la montata lattea.

Una diffusa credenza tra le donne *tzotzil* e *tzeltal* conosciute durante le interviste è che il corpo della donna in gravidanza viva una situazione di *scomposizione* anomala, perché il ventre dilatandosi per fare spazio al bambino, provoca lo spostamento degli organi interni; questa è una delle motivazioni che spinge molte donne a scegliere di essere assistite in gravidanza dalla levatrice tradizionale, perché è colei che possiede il dono di *sobar*, manipolare, ri-accomodare (Quattrocchi, 2011) gli organi interni della gestante che hanno cambiato posizione. La *sobada* è una pratica diffusa e irrinunciabile per le gestanti che ho conosciuto, è una tecnica di manipolazione corporea che solo le levatrici più competenti effettuano e attraverso cui viene “sistemato” non solo il ventre della donna gravida, ma anche la postura del bambino, soprattutto avvicinandosi al mese in cui dovrebbe avvenire il parto. Tutte le donne indigene si fanno manipolare varie volte il ventre dalla levatrice tradizionale durante la gestazione, anche con l’ausilio di un tessuto, il *rebozo*, che aiuta la *partera* ad agire sul corpo della donna, massaggiandolo profondamente.

È durante la *sobada* che la levatrice ha l’abitudine di dare tutte le indicazioni di cui la gestante ha bisogno, fino a spiegare, durante le ultime settimane, come avverrà il parto e come si dovrà comportare. Il momento della *sobada* è prezioso e intimo, durante il quale si instaura un rapporto vicinanza e fiducia tra la gestante e la levatrice, fondamentale per il buon esito del parto.

Una credenza molto diffusa si sviluppa, appunto, attorno alla placenta; il fatto che vengano o meno seguite determinate prescrizioni rituali influisce sulla scelta, da parte della gestante, di essere seguita da una levatrice piuttosto che un’altra, come avviene per la *sobada*. La credenza più diffusa è che la placenta debba essere accuratamente seppellita in uno spazio apposito, a seconda se contiene una bambina o un bambino: “Bisogna seppellire la placenta sotto terra in cucina se il bebè è una bambina, così che cresca sapendo fare bene le *tortilla*, mentre bisogna metterla fuori dalla casa se il bebè è un maschietto, così avrà fortuna negli affari”¹⁴³, mi spiega Martha.

¹⁴¹ Brodo di gallina di campo.

¹³¹ Centrifugato di avena.

¹⁴² Farina di mais e zucchero.

¹⁴³ “Hay que ponerla abajo de la tierra y si el bebé era una nena hay que enterrarla en la cocina así que la nena crezca sabiendo hacer bien las tortillas o si era un varoncito hay que ponerla afuera de la casa para que crezca un buen hombre para la siembra o para los negocios afuera de la casa”. Note di campo, San Cristobal de Las Casas, settembre 2018.

Candele colorate vengono accese in molti dei momenti in cui la levatrice tradizionale e la donna si incontrano e tutte le mie informatrici indigene mi confermano che questo rituale ha luogo durante molti momenti della gestazione, del travaglio e del parto con la funzione di esprimere una buona intenzione, di pregare, e sperare nel buon esito del parto¹⁴⁴.

Durante la gravidanza, generalmente, le gestanti che si fanno assistere dalle lavatrici tradizionali preferiscono che le somministrino composti di erbe medicinali per curare eventuali infezioni alle vie urinarie, bruciori e problemi di stomaco che si sono accentuati durante la gravidanza, e non si fidano delle medicine da banco vendute in farmacia, a eccezione delle vitamine, la cui assunzione è molto diffusa: “le medicine che ti vendono in farmacia ti curano un problema ma te ne causano un altro. Per questo motivo preferiamo curarci con le erbe. Soprattutto quando una donna è incinta è meglio che si curi con le erbe” mi spiega Carmen¹⁴⁵. Le levatrici Mari, Micaela, e Teodora hanno inoltre a disposizione un piccolo orto botanico che loro stesse curano e dal quale colgono le erbe utili a preparare i composti medicinali necessari da somministrare alla partoriente.

In tutte le interviste è stato rilevato che nella gravidanza le donne devono *cuidarse*, seguendo specifiche prescrizioni alimentari fornite loro dalle *parteras*, anche se molte ormai credono che si possa mangiare tutto ciò di cui una donna ha voglia; tuttavia, permane la credenza che vi sia una stretta relazione tra l'alimentazione della madre e le caratteristiche caratteriali e di salute che avrà il nascituro: “non bisogna mangiare molto piccante perché sennò il bambino nascerà agitato”¹⁴⁶, mi spiega Veronica in un'intervista.

Come abbiamo già accennato, le donne *tzotzil* e *tzeltal* non si fanno controllare nelle parti intime e durante le visite restano vestite, scoprendo solo il ventre, zona del corpo dove la levatrice tradizionale inizierà la *sobada*. Queste abitudini vengono generalmente mantenute anche durante il parto, momento in cui la gestante non si toglie mai completamente i vestiti ma in alcuni casi ne indossa di più comodi per non intralciare l'andamento del parto.

Veronica in un'intervista mi spiega:

¹⁴⁴ Le candele usate sono generalmente bianche, rosse e verdi e vengono solitamente accese recitando preghiere rivolte ai propri cari malati, sperando che si possa facilitare il processo di guarigione (il numero, la lunghezza e il colore delle candele sono relazionate al tipo di malattia). Nel parto, le candele accese fungono da buon auspicio contro le complicazioni e i rischi.

¹⁴⁵ “Los medicamentos que te venden en las farmacias te curan un problema, pero te descomponen todo el cuerpo. Por esta razón preferimos la cura con yerbas. Sobre todo, cuando una mujer está embarazada mejor que se cure con yerbitas.” Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

¹⁴⁶ “No hay que comer mucho picante porque si no el bebé sale agitado”. Ibidem.

la levatrice tradizionale deve *sobar*¹⁴⁷, deve usare i panni caldi, curare con candele e preghiere... così aiuta la donna a prendersi cura di sé quando è incinta, ti spiega che cosa è meglio mangiare e che cosa no. (...) Anche se io ho sempre mangiato tutto quello di cui avevo voglia! Se una levatrice tradizionale non ti propone tutti questi servizi non è una buona levatrice; a mia sorella le capitò che la levatrice non la aiutò a pulire la stanza e non le preparò nemmeno il cibo per i giorni successivi, (...) questa non fu una buona levatrice. E le chiese anche molto denaro! Non dovrebbero chiedere così tanti soldi...alcune però ora sono molto care, non dovrebbero chiederti più di 1000 pesos. Però si è vero che ti chiedono più soldi per i maschietti e meno se il bebè è una femminuccia. Così è la tradizione¹⁴⁸.

Moltissime altre credenze e pratiche, come abbiamo accennato, variano a seconda del carattere, dell'età, dell'esperienza, della formazione ricevuta e del numero dei corsi di formazione seguiti dalla levatrice. Le cure, però, variano anche in relazione allo status di primipara o meno della gestante, e allo stretto legame che la levatrice sente con gli *usos y costumbres* locali, che sia essa una levatrice stabilitasi a San Cristóbal da anni (e che ha quindi familiarità con il parto negli ospedali locali) o che operi solo in aree indigene rurali. Molte levatrici tradizionali, come Teodora e Micaela, nonostante abbiano frequentato i corsi di formazione presso la SSA, non integrano elementi nuovi alle loro pratiche di assistenza alla gestante, preferendo "un parto semplice com'è quello maya, che è un parto tradizionale, con candele, con la *sobada*, le erbe, i panni caldi ed è tutto!"¹⁴⁹ come mi spiega Teodora in modo risoluto.

La levatrice condensa simboli e rituali, elabora un linguaggio sul corpo sano e malato, propone tecniche di assistenza e guarigione, che collegano l'esperienza individuale della gravidanza e del parto alla cultura storica della comunità e alle sue tradizioni; la *sobada*, il *temazcal*, le candele, le

¹⁴⁷ Si preferisce mantenere il termine spagnolo *sobar* perché la traduzione italiana "massaggiare" ci pare inappropriata e parziale rispetto alla significazione complessa assunta dalla pratica della *sobada*.

¹⁴⁸ "La partera tradicional te tiene que sobar, poner trapitos calientes, te cura con velas y rezando...ayuda la mujer a cuidarse cuando está embarazada, te explica qué cosas tiene que comer y qué cosas no. (...) yo, ¡pero comí todo lo que me se antojaba! ...si una partera tradicional no te hace bien todos estos servicios no es una buena partera; a mi hermana le tocó que partera no la ayudó a limpiar el cuarto ni le cocinó comida para los días siguientes, (...) esta no fue una buena partera. ¡Y encima le cobró muchísimo dinero! Ellas no tienen que cobrar mucho...algunas parteras son muy caras ahora, no te tiene que cobrar más de 1000 pesos. Pero si te cobran más para los varones y menos si el bebé es una nena. Así es la costumbre". Veronica, Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, ottobre 2018.

¹⁴⁹ "Un parto sencillo como es el parto Maya, que es un parto tradicional, con velas, sobadas, yerbas, trapitos calientes, y ja esta". Teodora, Hospital de las culturas, San Cristóbal de Las Casas, settembre 2018.

preghiere, i panni caldi, il cibo, la placenta, sono elementi simbolici che, se trasfigurati, dialogano con cosmologie e credenze specifiche.

La levatrice si prende carico di sensazioni corporee, emozioni e aspettative sociali e soggettive all'interno di un ampio discorso collettivo in cui la donna occupa un ruolo fondamentale in quanto generatrice di vita. Nella *partería* si articolano le differenti esperienze soggettive della maternità indigena con l'obiettivo di dare alla donna certezze, pratiche e linguaggi stabili e condivisi, che le restituiscano un senso corporeo, psichico e relazionale unitario, cosa che in molti casi si perde nelle varie fasi della gravidanza, a fronte di un allontanamento forzato dalla famiglia o a causa del percorso di migrazione della gestante.

Attraverso questo dialogo tutto femminile sul corpo, sulle emozioni, sulla società e i suoi valori, sulla femminilità e sulla nuova vita che la gestante porta in grembo, sia la levatrice tradizionale che la gestante cercano di far fronte alle sfide che la modernità oggi pone alle giovani donne indigene gravide degli altipiani del Chiapas.

4.4 Postilla: *l'Hogar Comunitario* e il mio accesso privilegiato alla *partería*.

Indicazioni metodologiche: quando l'osservazione diventa partecipante

L'etnografo, usando la propria presenza, il proprio corpo, come strumento principale, è testimone di esperienza (osserva) e coautore di interazioni (partecipa). Così (...) egli può osservare la realtà che studia se non dall'interno in senso stretto, almeno il più vicino possibile a coloro che la vivono e in interazione permanente con loro.

(Leonardo Piasere, 2002, p. 160)

One path (...) is to write ethnographies that describe the sensual aspects of the field. Such a tack will make us more critically aware of our sensual biases and force us to write ethnographies that combine the

strengths of science with the rewards of the humanities.

(Stoller P., 1989, p. 9)

Nella presente ricerca è stato scelto di approfondire i saperi e tecniche di cura tradizionali maya relativi alla *partería* con l'auspicio che, dal dialogo con le levatrici, si sarebbe potuto accedere in modo privilegiato al mondo emotivo femminile indigeno e in particolare ai discorsi relativi al dolore del parto, per capire in che termini il modo in cui viene espresso il dolore in gravidanza influisce sulla richiesta di cura in caso di emergenza.

Incentrare una parte della ricerca su questioni intime e delicate come il dolore vissuto durante gravidanza, parto e puerperio, ha comportato la necessità di instaurare e coltivare relazioni altrettanto intime con i soggetti della ricerca, ossia le madri e le levatrici tradizionali. Con alcune intervistate la reciproca fiducia è stata costruita lentamente e a seguito di svariati incontri informali concessi dalle donne e delle levatrici tradizionali presso le loro abitazioni, mentre nella maggior parte dei casi è stata la convivenza presso l'*Hogar Comunitario* a rendere possibile una profonda familiarità tra me, le levatrici, le gestanti e le madri indigene che lo frequentavano. Nell'*Hogar* questo affiatamento costruito lentamente, con pazienza e grazie alla quotidianità trascorsa assieme, è stato possibile dialogare serenamente e in profondità su tematiche molto personali, come quelle trattate nella presente etnografia.

Oltre alle interviste strutturate e semi strutturate che ho accuratamente preparato e poi sottoposto al campione di gestanti scelto, l'osservazione partecipante e quindi il mio attivo e profondo coinvolgimento in campo, sono state delle chiavi d'accesso fondamentali all'universo emozionale delle gestanti e alle tematiche connesse ai saperi e alle tecniche di *partería* tradizionale. L'aver partecipato attivamente a molte delle attività che si svolgevano presso la casa di parto, il fatto di avervi vissuto quotidianamente per qualche mese, la mia disponibilità alla sperimentazione e al coinvolgimento interpersonale con le gestanti, non sono stati elementi di poco conto; proprio grazie a questi elementi ho potuto costruire la presente etnografia non solamente basandomi sulle narrazioni verbali di esperienze ed eventi, appunto ricavate dalle interviste o dalle chiacchierate informali che tenevo con le gestanti, "dilatando" la ricerca verso altri campi di sensorialità (Pink, 2009). Sensi, sensazioni, emozioni, ma anche memorie, ricordi, sono quindi stati alcuni dei

principali motori di questo lavoro; fenomeni che forse emergono meno di altri nella presente etnografia, ma la cui importanza è stata fondamentale.

Lasciandomi ispirare dalle analisi di Sara Pink (2009, 2007), considero l'etnografia un processo di creazione e rappresentazione di conoscenze che è basato *sull'esperienza* dell'etnografo, che –il più delle volte – è un'esperienza densa, complessa e multisensoriale; il fare etnografia è quindi un processo riflessivo e sperimentale che se ben sfruttato nelle sue potenzialità, può essere capace di afferrare anche le più profonde forme di conoscenza che non sono direttamente accessibili al mero linguaggio verbale. Oltre alle interviste, una parte molto densa del campo si costruisce attorno a vissuti di carattere multisensoriale (tattili, uditive, olfattive), che caratterizzano il periodo di ricerca, e si struttura attorno a quelle forme incorporate di conoscenza ed esperienza che occupano una parte fondamentale dell'interazione umana.

Le preziose riflessioni ed intuizioni che vengono registrate ed elaborate durante la ricerca non si costruiscono solo attorno alle parole e alle interviste, pur essendo troppo spesso le sole ad essere considerate rilevanti ai fini della stesura etnografica. Questa considerazione vale sia per il ricercatore, che per i soggetti della ricerca che, soprattutto in assenza di appropriati strumenti linguistici per comunicare, dialogano con noi attraverso altre forme di interazione, altri linguaggi; la gestualità, gli sguardi, i disegni, gli inviti, le offerte di cibo, sono altri linguaggi utilizzati per comunicare in contesti in cui gli interlocutori non provengono dallo stesso universo culturale e linguistico.

I momenti emotivamente più intensi della mia ricerca di campo, sono stati quelli in cui sono stata direttamente coinvolta nell'assistenza al travaglio, parto e puerperio di alcune gestanti. Pur non essendo io un'ostetrica, riconosco che il mio coinvolgimento emozionale è stato fondamentale per poter tradurre in gesti e azioni efficaci le intuizioni che in quei concitati momenti emergevano; l'empatia e la profondità della relazione costruita in precedenza con la gestante, sono stati i principali moventi dell'efficacia della relazione umana e di assistenza che io fornivo.

Non avrei potuto dare un adeguato appoggio alle gestanti, durante il loro travaglio e parto, se non mi fossi sentita pienamente coinvolta negli intensi momenti che stavano vivendo; non avrei compreso almeno parte del senso profondo del loro dolore e della loro sofferenza se non mi fossi messa in ascolto delle loro necessità, esigenze, richieste, sia per mezzo di strumenti razionali, che attraverso l'attenzione alle reciproche emozioni, intuizioni, linguaggi del corpo.

Parlare di dolore e di emozioni, del resto, equivale a parlare di corpo, di linguaggi somatici e di linguaggi più intimi, pur nelle diversità dei codici, dei significati, dei valori che intercorrevano tra me e i soggetti della ricerca.

Rumori, sapori, consistenze, emozioni, quindi, non solo parole e scritti. Distanze ravvicinate e intime, non sempre mediate dal taccuino, odori gradevoli e sgradevoli che imprimono una memoria al campo e danno profondità all'esperienza di ricerca. Soprattutto nel travaglio e nel parto, o quando la sofferenza e il dolore monopolizzavano la scena, l'essere stata presente corporalmente e con tutti i sensi, l'aver presenziato l'evento interamente senza timidezza o avarizia, credo abbia dato un valore aggiunto all'esperienza e ai rapporti umani che l'hanno segnata.

Del resto, quando iniziai la mia ricerca in Messico, di nascita, dolore nel parto, linguaggi emozionali durante la gestazione non avevo ancora avuto diretta esperienza; nonostante ciò, mi parevano tematiche la cui intrinseca natura serbava una certa dose di incanto che sfuggiva alla mera comprensione linguistica e razionale.

La parte più intuitiva e sensoriale faticherà forse ad emergere nell'etnografia, in cui si privilegia la parola scritta, ma è un dato metodologico fondamentale e necessario per comprendere "il carattere" del mio lavoro.

L'Hogar Comunitario Yachil Antzetik, che in lingua *tzotzil* si traduce come "la donna nuova", è stato fondato nell'anno 1996 da María de la Luz Ruíz García, sorella dell'allora parroco di San Cristóbal de Las Casas, il monsignor Samuel Ruíz García. Doña Lucha, così viene ricordata la fondatrice, sentiva l'urgenza di contribuire a risolvere una problematica diffusa in Los Altos: le alte percentuali di morti materne indigene durante la gravidanza, unite all'alto tasso di abbandono da parte della famiglia di origine di gestanti molto giovani che, senza nessun appoggio, lasciavano le comunità rurali per chiedere aiuto in città. Quando aprì il centro, Doña Lucha iniziò a farsi carico dei bambini che, ancora in fasce, venivano sovente abbandonati per le strade della città, sperando che qualche famiglia ricca se ne facesse carico. Lucha li allevava per poterli dare in adozione, ma ben presto si accorse che sarebbe stato opportuno iniziare a lavorare direttamente con le donne indigene gravide, oltre che con gli orfani.

Doña Lucha era animata dagli stessi valori cristiani riformisti che guidavano l'operato del fratello, seguace degli ideali della Teologia della Liberazione; tuttavia, quando aprì il centro, dove si trattavano problematiche legate alla riproduzione e alla sessualità indigena, non mancarono le

critiche da parte dei gruppi ecclesiastici più conservatori e della popolazione *ladina* di San Cristóbal. Lentamente, Doña Lucha si prese sempre più a cuore la situazione delle donne indigene e direzionò sempre più intensamente il suo impegno in attività volte a tutelare e ad aiutare giovani gestanti sole che durante la gravidanza erano state abbandonate dalla famiglia di origine e dal compagno. Si occupò di sensibilizzare la popolazione femminile indigena sui rischi connessi all'aborto clandestino, che era una delle cause di morte materna più diffusa, ma anche di prevenire la violenza sessuale contro le donne, motivo delle molte gravidanze precoci e indesiderate.

Come scrive Ines Vásquez Rico, che ha condotto una ricerca approfondita a proposito delle origini dell'*Hogar Comunitario*:

[...] se ciò che all'inizio allarmò e dirottò l'attenzione della signora Lucha fu il problema dell'abbandono dei bambini e i loro alti tassi di decesso a causa degli aborti clandestini, con il tempo ampliò la sua visione e iniziò a considerare altri fattori che incidevano sulle problematiche relative alla salute infantile quali ad esempio la violenza contro le donne e la loro condizione di dipendenza nei confronti degli uomini, prodotto di una forte disegualianza tra i generi¹⁵⁰ (I. Vásquez Rico, 2017, p. 67).

Quando anch'io mi informai sulla fondazione dell'*Hogar*, Vichi¹⁵¹ mi spiegò che la signora Lucha aveva intuito che la dissimmetria e la violenza di genere erano, e sono tuttora, le problematiche più diffuse e che maggiormente richiedono una presa in carico efficace, anche da parte delle case parto della zona.

Nei primi anni dopo l'apertura del centro, situato non distante dalla città di San Cristóbal, venivano quindi accolte donne indigene gravide che avevano bisogno di sostegno materiale per sopravvivere e portare a termine la gravidanza. Le gestanti o neo madri, a quel tempo, potevano rimanervi anche per due o tre mesi consecutivi, in attesa di rimettersi in forze dopo il parto. Rispetto alla fine degli anni Novanta, oggi il centro non dispone più degli ingenti finanziamenti privati ed ecclesiastici di cui beneficiava allora e sopravvive grazie a piccoli finanziamenti comunali; ora le donne gravide che

¹⁵⁰ "Si bien lo que en un inicio alarmó y llamó la atención de doña Lucha fue el abandono de criaturas, e incluso, la muerte de muchas de ellas –por medio de prácticas abortivas clandestinas–, posteriormente fue ampliando su visión de la problemática y considerando otros factores que incidían en ello, tales como la violencia hacia las mujeres y la dependencia hacia los varones, producto de una desigualdad de condiciones."

¹⁵¹ Vichi lavora da anni presso l'Hogar e si occupa prevalentemente della coltivazione, raccolta, essiccazione e preparazione delle erbe medicinali.

fanno richiesta all'*Hogar*, avendo bisogno di un posto dove poter partorire, non vi rimangono mai più di un mese, e generalmente vengono spronate a lasciarlo prima. Le lunghe permanenze comportano un dispiego di forze e di denaro notevole per le operatrici del centro¹⁵², che utilizzano parte delle donazioni disponibili per comprare gli alimenti necessari a garantire la sopravvivenza delle ospiti per le settimane di permanenza. Mi è parso quindi che il lavoro dei volontari, come quello che io ho prestato, sia stato non solo ben accetto, ma anche fondamentale per sgravare le operatrici di parte del lavoro.

Presso l'*Hogar* oggi sono stabilmente impiegate Mari Hernández, la levatrice, Mari Pérez, la responsabile delle attività di artigianato e dei seminari di formazione sulle tematiche relative alla violenza di genere e all'educazione sessuale, la psicologa Judith e un'operatrice generica, Vichi, che si occupa, tra le altre cose, di coltivare l'orto di erbe medicinali e di preparare i composti medicamentosi con le erbe essiccate; Sandra è l'unica operatrice del centro non indigena e straniera a cui fa capo tutta la gestione amministrativa. Oltre a loro, Caruca, la seconda levatrice, aiuta Mari durante i parti. Vi sono poi diverse operatrici volontarie, messicane e straniere che sostengono l'*Hogar* nello svolgimento delle sue attività quotidiane.

Io mi sono offerta come volontaria per i mesi di durata della mia ricerca sul campo e per tre o quattro giorni a settimana vivo nel centro insieme alle gestanti ospiti, occupandomi di intrattenerle e di aiutarle nelle loro attività quotidiane, oltre a gestire il piccolo bazar di vestiti usati, aspettando con loro l'avvicinarsi del momento del parto.

Le attività svolte presso l'*Hogar* vanno oltre la mera assistenza al parto delle gestanti indigene; in linea con i valori originari proposti da Doña Lucha, che univano la fede cristiana con la volontà di promuovere un'emancipazione sociale e politica delle classi sociali meno abbienti e in accordo con i principi della Teologia della Liberazione, le operatrici oggi propongono attività, incontri e seminari con la finalità di sensibilizzare – soprattutto la popolazione indigena – a tematiche relative alla violenza e alle discriminazioni di genere, agli abusi sessuali che si consumano spesso all'interno (e all'esterno) della coppia e della famiglia.

Durante i mesi di volontariato nell'*Hogar*, molte delle donne indigene e gravide che incontravo, alcune delle cui storie sono state inserite nella presente etnografia, si trovavano in un momento

¹⁵² Non potendo lasciare sole le partorienti nemmeno in orario notturno, vi pernottano loro stesse, lamentando il fatto che trascorrendovi molte ore, tolgono attenzione ai loro figli e le loro famiglie.

critico e di transizione: avevano difatti appena lasciato le loro comunità, i loro compagni e le famiglie in cui erano cresciute, in modo spesso traumatico. Ricevuta ospitalità presso l'*Hogar* comunitario, vi rimanevano per qualche settimana prima e dopo il parto, tempo minimo utile perché si "rimettessero in sesto" e fossero pronte a iniziare una nuova vita, per molte nelle vesti di madri sole e lavoratrici. Presso l'*Hogar* ricevevano un aiuto materiale (dimora, vestiti, cibo), un aiuto terapeutico e un sostegno psicologico per affrontare il parto in sicurezza, senza mettere a repentaglio la loro vita e quella del nascituro.

Molte delle gestanti che si presentavano al centro avevano bisogno di aiuti basilici, alcune prima di arrivare avevano vissuto per giorni in strada con gli altri figli a carico, oltre a quello che portavano in grembo.

Mari a proposito mi spiega: "qui le donne che bussano alla porta non hanno bisogno solo di un luogo dove poter partorire, ma arrivano perché hanno bisogno di uno spazio tranquillo dove poter esprimere le loro sofferenze e le loro emozioni, a volte le accogliamo depresse, malnutrite, senza nessun appoggio; spesso sono state maltrattate o violentate da parte dei loro compagni o mariti"¹⁵³.

Le gestanti oltre alle necessità basiliche utili per sopravvivere, hanno bisogno di un riparo appartato dove potersi lasciar andare, sfogarsi, piangere, o chiedere consigli a persone che siano esterne alla loro famiglia di origine.

Mari Hernández, la levatrice, e Mari Pérez, responsabile delle varie attività che si svolgono nel centro, aiutano le gestanti affinché possano risolvere alcune importanti questioni burocratiche necessarie per poter ricevere i fondi di assistenza statali garantiti alle madri sole iscritte al *Seguro Social*; le aiutano a compilare correttamente il certificato di nascita per i loro figli, a chiedere il divorzio dai mariti in caso di maltrattamenti e abusi sessuali, ad inserire i figli più grandi nelle scuole della città facendo rete con le altre associazioni presenti sul territorio. La maggior parte delle utenti dell'*Hogar* sono analfabete e l'aiuto pratico che viene dato loro per risolvere alcune delle questioni legali, burocratiche, sanitarie appena menzionate è determinante.

¹⁵³ "Aquí las mujeres llegan y necesitan no solamente un lugar donde parir, llegan porque necesitan un lugar tranquilo donde expresar sus sufrimientos y emociones, porque vienen a veces muy deprimidas, malnutrida, sin nada y sin ningún apoyo, maltratadas o violadas por sus compañeros o maridos..." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2018.

Lo stato di salute delle gestanti viene puntualmente controllato dalle levatrici, che somministrano loro principalmente composti di erbe per curare le infezioni vaginali e alle vie urinarie, di cui molte soffrono, e che durante il parto avrebbero potuto creare complicazioni.

Non era stato previamente concordato tra me e la levatrice tradizionale Mari Hernández che io dovessi aiutarla ad assistere ai parti; direi, piuttosto, che trovandomi presso l'*Hogar* comunitario in quei momenti delicati e concitati che precedono una nascita, Mari mi abbia chiesto spontaneamente se fossi disposta ad aiutarla e io, sul momento, ho accettato l'invito.

I rapporti più intensi e gli scambi più densi sono stati instaurati con le donne che ho accompagnato durante il parto e con le levatrici tradizionali che hanno guidato i miei movimenti, a volte indecisi, nel dar loro assistenza.

Non avendo nessuna specifica preparazione come ostetrica o infermiera, né tanto meno come levatrice, il mio ruolo è stato quello di vigilare sulle condizioni delle donne durante il travaglio, assecondandole in caso sentissero necessità particolari: se avevano sete o fame portavo loro il necessario, se avevano bisogno di sedersi, appoggiarsi a me o cambiare posizione, le aiutavo nei movimenti; quando volevano condividere i loro stati d'animo e le loro preoccupazioni, mostravo loro la mia vicinanza.

Mi rivolgevo alle gestanti con molta riservatezza e le aiutavo solo se ne sentivano il bisogno; nel caso in cui preferivano restare da sole durante le prime fasi del travaglio, le lasciavo sole, assicurandomi con sguardo vigile, ma discreto, che tutto procedesse per il meglio.

Molte donne indigene, soprattutto quelle che si trovano già alla seconda o terza gravidanza, preferiscono vivere i dolori del travaglio da sole e in disparte, piuttosto che essere riempite di accortezze. Mi spiega Mari che

“molte di queste donne non si lasciano accudire, non sono abituate a chiedere aiuto e non si rendono conto che ci possono essere delle persone disposte ad aiutarle. Solitamente son loro che lavorano per tutta la

famiglia quasi come se fossero delle schiave e quando si chiede loro se han bisogno di qualcosa non riescono a capire cosa si sta intendendo”¹⁵⁴.

Mi sono occupata di scaldare dell’acqua per la levatrice, quando le contrazioni delle gestanti ormai erano ravvicinate, di trovar loro dei vestiti più comodi di quelli tradizionali che indossavano, in modo da affrontare il parto con più agio.

Durante il parto, il mio compito era di sostenere le partorienti sia fisicamente che psicologicamente, seguendo tutte le indicazioni che, con molta precisione, mi venivano fornite dalla levatrice che monitorava attentamente il processo; massaggiavo la schiena delle partorienti con forza, per alleviarne i dolori, le dissetavo ogni tanto affinché non si disidratassero; le sostenevo fermamente per aiutarle a cambiare posizione quando ne sentivano il bisogno.

Una volta partorito il bebè, la levatrice si occupava di tutti i controlli necessari: lo pesava, verificava che la mamma non avesse emorragie e si occupava poi della placenta che, una volta espulsa, doveva essere accuratamente revisionata per constatarne l’integrità. Residui di placenta nel ventre della donna avrebbero comportato il suo trasferimento immediato in ospedale.

Appena dopo la nascita preparavo un frullato di avena, miele e banana per le neomamme che dovevano recuperare le forze e le lasciavo poi sole con i loro bebè. Aiutavo in genere Mari a rassettare la sala e mi occupavo di cucinare qualcosa da mangiare anche per noi, stanche dopo il lungo lavoro psichicamente e fisicamente impegnativo.

Ho inoltre rivestito un ruolo importante durante il puerperio, periodo in cui le neomamme avevano bisogno di aiuto sia con il neonato che con gli altri figli, che spesso risiedevano con noi nell’*Hogar* e richiedevano altrettanta attenzione. Uno dei compiti che le mamme mi lasciavano svolgere volentieri era fare il bagno al neonato, qualche giorno dopo il parto.

L’aver instaurato un rapporto di complicità con la levatrice tradizionale del centro, Mari Hernández, è stato un tassello determinante per la mia ricerca; col tempo sono stata considerata io stessa un punto di riferimento per le neomamme e le gestanti ospiti dell’*Hogar Comunitario* e per le altre operatrici che vi lavorano e grazie alla fiducia che riponevano in me, mi è stato “concesso” di

¹⁵⁴ “Muchas de estas mujeres no se dejan consentir, no son acostumbradas a pedir ayuda y a ver que hay personas dispuestas a ayudarlas. Solitamente son ellas que trabajan por toda la familia como esclavas y cuando se le dices si necesitan algo ellas casi no te entienden”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, Novembre 2018.

assistere ai parti, nonostante non fossi stata precedentemente preparata a farlo e non avessi sufficienti competenze ostetriche.

Sono stata antropologa e “operatrice” dell’*Hogar* comunitario, ma anche amica e confidente delle donne e delle levatrici; grazie a questa alternanza di ruoli differenti ho avuto modo di apprendere come Mari e Caruca, le levatrici tradizionali che lavorano presso il centro¹⁵⁵, guidano il travaglio, il parto e il post-parto e io stessa sono stata guidata nella conoscenza di alcuni saperi e tecniche di cura da loro utilizzati per accompagnare l’andamento della gravidanza, utili anche a gestire gli stati emozionali che insorgevano. Non sono stata presente in parti che hanno avuto epiloghi tragici o in cui si sono dovute affrontare complicazioni improvvise.

La convivenza quotidiana con le mamme e le gestanti prima, durante e dopo il loro parto, è stata determinante per poter capire come loro stesse vivevano questa importante tappa delle loro vite, e come gestivano le preoccupazioni, i dolori fisici e le angosce, insieme alle modalità in cui venivano condotte le relazioni con la famiglia indigena di origine, con il padre del bambino – spesso entrambi assenti – e con gli altri figli. È stato inoltre interessante capire come si costruiva la relazione tra la gestante e la levatrice all’interno del centro, e come interagivano tra loro le donne che vi permanevano.

Le altre levatrici tradizionali che compaiono nella presente etnografia sono state intervistate fuori dall’*Hogar Comunitario*, alcune in ospedale (dove svolgevano abitualmente le loro visite), altre in luoghi pubblici della città; i dettagli intimi che molte mi hanno confidato sono stati fondamentali per approfondire sfaccettature, complessità e problematiche esterne a quelle che avevo conosciuto grazie al lavoro nella casa del parto. La ricerca, quindi, non si è esaurita alle specifiche problematiche vissute dalle donne *tzotzil* e *tzeltal* che frequentavano l’*Hogar* (anche se sono state il mio campione prediletto), ma ha preso forma spingendosi anche all’esterno di esso.

¹⁵⁵ Generalmente era Mari, ma a volte veniva chiamata un’altra levatrice tradizionale a fare assistenza.

5. Politica, spettri coloniali, medicina e cura: guardare al passato per capire il presente

5.1 I terapeuti tradizionali maya tra politiche includenti, discriminatorie e *primary health care*

Non v'è dubbio che la medicina costituisca ovunque, per il ruolo che occupa relativamente ai territori del male, della vita, della morte, del corpo e della riproduzione, uno spazio politico.

(Beneduce, 2010, p. 97)

In Messico si è parlato alternatamente, di un riconoscimento pubblico del valore della medicina tradizionale maya, come patrimonio da conservare, preservare e persino includere nel Sistema sanitario nazionale, a momenti in cui è stata considerata esplicitamente un sapere di second'ordine rispetto a quello biomedico, un'eredità culturale primitiva e scomoda che doveva essere estirpata assieme ai terapeuti tradizionali che seguivano a utilizzare le tecniche terapeutiche tradizionali anche in tempi moderni.

Si vorrebbe in questa sede riprendere brevemente alcune fasi della recente storia messicana per far chiarezza sulle ragioni politiche ed economiche che, nell'intrecciarsi, motivarono l'alternarsi delle diverse posizioni politiche adottate nei confronti della medicina tradizionale e dei suoi terapeuti, prestando un'attenzione particolare, nei seguenti capitoli, ai provvedimenti adottati nei confronti delle levatrici tradizionali.

La presente analisi vuole essere utile ai fini della comprensione delle più recenti scelte politiche e sanitarie che, in Messico, *riconoscono* la qualità del lavoro delle levatrici tradizionali durante gravidanze preventivamente dichiarate "a basso rischio" (Atkin, Brown, Rees, Sesia 2016, in Freyermuth Enciso, 2018)¹⁵⁶, solo nel caso in cui possano certificare di essere levatrici tecniche (*parteras técnicas*), adeguatamente formate attraverso specifici corsi di formazione biomedica. Nei

¹⁵⁶ A riguardo, nel mese di aprile del 2016 venne approvata una versione revisionata della *Norma Oficial Mexicana 007*, relativa all'assistenza medica da fornire alle donne durante il parto, in cui si fa esplicito riferimento alle levatrici tradizionali nelle vesti di "prestatrici di servizi qualificati in gravidanze a basso rischio ostetrico". Ciò assieme alla normativa del 2011, che include le levatrici formate all'interno del mercato del lavoro ospedaliero; per approfondimenti si legga il saggio *Vinculación en el marco legal en la atención del parto en México* (Atkin, Brown, Rees, Sesia, in Freyermuth Enciso, 2018).

corsi si impartiscono insegnamenti relativi alle norme igienico sanitarie da adottare durante il parto, si insiste perché vengano identificati chiaramente i fattori di rischio di un possibile decesso in gravidanza tra cui: pallore, sanguinamento vaginale anomalo, febbre, perdite vaginali, tutti segnali che le levatrici tradizionali devono saper riconoscere alla perfezione e che devono indurre l'immediato trasferimento della gestante in ospedale.

Dagli anni Settanta del ventesimo secolo, fino al primo decennio del 2000, soprattutto in Chiapas, ma anche in altre aree a maggioranza indigena come lo Stato di Oaxaca, si vive un momento di rivalutazione dell'importanza della medicina tradizionale indigena (Page Pliego, 2005, p. 9), rispetto a ciò che contraddistinse i decenni precedenti. Effettivamente, i saperi terapeutici tradizionali avevano un'importante utilità, che in quel momento viene riconosciuta, e il loro utilizzo assicurava alcuni specifici benefici: erano un insieme di risorse terapeutiche a basso costo, basate sull'uso privilegiato delle conoscenze erboristiche locali, abbondanti, differenziate e disponibili nel vasto territorio messicano. Inoltre, le risorse erboristiche e i saperi medici tradizionali venivano già adoperati da quella parte della popolazione che viveva in condizioni di precarietà economica e di isolamento territoriale dai maggiori centri abitati, che proprio grazie alla farmacopea locale aveva modo di sopperire – almeno in parte – alle evidenti carenze del sistema sanitario nazionale messicano, che non toccava quelle aree.

Ricordiamo che, fino al primo gennaio del 2004, anno in cui venne introdotto in Messico il *Seguro Popular* (l'assicurazione sanitaria popolare), il 50% della popolazione messicana era priva di copertura sulle spese mediche per i servizi sanitari di primo e secondo livello che interessavano le spese mediche per le malattie meno gravi. La percentuale di esclusi era composta principalmente da soggetti indigenti, lavoratori che svolgevano mansioni senza contratto, in modo precario o illegale, e da indigeni che vivevano nelle periferie urbane o nelle aree rurali del Paese (Perrillo e Bassetti, 2009).

Per far fronte alla grave situazione sanitaria in cui si trovava metà della popolazione messicana, prima del varo di misure medico-assistenziali più estese, una delle strategie adottate dal governo messicano fu quella di incentivare – in maniere diverse e con differenti intensità in base al periodo storico – l'operato dei terapeuti tradizionali locali su cui ricadeva la responsabilità di risolvere le problematiche sociosanitarie meno gravi della comunità, dispensando cure mediche di primo livello (*atención medica de primer nivel*) a quei segmenti della popolazione che erano di fatto esclusi dal Sistema sanitario nazionale. I terapeuti tradizionali avevano dimestichezza con il loro territorio, spesso ostile (si pensi agli altipiani del Chiapas), erano specialisti di farmacopea tradizionale,

conoscevano le proprietà curative della flora locale e raggiungevano agilmente le comunità indigene più isolate in caso vi fossero pazienti con necessità particolari, e questi meriti non sfuggirono alle dirigenze statali che dovevano impegnarsi a far diminuire gli alti tassi di *decessi evitabili*¹⁵⁷ nelle aree indigene.

Le comunità visitate regolarmente dai terapeuti tradizionali vivevano problematiche socio-sanitarie gravi che incidevano nella diffusione di molte malattie legate alla povertà, quali tifo, tubercolosi e infezioni acute dell'apparato gastroenterico e respiratorio. La gravidanza, il parto, il post-parto e i primi mesi di vita del neonato sono ulteriori momenti particolarmente delicati che richiedono un'osservazione terapeutica specifica, durante i quali nelle aree indigene ha luogo il più alto numero di decessi evitabili, che si potrebbero prevenire se si avessero a disposizione gli adeguati mezzi.

Le scelte politiche prese negli anni Ottanta del Novecento in materia di tutela della salute pubblica nelle aree a maggioranza indigena, tra cui gli altipiani del Chiapas, promossero iniziative di collaborazione tra medici e terapeuti tradizionali, tra ginecologi e levatrici, che in alcuni casi si trovano tuttora a lavorare insieme nelle stesse strutture ospedaliere, e nei centri di salute (*centros de salud*) urbani o rurali, o nelle stesse case del parto. È J. Page Pliego ad accennare al progetto *Medicina paralelas* del 1979, al *Diseño de sistemas de medicinas paralelas* del 1982, e al *Modelo Alternativo de Salud*, che dal 1983 al 1985 vede la collaborazione tra UNICEFF e il governo della regione Chiapas per tentare di far dialogare i rappresentanti delle due medicine (Page Pliego, 2005, p. 60).

In anni recenti, precisamente nel 2010, ha avuto luogo l'inaugurazione del reparto di *Partería tradicional* all'interno dell'*Hospital de Las Culturas* di San Cristóbal, in cui le levatrici tradizionali che avevano acquisito le adeguate competenze tecniche potevano lavorare in sala parto assieme ai medici, sperimentando un sistema misto di assistenza alla gravidanza. Queste recenti iniziative nascevano con la speranza di riuscire ad avvicinare le donne indigene gravide ai contesti ospedalieri, dove si sperava di poter seguire la gestante nei mesi della gravidanza, auspicando così di ridurre gli alti tassi di mortalità materna indigena nel parto, qualora fosse stato ospedalizzato¹⁵⁸.

¹⁵⁷ I primi a utilizzare il concetto di *morti evitabili* furono Rustein e altri suoi collaboratori statunitensi, che proposero le "morti evitabili" come un indicatore della qualità della gestione sanitaria e realizzarono una lista di cause di morti, malattie, sindromi *precoci e non necessarie* (ultimately unnecessary), termine che adottarono in base all'idea che "se tutto quello che si doveva fare fosse stato fatto, non si sarebbero verificate" (Freyermuth Enciso, 2014, p. 47). Questo termine verrà utilizzato mantenendo questa accezione in tutto il testo.

¹⁵⁸ A riguardo si consiglia la lettura del terzo capitolo della presente trattazione, in cui vengono riportate alcune delle motivazioni degli alti tassi di mortalità materna negli ospedali.

All'interno della stessa struttura ospedaliera pubblica, nel reparto di *partería* tradizionale, "convivono" levatrici tradizionali in abiti maya e ginecologhe in camice bianco, vengono adoperati composti di piante medicinali e farmaci di tradizione biomedica, vengono fatte iniezioni ed eseguiti parti cesarei, ma alle levatrici è permesso anche di svolgere massaggi tradizionali quali la *sobada*. Nel reparto coabitano altari votivi, candele, stetoscopi e incensi, il tutto in un'atmosfera apparentemente segnata dal rispetto e dalla tolleranza reciproca.

Questa peculiare convivenza non avviene però senza tensioni tra i rappresentanti delle varie medicine; com'è stato rilevato nella presente etnografia e confermato da Gomez García (2017), che recentemente ha svolto una ricerca nel reparto di *partería* tradizionale dell'*Hospital de las Culturas*, le levatrici maya non vengono effettivamente riconosciute dal personale socio-sanitario come soggetti capaci di fornire "un'adeguata" assistenza medica, soprattutto in caso di emergenza, e spesso vengono sgridate dai medici in sala durante le visite ginecologiche; molte, inoltre, non percepiscono un adeguato salario, nonostante lavorino in ospedale come gli altri membri del personale socio-sanitario ospedaliero.

Le *partería* tradizionale oggi in Messico vive in una situazione di *confusione legale* unita a un *deficit di informazione pubblica* sui compiti che svolge la levatrice tradizionale (Atkin, Brown, Rees, Sesia 2016, in Freyermuth Enciso, 2018, p. 91); la professione delle levatrici, una volta medicalizzata attraverso i corsi di formazione e burocratizzata grazie l'apparato legislativo che si sta attivando per riconoscerne la validità professionale, non è stata tuttavia legalizzata e i diritti delle levatrici non sono ancora legalmente e pubblicamente riconosciuti:

[...] Esiste un vuoto legale rispetto ai diritti e ai doveri che competono alla loro attività, fattore che incide sul fatto che spesso si trovino in una situazione di vulnerabilità e di emarginazione. Vi è una mancanza di chiarezza nella relazione interculturale tra le istituzioni e le levatrici tradizionali, il cui effetto genera confusione non solo riguardo alla diversità delle pratiche (*terapeutiche*) che esistono nell'attualità, ma produce anche un vuoto di informazioni relativamente alle realtà statali e regionali al cui interno le levatrici esercitano la loro professione¹⁵⁹ (Gómez García, 2017, p. 86, *corsivo mio*).

¹⁵⁹ "Existe un vacío legal respecto a los derechos y las obligaciones que competen a su actividad, lo que termina por colocarlas en una situación de vulnerabilidad y marginación. Un ejemplo de ello es la falta de claridad en la relación intercultural entre la institución y las parteras tradicionales, cuyos resultados desdibujan no sólo la diversidad de prácticas existentes en la actualidad, sino también generan vacíos de información en cuanto a las realidades estatales y regionales donde las parteras ejercen."

L'hospital de Las Culturas è solo un esempio che abbiamo conosciuto più da vicino e che è utile a prendere coscienza del modello di cura misto che, nell'area di Los Altos, viene applicato in svariati reparti di ginecologia e ostetricia, ma che non ha rappresentato una significativa e determinante soluzione alla riduzione delle morti materne nel parto, per svariati motivi, alcuni dei quali verranno approfonditi nel seguente capitolo.

La sostanziale carenza di risorse devolute alla sanità pubblica e le pratiche discriminatorie diffuse nei reparti ospedalieri nei confronti delle donne indigene, rendono alienante, violenta e traumatica la loro esperienza in ospedale, inducendole a optare per un parto a casa con il sostegno della levatrice¹⁶⁰. I vari tentativi recenti di includere le levatrici tradizionali negli ospedali, non essendosi dimostrati particolarmente efficaci, non hanno contribuito ad avvicinare i numeri sperati di donne indigene al contesto ospedaliero, preferendo queste, di gran lunga, far ricorso ai terapeuti tradizionali.

Questi insuccessi ci ricordano che sono molte le variabili (culturali, economiche, etniche) che devono essere tenute in considerazione per poter edificare un sistema medico *misto*, che non venga percepito come ostile dalla popolazione indigena locale di Los Altos, al quale vengano devolute le risorse economiche necessarie e che disponga di personale sociosanitario con un'adeguata formazione culturale da poter essere effettivamente una risorsa capace di tutelare la salute della popolazione indigena locale.

È Jaime Page Pliego, nel suo testo *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas* (Page Pliego, 2002), a spiegare nel dettaglio il controverso processo legislativo e il dibattito culturale che, in Chiapas, portò alla promulgazione delle nuove leggi in tutela della medicina indigena tradizionale maya (in cui rientra anche la *partería*) dagli anni Ottanta del Novecento fino agli anni Duemila; è lo stesso autore, assieme ad altri (Zolla, 1987; Navarro, 2005; Freyermuth Enciso, 2015), a sottolineare che dietro ai tentativi di far dialogare medici e levatrici tradizionali – nonostante gli interessanti progetti volti alla salvaguardia della medicina tradizionale – non si può non rilevare la schizofrenia delle politiche attivate nei confronti della medicina indigena e dei suoi rappresentanti che, dalla colonia fino ai giorni nostri, miravano in realtà a depotenziarli, screditarli e frammentarli. Negli anni Settanta e Ottanta del Novecento si nota un'inversione di tendenza, per cui la persecuzione esplicita della medicina indigena inizia a diminuire passando a una

¹⁶⁰ A questo proposito si ricorda che in molte occasioni mi è stato riportato che è diffusa, tra le donne indigene, la paura che negli ospedali il rischio di morire di parto sia più alto rispetto al partorire a casa.

[...] apparente intenzione di conservare, controllare e incorporare queste pratiche all'interno dei sistemi socio-sanitari statali, cercando -lo stato- di essere coerente con le politiche neoliberali che sono state avviate dalle organizzazioni di salute internazionali e nello specifico dalla Banca Mondiale¹⁶¹ (Page Pliego, 2002, p. 4).

Nonostante ciò, i medici indigeni – e in particolare le levatrici tradizionali – così come i loro saperi e le loro pratiche di cura non vennero mai realmente considerate “sullo stesso piano” rispetto a quelle biomediche. Le levatrici sono state cooptate all'interno del sistema biomedico, accuratamente medicalizzate, rese “docili” e adatte a dialogare con i rappresentanti della medicina scientifica all'interno degli ospedali pubblici delle aree a maggioranza indigena del Paese o nei centri di salute rurali, senza mai realmente aver istituzionalizzato e legalizzato la loro professione¹⁶².

Possiamo quindi affermare che le strategie di *incorporazione* della medicina indigena nel sistema sanitario nazionale di impianto biomedico, sono passate proprio attraverso processi di riconoscimento e rafforzamento dei sistemi medici tradizionali; difatti i terapeuti indigeni sono stati considerati uno strumento privilegiato grazie al quale poteva essere stabilito il primo “contatto terapeutico”, la *primary health care*, nelle regioni indigene, con un abbattimento notevole del costo dei servizi pubblici per le cure basiche di primo livello. La medicina tradizionale, che per le malattie meno gravi prevedeva l'uso di composti di erbe, prescrizioni alimentari e comportamentali e manipolazioni corporee, era molto più economica rispetto a quella ospedaliera, in cui lo Stato doveva invece investire ingenti risorse.

La direzione politico-legislativa presa dal governo neoliberale messicano divenne quella di ridurre progressivamente la spesa pubblica in materia sanitaria rispetto agli ospedali -pubblici- di primo e secondo livello, con l'esplicito proposito di far ricadere la responsabilità della salute dei pazienti indigeni e delle loro comunità esclusivamente sui terapeuti tradizionali, liberando lo Stato dall'onere di doversi far loro carico, nonostante nella *Ley General de Salud* del 1984 venne

¹⁶¹ “Aparente intento de conservar, controlar e incorporar dichas prácticas a los sistemas estatales de salud, tratando el estado de ser coherente con las políticas de corte neoliberal que al respecto han dictado las agencias internacionales de salud y, específicamente el Banco Mundial”.

¹⁶² Gómez García e Vargas Escamilla (in Freyermuth Enciso, 2017) nel loro articolo *Transitar hacia la certificación: caminos, obstáculos y nuevos interrogantes*, affermano l'esistenza di un “vacío legal” in cui le levatrici tradizionali si trovano oggi in Messico.

dichiarato il contrario¹⁶³. In questo modo lo stato perseguiva l'obiettivo di ridurre il numero dei malati indigeni assistiti negli ospedali pubblici, non prendendosi la responsabilità sulle loro sorti, che ricadeva interamente sui terapeuti tradizionali.

Per approfondire la questione scelgo, nei prossimi paragrafi, di riprendere qualche momento storicamente esemplificativo dell'interazione complessa tra le iniziative politico-economiche statali e quelle sociosanitarie; ritengo, a riguardo, che sia profondamente superficiale e acritico pensare che oggi negli ospedali di Los Altos e di San Cristóbal si stia effettivamente realizzando un sistema di cura misto o interculturale efficiente e democratico, in cui i saperi indigeni e i loro terapeuti, siano realmente tutelati e considerati una risorsa al pari di quelli biomedici.

Com'è stato già descritto nei capitoli precedenti¹⁶⁴, il Messico post-indipendente è stato protagonista di un percorso di elaborazione di un'ampia riflessione riguardo la "questione indigena", tematica ingombrante in un Paese profondamente multietnico che stava ridefinendo i suoi confini nazionali e scegliendo quale sarebbe stata la sua composizione culturale interna.

Prima dello scoppiare della Rivoluzione, l'oligarchia liberale al potere, che nel 1857 promulgò la prima Costituzione, propose un modello economico e politico fortemente europeizzante, distribuì grandi appezzamenti fondiari a poche famiglie ricche di discendenza europea e non ebbe nessun interesse a riconoscere e salvaguardare le differenze etniche e sociali presenti nel Paese. Anche dal punto di vista medico

[...] in accordo con la tendenza occidentalizzante, si tentò di riprodurre il modello medico che era di moda nei paesi sviluppati, per cui in quel periodo si diffuse un approccio medico che simulava lo stile che possedeva la scienza medica francese e nordamericana, che privilegiava la cura ospedaliera¹⁶⁵ (Page Pliego, 2002, p. 19).

Nonostante si privilegiasse la diffusione del modello medico europeo, in quel periodo non vennero promulgate leggi in merito alla limitazione dell'esercizio della medicina tradizionale, per cui i terapeuti indigeni continuarono a esercitare le loro professioni, osteggiati tenacemente solo da alcuni medici di formazione allopatrica, che pretendevano venisse posseduto da tutti il titolo di

¹⁶³ J. Page Pliego, a pagina 32 e 33, fornisce chiari approfondimenti sulla *Ley General de Salud* (Page Pliego, 2002).

¹⁶⁴ Si fa qui riferimento ai capitoli relativi alle ideologie dell'indigenismo e del *mestizaje* posti all'inizio del testo.

¹⁶⁵ "Acorde con la tendencia "occidentalizadora", se intentó reproducir el modelo médico de moda en los países desarrollados, por lo que este periodo se caracterizó por un enfoque centrado en la medicina curativa, al estilo de la ciencia médica francesa y norteamericana, privilegiando la atención hospitalaria."

“medico” che certificava la formazione adeguata ad assistere i pazienti, anche se indigeni. Quella fu l’epoca in cui vennero costruiti i primi grandi ospedali, centralizzando in mani statali la sanità, che in epoca precedente era di esclusiva competenza della chiesa¹⁶⁶.

La conformazione statale oligarchica culminò con l’instaurarsi della dittatura di Porfirio Diaz, generale militare, presidente per tre mandati non consecutivi dal 1876 al 1911, che incrementò la costruzione di uno Stato forte, sostenuto dalla profonda alleanza con il sistema bancario nazionale e internazionale, e dalla sua industria tessile, mineraria e ferroviaria in crescita¹⁶⁷.

Se è vero che la rivoluzione messicana che ebbe inizio nel 1910 favorì un cambio di potere politico, esautorando l’oligarchia dominante dei suoi vecchi privilegi, i gruppi indigeni del Paese restarono però ancora a lungo dimenticati dal resto della società, rimanendo ai margini dello Stato messicano e delle sue politiche sociosanitarie. Al contrario, in quel momento storico in cui si stava formando il Messico indipendente della seconda Costituzione (1917), un occhio di riguardo doveva essere mantenuto nei confronti delle popolazioni agricole, urbane o portuali (non ancora quelle indigene), in cui si propagavano epidemie che dovevano essere controllate e ridotte; in quegli anni, in materia di tutela della salute pubblica,

[...] si privilegia l’assistenza diretta ai gruppi urbani e portuari più marginali e svantaggiati. Dovendo arrestare le grandi epidemie di tifo, varicella, febbre gialla che dilagavano all’interno di questi gruppi sociali e che compromettevano la qualità della mano d’opera e, con questa, il mercato d’esportazione¹⁶⁸(Page Pliego, 2002, p. 14).

Nonostante la “questione indigena” non fosse ancora salita in cima alla lista dell’agenda nazionale, all’inizio degli anni Trenta del Novecento e prima della fine della rivoluzione messicana, è degno di nota accennare alla diffusione di un movimento “medico-politico” intenzionato a sterminare i terapeuti indigeni, che nel 1931 celebrò la *III Convención de Sociedades y sindicatos Médicos*, il cui obiettivo era redigere una regolamentazione volta a proibire e sanzionare l’esercizio della medicina

¹⁶⁶ Scrive Page Pliego a riguardo: “la política sanitaria, bajo este régimen, queda en manos de los llamados Científicos 16, grupo con influencia positivista, quienes dan mayor impulso a la atención médica hospitalaria, sobre todo en el centro del país, y durante este periodo es que se inauguran los grandes hospitales de la ciudad de México: General, Juárez, Manicomio y otros” (Page Pliego, 2002, p. 19).

¹⁶⁷ È interessante il percorso che sceglie di fare Page Pliego (2005) e che crediamo sia in linea con gli intenti della presente ricerca, qualora si proponga di rintracciare le origini storiche, economiche e politiche che motivano determinate scelte sociosanitarie compiute in Messico dagli anni successivi alla Rivoluzione fino ai giorni nostri.

¹⁶⁸ “Se privilegió la beneficencia pública dirigida a los grupos urbanos y portuarios más desprotegidos. Tomando como base las grandes epidemias de tifo, viruela, y fiebre amarilla, que se suscitaron en estos grupos sociales y que ponían el peligro, la mano de obra y, con ello, el mercado de exportación.”

a tutte le persone carenti di titolo medico professionale e scientifico (Campos-Navarro, 1996, in Page Pliego, 2002, p. 20).

Nel primo trentennio del Novecento, in Messico si diffondono le idee politiche “indigeniste assimilazioniste”, che antropologi come Vasconcelos e Gamio contribuiscono a divulgare e che alla fine degli anni Trenta, durante la presidenza di L. Cardenas, arrivano a coincidere con l’esplicita intenzionalità politica di assimilare e messicanizzare gli indigeni, forgiando una popolazione accuratamente *mestiza* e moderna¹⁶⁹.

Il 26 maggio del 1945 le organizzazioni di medici accademici ottengono l’esclusività legale per l’esercizio della professione e, all’interno del Codice Penale, viene promulgata una postilla dell’articolo 387 in cui si dichiaravano punibili per legge

[...] coloro che incrementavano le preoccupazioni, la superstizione e l’ignoranza del popolo, tramite l’evocazione di supposti spiriti, divinazioni o terapie¹⁷⁰ (Código Penal para el Distrito Federal, 1988, p. 128, in Page Pliego 2002, p. 22).

Questo sarà uno dei motivi per cui la persecuzione e l’incarcerazione dei terapeuti tradizionali si esacerbò, obbligandoli a esercitare la loro professione in clandestinità.

In materia di politiche sanitarie, l’ideologia che circola sostiene il proposito di svalutare, demonizzare e perseguire la medicina indigena tradizionale, anche perché risultava essere uno degli elementi che maggiormente incidono sull’effettiva coesione culturale e politica di alcune comunità indigene, oltre ad essere un deterrente alla loro assimilazione ai disegni politici statali che prevedevano lo sviluppo moderno del Paese. Vennero quindi progressivamente sistematizzate e incentivate le persecuzioni verso i terapeuti tradizionali nativi, considerati un serio ostacolo per il progresso medico del Paese e le miglione del suo sistema pubblico di salute.

Ci pare quindi interessante il fatto che progressivamente, con la “modernizzazione” della nazione, sia stata formalizzata la stigmatizzazione dei terapeuti tradizionali, considerati ignoranti, criminali, pseudo medici e nemici della società moderna messicana; in questo modo vennero poste le basi per le scelte politiche successive attraverso le quali, nonostante sia stato proposto un netto cambio

¹⁶⁹ Per un approfondito esame del tema, si consiglia la lettura dei primi capitoli della presente dissertazione, relativi alla costruzione del nuovo Stato messicano per mezzo di politiche indigeniste e “assimilazioniste”.

¹⁷⁰ “El que explote las preocupaciones, la superstición o la ignorancia del pueblo, por medio de supuesta evocación de espíritus adivinaciones o curaciones.”

di paradigma, non si riuscì facilmente a soppiantare a quell'ingombrante passato di discriminazioni avviate nei confronti dei terapeuti tradizionali.

Negli anni Settanta, con la presidenza di Lopez Porrillo (1976-1982) e come conseguenza del dibattito politico che sorse soprattutto all'interno delle agende internazionali sul rispetto dei diritti umani, e a fronte delle spinte di molti intellettuali messicani che appoggiavano la necessità di tutelare il pluralismo etnico presente nel Paese, lentamente

[...] riprende piede il linguaggio indigenista e si diffonde l'uso di concetti quali *indigenismo participativo* e *etno-sviluppo*¹⁷¹ (Page Pliego, 2002, p. 25);

si spostò così il fulcro della discussione sull'opposta necessità di dover *salvaguardare* – in qualche modo – i saperi dei medici tradizionali, per poter risolvere alcune delle problematiche di salute che dilagavano nelle zone a maggioranza indigena.

Nel 1978, con l'elaborazione della Dichiarazione di Alma-Ata da parte di un'équipe internazionale di esperti in cure mediche di primo livello, patrocinata dall'Unione Sovietica e coordinata da organizzazioni internazionali quali UNICEF e OMS, si formula il progetto "Salute per tutti nell'anno 2000", attraverso il quale vengono implementate le "primary health's cares", con l'intento di proteggere e promuovere un modello di assistenza medica statale che doveva essere attento a garantire, indiscriminatamente, cure di primo livello disponibili ed efficaci a tutti gli stati membri e a tutti i cittadini. Quest'iniziativa in Messico si tradusse in un aumento della partecipazione, a livello locale, di

[...] medici, infermieri, levatrici tradizionali, ausiliari di cura nelle comunità, così come di persone che adoperavano la medicina tradizionale (...) con la finalità di avere a disposizione un gruppo di terapeuti che fosse capace di farsi carico delle necessità socio-sanitarie delle comunità¹⁷² (Dichiarazione di Alma-Ata, 1978).

All'interno di questo quadro istituzionale, diretto a livello internazionale e che segue le linee del *Programa de recuperación y fortalecimiento de la cultura indígena* (1979), grazie anche all'operato

¹⁷¹ "Se replantea el lenguaje indigenista, empezándose a manejar conceptos como: indigenismo participativo y etnodesarrollo."

¹⁷² "Médicos, enfermeras, parteras tradicionales, auxiliares y trabajadores de las comunidades, así como personas que practican la medicina tradicional (...) para trabajar con un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de las comunidades."

dell'IMSS-COPLAMAR¹⁷³, in Chiapas e, nello specifico a Los Altos, si iniziano a stabilire contatti più istituzionalizzati e frequenti tra i medici di formazione scientifica e i terapeuti indigeni tradizionali della regione. Si costruirono, in quegli anni, molte cliniche e ospedali rurali, ancora oggi disseminati nelle zone montuose di Los Altos, e vennero assunti molti medici di formazione occidentale provenienti dal resto della nazione, per prestare il loro servizio nelle aree con le popolazioni più svantaggiate.

Tuttavia, non tardarono a manifestarsi diverse problematiche, che ancora oggi sono lontane dall'essere risolte: da un lato, i medici cittadini che lavoravano nelle cliniche rurali non avevano nessuna formazione specifica e nessuna conoscenza degli usi e costumi delle popolazioni indigene locali, e dall'altro le comunità spesso non accettavano i nuovi medici "temporanei", manifestando profonda diffidenza nei loro confronti. Inoltre, erano in pochi coloro che, terminata la carriera universitaria in medicina a Città del Messico o Guadalajara, facevano domanda o si prestavano a lavorare nelle regioni indigene e povere del Paese, dove lo stipendio era più basso, il lavoro più disagiato e l'avanzamento professionale pressoché assente.

Quei medici che accettavano di assumersi questi incarichi erano giovanissimi e quasi sempre alle prime armi. Ciò mi è stato confermato più volte durante il lavoro sul campo, durante il quale ho preso nota di affermazioni simili a quella di Carmen:

qui arrivano medici che non sanno svolgere bene il loro lavoro, molti sono giovani che spesso sbagliano e fanno pratica con il corpo di noi indigeni. Noi vogliamo dottori veri! Non vogliamo tirocinanti¹⁷⁴!

Permane, ed è estremamente diffusa, la consapevolezza che i giovani medici che svolgono il loro mestiere nelle cliniche rurali o negli ospedali della zona per qualche mese o anno, siano poco preparati o tirocinanti inesperti che "utilizzano" i corpi degli indigeni per fare pratica delle loro conoscenze teoriche.

Dalla fine degli anni Ottanta del Novecento, il Messico abbraccia un programma di sviluppo medico "neoliberale", che concede sempre più spazio ai soggetti privati nella gestione della salute pubblica per le cure di primo e di secondo livello, oltre che per quelle specialistiche, già da tempo

¹⁷³ Un convegno siglato con l'Istituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) che diede vita al programma IMSS-COPLAMAR, e che da allora si occupa di gestire le risorse distribuite alle popolazioni indigene meno abbienti.

¹⁷⁴ "Aquí vienen los médicos que no saben cómo hacer bien su trabajo, muchos son jóvenes que a menudo cometen errores y experimentan con el cuerpo de los nativos. ¡Queremos médicos de verdad! ¡No queremos aprendices!". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017.

privatizzate. Lo Stato, quindi, dichiara di farsi carico della sua popolazione, anche della più povera, ma propone servizi ospedalieri così scadenti che obbligheranno quella parte di popolazione che se lo potrà permettere a fare ricorso al sistema medico privato.

Sempre in quegli anni (precisamente il 7 febbraio 1984) viene, però, promulgata la *Ley General de Salud*, secondo cui da un lato si estende il diritto alla salute a tutti i cittadini, nell'ottica di uno sviluppo integrale della persona e della vita umana, ma dall'altro lato si attribuisce la responsabilità di perseguire questi obiettivi per le cure di primo e secondo livello in primo luogo, all'individuo, e poi alla famiglia e alla comunità. Difatti come scrive Page Pliego

[...] per far fronte alla diminuzione graduale delle risorse finanziarie devolute alle istituzioni socio-sanitarie e al conseguente deterioramento della qualità terapeutica orientata alle classi rurali e urbane più emarginate, è stata fomentata l'*autocura* e lo sviluppo di una cultura della salute diffusa, uniti alla responsabilizzazione degli individui e delle famiglie nel perseguire e mantenere uno stato di salute buono che prevenisse l'insorgere di malattie. È come dire che si materializza la tendenza a depositare nelle mani della famiglia e della comunità la responsabilità della salute e della cura delle malattie di cui essi soffrono¹⁷⁵ (Page Pliego, 2002, p. 40).

Facendo riferimento alle popolazioni indigene, i nuovi progetti in materia di salute si fondano sull'idea che avrebbero dovuto essere le popolazioni native, le loro famiglie e gli individui stessi a doversi "assumere le proprie responsabilità", relative al loro benessere fisico e alla tutela della loro salute, utilizzando anche le terapie tradizionali.

Da un lato, attraverso specifici enti quali l'ONU, la FAO, l'OMS, la comunità internazionale dà impulso a una serie di politiche sanitarie emergenziali in cui formalmente, lo Stato messicano, viene vincolato nell'impegno di proteggere i diritti dei gruppi indigeni marginali, ma dall'altro la tutela della salute della popolazione viene relegata sempre più alla responsabilità delle comunità indigene stesse e dei terapeuti tradizionali¹⁷⁶.

¹⁷⁵ "Aparejado a la disminución gradual de los recursos financieros destinados a las instituciones de salud, y, por ende, al deterioro de la calidad de la atención en las acciones orientadas a los marginados urbanos y rurales, predominantemente se fomenta el *autocuidado*, la cultura en salud y la responsabilidad individual y de la familia en el mantenimiento de la salud y en la generación de la enfermedad. Es decir, se concreta claramente la tendencia a depositar en la familia y la comunidad la responsabilidad en cuanto a conservar la salud y atender las enfermedades."

¹⁷⁶ Negli articoli 24 e 25 del Convegno 169, redatto in merito all'Organizzazione Internazionale del Lavoro (1989), viene scritto esplicitamente: "i servizi terapeutici dovranno essere organizzati a livello comunitario. Questi servizi dovranno essere pianificati cooperando con le popolazioni interessate, tenendo in considerazione le loro condizioni economiche, geografiche, socio-culturali, così come i loro metodi di prevenzione, le loro pratiche di cura e le loro terapie tradizionali" (OIL, 1989).

Nel 1993 l'Istituto di ricerca IMMS-COPLAMAR, che si formò proprio in virtù di questi processi in atto, organizza uno studio preliminare attraverso cui si sancisce e si esplicita la necessità di promuovere un'unione formale tra la medicina istituzionale e la medicina tradizionale, invitando il personale sociosanitario che avesse contatti con le comunità indigene in area soprattutto rurale, a *contabilizzare* le risorse di medicina indigena tradizionale presenti, e a condurre ricerche dettagliate sulle piante medicinali usate, dando in cambio la possibilità ai terapeuti indigeni di usare vaccini, sieri per flebo e altri farmaci da banco.

Degna di nota, a mio avviso, è la cornice politico-economica neoliberale in cui si inizia a sostenere la medicina tradizionale in Messico. In un momento in cui i fondi pubblici in materia di salute scarseggiavano, l'unico modo economico sostenibile per fornire assistenza di primo e secondo livello alla popolazione indigena era incentivando la partecipazione, la formazione e l'impegno dei medici indigeni locali, dal momento che essa era esclusa dal sistema sanitario nazionale (ricordiamo la riforma del *Seguro popular* esteso alla popolazione meno abbiente venne approvato in Messico solo nel 2004); ciò avvenne nonostante il fatto che fino a qualche decennio prima gli stessi medici tradizionali erano stati apertamente discriminati e i loro saperi messi al bando.

Poco dopo l'INI (Instituto Nacional Indigenista)¹⁷⁷ si incarica di incorporare il maggior numero di medici indigeni al Sistema Nazionale della Salute, con il proposito specifico, a Los Altos, di riconoscere formalmente e rafforzare la medicina indigena dell'area. Le azioni intraprese in quegli anni avevano la finalità di "organizzare" i medici tradizionali all'interno delle comunità indigene, promuovere la coltivazione di orti urbani con piante medicinali¹⁶⁷, implementare l'edificazione di "farmacie rurali" di erboristeria, incrementare attività di scambio di piante curative tra le comunità, preparare pingui dispense di composti di erbe medicinali e incentivare gli incontri tra le diverse tipologie di terapeuti tradizionali, al fine di favorire lo scambio delle loro conoscenze ed esperienze in materia di cure tradizionali¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Per approfondimenti sul tema si consiglia il testo molto dettagliato *Instituto nacional indigenista, comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas* (2012), coordinato da Margarita Sosa Suárez e Cristina Henríquez Bremer.

¹⁶⁷ Nella parte retrostante il Museo della Medicina Maya, si può visitare un orto e un reparto specifico di erboristeria dove Flor si occupa della raccolta, dell'essiccazione e della catalogazione di molte piante curative, che vengono vendute alla popolazione indigena locale e a qualche straniero di passaggio. Sul tetto dell'*Hogar Comunitario* è stato allestito un sistema di coltivazione "a cassetta", dove vengono coltivate svariate erbe medicinali: quella più usata è il *tomillo*, il timo, usato spesso assieme all'aglio per preparare un decotto utile a curare le infezioni alle vie urinarie, particolarmente diffuse tra le donne gravide.

¹⁷⁸ Da alcune interviste inserite nel testo *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México*, emerge chiaramente che i medici indigeni tradizionali di Los Altos distinguono con lucidità i vantaggi e gli svantaggi che

A Los Altos, in risposta all'acceso dibattito in materia di medicina indigena, vennero organizzate molte iniziative da parte delle stesse associazioni di medici e levatrici tradizionali (tra cui OMIECH), con la finalità di riorganizzare, conservare, tutelare e legalizzare i loro saperi e le loro pratiche mediche, che erano improvvisamente state poste al centro del dibattito nazionale e internazionale. Negli anni Ottanta del Novecento vennero implementati i progetti, menzionati all'inizio del paragrafo, di medicina parallela e partecipativa, che cercavano di favorire i contatti tra biomedicina e medicina tradizionale, coinvolgendo équipes di ricercatori, medici e scienziati sociali esperti di medicina indigena, molti dei quali resero disponibili le loro conoscenze in materia di culture mediche indigene e di metodologia sociale per favorire il processo¹⁷⁹.

Tuttavia, alcuni degli antropologi che parteciparono a questi anni di fermento hanno oggi assunto posizioni molto critiche sull'efficacia dei progetti di ricerca che essi stessi hanno coordinato nell'area di Los Altos; J. Page Pliego evidenzia esplicitamente come, nonostante le buone intenzioni di facciata di alcuni di questi progetti, non si sia effettivamente stabilito un confronto profondo, democratico e reale tra biomedicina e medicina tradizionale e che, contrariamente alle intenzioni, la convivenza tra le due medicine abbia favorito le ingerenze del sapere medico sul quello tradizionale, promuovendo una progressiva *burocratizzazione e frammentazione* della medicina maya.

Nello specifico, l'intenzionalità implicita della legislazione atta a tutelare la medicina indigena tradizionale oltre ad avere l'obiettivo di "riporre" interamente nelle mani della famiglia, della comunità e dei loro terapeuti tradizionali, la responsabilità terapeutica delle problematiche mediche di primo e secondo livello, implementa un apparato burocratico volto a *intercettare* i medici tradizionali tramite campagne di riconoscimento, per organizzarli in associazioni e finanziare progetti utili al rafforzamento delle loro pratiche e tecniche terapeutiche.

Ciò che il governo messicano si aspetta da queste attività di sostegno, anche economico, della medicina maya, è l'incremento del consumo delle terapie tradizionali, non solo da parte della

comportarono queste nuove iniziative politiche dirette a incentivare la medicina indigena tradizionale; alcuni svantaggi sono relativi alla preoccupazione che lo Stato non si voglia far più carico della tutela della salute della popolazione indigena, una volta sancita a livello legislativo la piena responsabilità che dovevano assumersi le levatrici tradizionali e i terapeuti locali. Tuttavia, molti vedono in modo positivo la possibilità che vengano loro distribuiti maggiori fondi ed elargiti finanziamenti utili a rafforzare le pratiche terapeutiche tradizionali. Altri, a fronte dell'acceso dibattito pubblico, sperano nella possibilità di ricevere una maggior tutela legale per poter esercitare liberamente le loro pratiche mediche, che in altri momenti della storia messicana erano state screditate e rese illegali.

¹⁷⁹ Un esempio interessante è stato quello coordinato da Jaime Page Pliego (2002) che, insieme a un'équipe di medici, ricercatori sociali e *curanderos tzotzil e tzeltal*, ha composto libri figurati di medicina maya, inserendo alcune concezioni chiave della loro cosmogonia per facilitare l'apprendimento della loro cultura al di fuori degli ambienti non accademici.

comunità indigena locale, ma anche della popolazione *mestiza* che abita nell'area di Los Altos e in particolare nella città di San Cristóbal.

Per lo Stato messicano è chiaro che, nella misura in cui le comunità ricorrono alle pratiche terapeutiche tradizionali, è possibile assorbire una parte consistente della spesa pubblica in materia di salute, aiutando a diminuire il volume di malati assistiti negli ospedali statali, poco efficienti e sforniti, e riducendo i fondi a essi assegnati. Le attività necessarie a incrementare questo processo sono quelle che appoggiano e sostengono – anche economicamente – le organizzazioni di medici tradizionali indigeni, mediante l'assegnazione di fondi e finanziamenti che non sono paragonabili al costo che avrebbe il mantenimento di un intero ospedale efficiente e all'avanguardia.

Nell'esperienza messicana, come vedremo meglio in seguito, l'integrazione progressiva delle levatrici tradizionali all'interno delle strutture ospedaliere (come, per esempio, l'*Hospital de las Culturas*) non è stata accompagnata da una reale volontà di formalizzare la loro professione e riconoscere l'efficacia e la funzionalità del loro operato, ma il processo di inclusione delle levatrici è stato forzato e coatto. La finalità primaria non era quella di relazionarsi a loro in maniera orizzontale, avviando un percorso di arricchimento partecipato dei rispettivi saperi, in vista di azioni di cura efficaci nelle aree marginali e povere a maggioranza indigena, utile a colmare la forte sfiducia nei confronti dei medici e del sistema ospedaliero locale.

Al contrario, il percorso di inclusione e sostegno delle nozioni mediche tradizionali del sistema sanitario nazionale, tra cui le levatrici, è avvenuto in maniera forzosa, per perseguire specifiche necessità economiche (quali il risparmio della spesa pubblica in materia di salute), e in linea con precise ideologie politiche neoliberali. I progetti partecipativi in sostegno della medicina locale vennero avviati senza che vi fossero i presupposti culturali ed educativi necessari a coglierne le grandi potenzialità, nell'ottica di una medicina più profondamente umanistica (Taussig 1980, in Quaranta, 2006, p. 105).

È da poco che ai medici degli ospedali di San Cristóbal si parla di educazione interculturale, di medicine indigene tradizionali come saperi organici, complessi e curativi, e non come mere superstizioni inefficaci, e il percorso nella direzione di mutuo riconoscimento e rispetto è ancora

molto lungo e difficile¹⁸⁰, anche perché si fonda su discriminazioni profonde e arcaiche, difficili da debellare.

5.2 Doña Micaela e il suo rifiuto aperto di rispondermi: il passato non è poi così lontano

C'è una cospirazione del silenzio attorno alla verità coloniale, qualunque essa sia.

(H. K. Bhabha, 2001, p. 173)

L'antropologia medica della società "cosiddette primitive" ci insegna anche che la medicina è uno strumento di controllo sociale.

(Taussig, 1980, in Quaranta, 2006, p. 104)

Le resistenze sono il termine altro nelle relazioni di potere, vi si iscrivono come il suo irriducibile faccia a faccia.

(Foucault, 1988, p. 124)

Le politiche sanitarie dirette alle popolazioni indigene messicane, tra cui quelle chiapanecche, proponendosi a favore della diffusione della medicina tradizionale, hanno invece contribuito alla sua progressiva disarticolazione. È doveroso riflettere attentamente sui processi recenti che influirono sulla disarticolazione dei saperi medici maya e sulle azioni politico-sanitarie, intenzionali e oculate, che lo Stato messicano ha diretto verso le conoscenze mediche e i terapeuti tradizionali.

¹⁸⁰ A questo proposito, non posso far a meno di ricordare alcuni corsi di formazione per levatrici tradizionali in cui queste si addormentavano durante gli incontri o non sembravano seguire con attenzione i medici formatori che, d'altra parte, si lamentavano di avere un'audience poco partecipativa; il tutto sembrava "un dialogo tra alcuni medici sordi e dei guaritori ai quali era stata sottratta la parola" (Beneduce, 2007, p. 159).

Gli anni Ottanta del Novecento possono essere considerati l'apice del processo già iniziato nella prima decade degli anni Settanta, quando vennero approvati in Messico i piani governativi che prevedevano la promozione e il finanziamento di attività associazioniste e aggregative tra le diverse tipologie di terapeuti maya presenti negli altipiani di Los Altos, in modo da favorire il reciproco scambio di conoscenze mediche. I piani, come abbiamo visto, incentivavano la coltivazione di orti urbani con un'alta varietà di piante medicinali locali che venivano lavorate e utilizzate come preparati terapeutici, insieme all'avviamento di svariati progetti pionieristici di medicina dialogica e interculturale che promuovevano lo scambio di conoscenze tra medici di formazione allopatrica e terapeuti tradizionali.

Queste iniziative, che andavano decisamente controcorrente rispetto all'attitudine mantenuta nei confronti dei terapeuti tradizionali durante i decenni precedenti, sono state un forte motore per una serie di rapidi cambiamenti culturali, le cui conseguenze sono ancora visibili oggi, soprattutto a San Cristóbal.

La medicina tradizionale ha acquisito sempre più importanza, sono aumentati esponenzialmente i progetti di ricerca a sfondo medico e sociale nell'area degli altipiani, orientandosi verso la catalogazione e la sistematizzazione delle risorse erboristiche native; i terapeuti tradizionali presenti sul territorio sono stati rintracciati e inventariati. L'interesse sociosanitario statale era chiaramente orientato a dare sostegno ai terapeuti maya che non dovevano perdere la loro mansione, soprattutto in quelle zone indigene rurali e urbane dove la sanità pubblica era pressoché assente.

Studiare la medicina maya e condurre ricerche etnografiche su tematiche affini diventa una tendenza; il revival diffuso della etno-medicina tradizionale chiapaneca – se si osserva in particolare il contesto di San Cristóbal – l'ha tramutata in un oggetto di ricerca *mainstream*, di moda, non solo per i messicani, ma anche per studenti e ricercatori stranieri interessati al tema¹⁸¹.

La medicina tradizionale è un sapere flessibile, poroso, dinamico, che si è dimostrato capace di “resistere” e adattarsi ai cambiamenti in atto; tuttavia, si crede che i processi appena descritti (che hanno toccato profondamente le medicine tradizionali e alcuni dei loro principi), insieme alle azioni politiche sanitarie avviate negli ultimi anni, abbiano incentivato un processo di *impoverimento culturale* (Remotti, 2011) dei saperi della medicina tradizionale e la perdita di “funzionalità” di

¹⁸¹ Ricordo solo che alcuni terapeuti maya più famosi e riconosciuti in città sono stati di sovente intervistati e resi coprotagonisti di etnografie o documentari; ad esempio “*La desaparición de la partería tradicional indígena en México*” disponibile in YouTube.

alcuni dei suoi guaritori. Oltre ai fraintendimenti accademici dei suoi usi e significati emici, la consapevolezza che il buonismo adoperato per incentivare la sopravvivenza della medicina maya fosse solo una strategia politica sociosanitaria di facciata, non sostenuta da una reale apertura dei medici nei confronti delle medicine native, ha esacerbato alcune conflittualità tra indigeni e latini, già presenti e radicate nel territorio chiapaneco.

La medicina tradizionale, e nello specifico la *partería*, sono pratiche ancora vive nel territorio, che resistono alle politiche sanitarie invadenti messe in atto nei loro confronti, ma che al tempo stesso si sono dovute adeguare ai principi della biomedicina; i gruppi di medici e levatrici indigene a Los Altos, organizzati in associazioni o cooperative, oggi

[...] lavorano per riscattare e rafforzare le loro medicine e le loro tradizioni perché a causa dell'impresa coloniale e del processo di formazione del Messico indipendente e postrivoluzionario, della penetrazione della chiesa cattolica e delle sette e dei movimenti cristiani transnazionali, hanno sofferto sia a livello strutturale e funzionale, con la conseguente perdita di alcuni saperi e di alcune pratiche o dell'alterazione a volte radicale di altre¹⁸² (Page Pliego, 2005, p. 90).

Uno dei primi giorni dedicati alle perlustrazioni preliminari utili a ogni ricerca sul campo, decido di visitare il Museo della Medicina Maya e di prendere contatti con Micaela Ico Bautista, una levatrice tradizionale indigena che sapevo essere la coordinatrice di molte delle attività che si svolgevano al suo interno.

Il museo si raggiunge dopo aver oltrepassato l'area caotica del mercato di San Cristóbal, una maleodorante discarica cittadina a cielo aperto, e dopo aver percorso una lunga via diretta verso la periferia, che segna visibilmente il confine tra il centro e quelle aree che vengono comunemente definite *las orillas de la pobreza*¹⁸³. L'alta presenza di negozietti in muratura e *tienditas* fa pensare che la popolazione che abita la zona, quasi interamente indigena, sia probabilmente già migrata in città da anni e vi risieda ormai stabilmente.

¹⁸² "Trabajan por el rescate y el fortalecimiento de su medicina y costumbre, porque debido a la penetración e influencia derivada, primero de la empresa colonial, y luego, al unísono, del México mestizo independiente y posrevolucionario, así como de la Iglesia Católica, sectas y denominaciones cristianas transnacionales, ambas han ido sufriendo en su estructura y sus dinámicas, con la consecuente pérdida de saberes y prácticas y con la modificación, a veces radicales de otras".

¹⁸³ Le sponde, le aree più marginali dov'è maggiormente concentrata la povertà.

Il Museo della Medicina Maya è molto piccolo e abbastanza spoglio, diviso in diverse sezioni tematiche; in una di queste è stata ricostruita, in dimensioni reali, la scena del parto indigeno tradizionale maya¹⁸⁴. All'interno delle teche disseminate nelle varie stanze sono stati esposti i vari strumenti utilizzati dalla levatrice e dai medici tradizionali, e alcuni preparati di erbe curative accompagnati dalle relative didascalie esplicative.

Appena fuori dal modesto museo mi aspetta Doña Micaela, seduta su un piccolo banchetto di legno, fingendo una certa indifferenza nei miei confronti. Mi precede nelle domande che io ero intenzionata a porle e in modo molto diretto mi chiede di dirle chiaramente "cosa avessi bisogno", senza troppi giri di parole; quando inizio a spiegarle il motivo della mia visita, sorride stizzita, dissimulando a stento la sua forte diffidenza nei miei confronti, che di lì a poco si sarebbe trasformata in una veemente critica.

Non essendomi preparata a questa fredda accoglienza, le riassumo in poche parole le mie intenzioni e lei con molta disinvoltura mi risponde:

parlare del dolore del parto è un'impresa ardua perché è difficile incontrare persone indigene disposte ad aprirsi, le indigene sono chiuse e non vogliono parlare di queste cose con gli stranieri. È un campo molto intimo quello che vuoi approfondire, ormai le donne indigene non vogliono più parlare di *partería* tradizionale con le straniere come te (...). Come faccio a fidarmi di te? Non posso darti il contatto delle mie amiche per intervistarle. Poi le cose sono diverse ora, la gente chiede soldi per rispondere alle domande, sono cambiate molte cose rispetto a un po' di anni fa quando abbiamo aperto il museo (...). La *partería* Maya ormai è diventata una moda e io non voglio rispondere più a nulla, mi fanno tutti le stesse domande e poi molti di voi ricercatori ci rubate i segreti della nostra medicina, come hanno fatto i medici! Cosa me ne viene in tasca se rispondo alle domande che mi fai? Posso tranquillamente inventarmi tutto. Meglio che mi paghi, così parlo più volentieri, sono già venuti tanti bianchi come te a chiederci informazioni sulla nostra medicina, ogni giorno arrivano, guarda (indica tre stranieri che stanno entrando nel giardino del museo)¹⁸⁵!

¹⁸⁴ Il parto maya viene rappresentato come un momento della vita di una coppia in cui i ruoli sono chiaramente definiti e in cui si esprime un'idea di complementarietà tra marito e moglie: la donna è generalmente sistemata in ginocchio di fronte al marito, aggrappata a lui mentre la sostiene dalla vita, preparandola in questo modo ad affrontare travaglio e parto. Accanto o dietro alla donna, in una posizione che le permetta di essere comoda per svolgere eventuali manipolazioni o assicurarsi che tutto proceda per il meglio, è presente la levatrice tradizionale.

¹⁸⁵ "Hablar sobre el dolor en el parto es una tarea difícil porque es difícil encontrarse con mujeres indígenas dispuestas a abrirse, los nativos están cerrados y no quieren hablar de estas cosas con los extranjeros. Es un campo muy íntimo lo que quieres profundizar, ahora las mujeres indígenas ya no quieren hablar sobre la partería tradicional con extranjeros como tú (...) ¿cómo puedo confiar en ti? No puedo darte el contacto de mis amigos para entrevistarlos. Las cosas son diferentes ahora, la gente pide dinero para responder a preguntas, muchas cosas han cambiado en comparación

Micaela, con la sua provocante reticenza e sfrontatezza, sferza una veemente critica nei miei confronti e delle innumerevoli forme di depredazione e sopraffazione che “gli occidentali” hanno operato nei confronti della medicina dei nativi messicani; negli ultimi decenni i *target* privilegiati di ricerca sono stati la *partería* e le conoscenze terapeutiche tradizionali relative alla gravidanza, al parto e al puerperio, bersagliate da una serie di provvedimenti legislativi relativi alla tutela del diritto alla salute riproduttiva (che approfondiremo in seguito).

Con le mie domande non ho fatto altro che far rivivere in lei il ricordo di tutti gli episodi in cui Micaela, come altre levatrici tradizionali, era stata presa di mira da gruppi di ricercatori o studenti, ma anche da medici che volevano approfondire alcuni temi legati alla *partería* maya. Progetti di ricerca invadenti, molti di questi, che di fatto miravano a classificare e stigmatizzare i saperi medici indigeni, snaturandoli, e che hanno caratterizzato la storia dell’antropologia medica messicana di stampo indigenista¹⁸⁶.

Tuttavia, ciò che richiamavo alla mente di Micaela (come, d’altra parte, avvenne anche in altre occasioni) erano, nello specifico, i medici: sempre più presenti anche nelle comunità indigene isolate dell’altipiano chiapaneco, propulsori della grande diffusione delle biomedicina nelle comunità indigene rurali e urbane, celano, sotto il camice bianco, la stessa bramosia di conoscenza e presunzione di superiorità nei confronti delle pratiche mediche native; fatto che ci riporta alla mente gli atteggiamenti assunti da missionari, scienziati ed esploratori ai tempi della conquista.

Doña Micaela manifesta una chiara insofferenza nei confronti delle prepotenze “dell’uomo bianco”, che in diversi momenti della storia coloniale e postcoloniale messicana, era stato un violento nemico dei nativi e delle loro culture.

Il reparto di *partería* indigena, situato all’interno dell’*Hospital de las Culturas*, è il luogo scelto da molti studenti e ricercatori dell’UNACH (*Escuela de Ciencias Sociales* di San Cristóbal) per condurre ricerche sulla medicina tradizionale. La dottoressa Irene, che coordina il reparto, mi permette di svolgervi alcune interviste e mi presenta un buon numero di levatrici tradizionali che vi lavorano,

quando hace unos años abrimos el museo (...) la *partería* maya ahora se ha convertido en una moda y no quiero responder más a nada, todos me hacen las mismas preguntas y luego muchos de ustedes investigadores roban los secretos de nuestra medicina, ¡como lo hicieron los médicos! ¿Qué viene a mi bolsillo si respondo a las preguntas que me haces? Puedo inventar todo fácilmente. Mejor, págame, así que hablo con más ganas, tantos blancos como tú ya han venido a preguntarnos acerca de nuestra medicina, vienen todos los días, ¡mira!”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, settembre 2018.

¹⁸⁶ Soprattutto in Chiapas gli antropologi medici continuano a prediligere come oggetto di studio “il nativo” e i suoi saperi medici ancestrali.

invitandole in maniera, a mio avviso, un po' forzata a rispondere alle domande che sottoponevo loro. La levatrice tradizionale Teodora, intervistata per prima e in poco tempo, sotto insistenza della dottoressa Irene, mi era sembrata fin da subito infastidita e, una volta sedute l'una accanto all'altra, mi aveva risposto con disattenzione e scortesia, elencandomi in maniera distratta ed eccessivamente sintetica le tecniche terapeutiche che utilizzavano le levatrici tradizionali nell'assistenza al parto.

Micaela, qualche giorno prima, assieme alla sua schiettezza, mi aveva acutamente depistato: "Ci sono donne che restano incinte in sogno"¹⁸⁷, afferma, "Davvero? E come succede", chiedo io, molto interessata. Micaela, già prevedendo l'interesse degli antropologi (a cui era abituata), mi racconta che un'amica rimase incinta in sogno, per poi mettersi a ridere a crepapelle quando vide che io avevo estratto il mio taccuino pronta ad annotare alcuni dettagli del suo racconto. "Non è vero!", mi dice, "certo che voi credete proprio a tutto quello che vi diciamo!"¹⁸⁸.

Come puntualizza Beneduce, facendo esplicito riferimento alla capacità dei terapeuti tradizionali di ricordare memorie storiche lontane, passate e dolorose come quelle coloniali,

[...] le questioni lasciate irrisolte dal colonialismo sono oggi altrettante spine nell'immaginario indigeno, spine che fanno sanguinare e che riportano alla luce in forme inattese i temi del dominio, della dipendenza, dell'egemonia culturale. La memoria della colonizzazione, della schiavitù nutre le rappresentazioni contemporanee della malattia, della cura, della salute (Beneduce, 2007, p. 27);

queste rappresentazioni sono campi di forze in scontro in cui riaffiorano, in forme inedite, conflitti latenti.

Nel precedente capitolo ci si è premutati di inserire con dettaglio alcune delle misure in materia di politiche medico-sanitarie prese nei confronti delle medicine tradizionali da fine Ottocento fino ai giorni nostri; la ricapitolazione di alcuni eventi è funzionale all'obiettivo: elaborare un pensiero critico nei confronti delle retoriche – spesso buoniste e a volte accusatrici – spese nei confronti dei metodi di cura tradizionali e dei guaritori indigeni. Per quanto riguarda la *partería*, come vedremo più nel dettaglio in seguito, queste retoriche deludenti si sono intrecciate a precisi obiettivi rintracciati all'interno dei discorsi politici internazionali, che mirano a una più estesa tutela del

¹⁸⁷ "Hay mujeres que quedan embarazadas en sueños." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, inizio novembre 2017.

¹⁸⁸ "¡No es verdad! ¡Vosotros creen en todo lo que te decimos!" Ibidem.

diritto alla salute riproduttiva femminile durante l'intera vita della donna ma, soprattutto, nelle fasi della gravidanza e del parto.

Negli altipiani del Chiapas i tassi di mortalità materna durante il parto sono tutt'ora molto alti (Freyermuth Enciso, 1994, 2003, 2013, 2015, 2017); le levatrici tradizionali, come gli altri terapeuti, a seguito delle disposizioni promulgate dalla *Ley General de Salud* (1986, comma D, p. 1), hanno la precipua responsabilità di provvedere alla tutela della salute di se stessi, delle loro famiglie e della comunità, devono però "aggiornare" i loro saperi e le loro tecniche terapeutiche in base ad alcuni principi medico-scientifici propri dell'ostetricia moderna.

Soprattutto negli anni Duemila, sono stati diffusi nelle aree indigene del Messico corsi di formazione biomedica imposti alle levatrici tradizionali, precedentemente censite, che hanno dovuto adeguare le loro conoscenze al linguaggio della medicina scientifica per poter continuare a esercitare la loro professione.

Senza tenere conto dell'alto numero di morti materne indigene che hanno luogo giornalmente anche negli ospedali di San Cristóbal e in quelli limitrofi, soprattutto a causa di infezioni postoperatorie (Sesia, in Freyermuth Enciso, 2017), gran parte della colpa dei decessi delle donne indigene nel parto è stata attribuita alle levatrici tradizionali, confermando così l'idea già diffusa che queste utilizzino tecniche primitive e siano incapaci di svolgere il loro mestiere, in quanto superstiziose, irrazionali e analfabete; inferiori, se messe a confronto con i medici di formazione occidentale¹⁸⁹.

Queste frizioni si generano sulla base di razzismi profondi e radicati che entrano nel campo della *partería* e della medicina in generale, soprattutto in contesti in cui medici allopatrici e guaritori indigeni vivono a stretto contatto. I dissidi si rivitalizzano, in questo caso per le levatrici, nei momenti in cui sempre nuovi attori (tra cui gli antropologi) tornano a pungolarle con domande e interrogativi impertinenti, dichiarando di voler conoscere le loro tecniche di cura ancestrali. Troppe volte i loro saperi di cura, una volta esplorati, sono stati giudicati irrazionali, inadatti e inferiori rispetto a quelli occidentali.

¹⁸⁹ Ricordiamo che i progetti di controllo e tutela biomedica della salute della popolazione indigena femminile giocano un ruolo particolare: spingono sulla sopravvivenza dei saperi indigeni tradizionali legati al parto, ma nel contempo li relegano in secondo piano rispetto alla moderna scienza medica, nonostante sia stato già certificato che il lavoro dei terapeuti è fondamentale, soprattutto per i soggetti indigeni che vivono in comunità isolate, meno alfabetizzate e più povere (Page Pliego, 2002). Questa tematica verrà approfondita in seguito nel capitolo 3.2 "I corsi di formazione per le levatrici tra utopie e contraddizioni".

Gli echi della colonia sono vivi nella quotidianità dei rapporti umani a San Cristóbal e le ritrosie provocatorie o le esplicite ostilità espresse da parte dei soggetti della ricerca di origine indigena ce lo ricordano puntualmente.

Per comprendere alcune delle ragioni dei contrasti e delle tensioni di oggi bisogna dunque farsi storici e risalire ai giudizi espressi da medici, psichiatri e *antropologi* nei confronti delle popolazioni e delle società un tempo definite “primitive” (Beneduce, 2007). Le levatrici che, come Micaela, tutt’ora assistono la gestante con tecniche di cura e conoscenze tradizionali, oggi sentono la pressione e il giudizio proveniente dallo sguardo dei ricercatori e dei medici di formazione occidentale, che riportano probabilmente loro alla mente quello assunto dagli stessi medici fin dal tempo coloniale; uno sguardo che a quel tempo (ma anche ai giorni nostri) mirava a catalogare per poter meglio gestire e sistematizzare la cultura indigena, per renderla più docile, e fare un inventario dei guaritori tradizionali per renderli ammaestrabili, governabili, educabili.

Occorre ripensare alla “violenza simbolica sottile, dolce e quasi invisibile” (Bourdieu, 2003) a causa della quale, con inammissibile leggerezza, sono state giudicate “inesatte e inefficaci” le medicine indigene, primitive le sue manifestazioni culturali, non solo in passato, ma anche nell’attualità. Considero inoltre fondamentale riconoscere le forme di resilienza dei nostri interlocutori, come *atti decisi di opposizione politica* a richieste poste “dall’uomo bianco” che, sotto altre vesti e con un’altra terminologia, risultano comunque inadeguate e invadenti, persino dispotiche.

Il ruolo dei terapeuti tradizionali, che oscilla tra l’essere considerato al tempo stesso di estrema utilità e screditato, è un tema utile ad approfondire in che modo i discorsi tra medicina tradizionale, biomedicina, economia e politica si sono sovrapposti nel tempo, e serve a farci capire il perché di tanta reticenza, da parte delle levatrici, nel rispondere alle domande che noi, antropologi occidentali, poniamo loro. In questo campo – non privo di ostacoli – le levatrici tradizionali affilano i loro strumenti cognitivi, pratici ed epistemologici al fine di ritagliarsi precisi spazi di negoziazione funzionali a mantenere il loro status e a ribadire la loro saggezza terapeutica e umana.

Nonostante il processo di impoverimento culturale che sta vivendo la medicina indigena sia probabilmente irreversibile, nel momento in cui ho intervistato le levatrici mi era chiaro che non solo i loro saperi fossero ancora vivi e riconosciuti come validi dalla popolazione indigena che abita gli altipiani del Chiapas oggi, ma che loro stesse vantassero un riconosciuto prestigio sociale nella

comunità (Salmeron, likar, in Freyermuth Enciso, 2017, pp. 262-267). Doña Micaela, Doña Teodora, Doña Mari disponevano tutte di un riconoscimento particolare che non si risparmiavano di farmi percepire, sia con i loro silenzi, che con le risate di scherno o le aperte provocazioni che mi lanciavano.

Molte levatrici tradizionali, oggi, oltre al ruolo di cura e il prestigio sociale che negoziano nella comunità, hanno dovuto capire in che modo relazionarsi con le strutture ospedaliere locali, i medici, e le associazioni attive sul territorio in tutela della *partería*, che sempre più si sono occupate di medicina tradizionale. Micaela Ico Bautista è la prima levatrice tradizionale maya che ho conosciuto, coordinatrice del Museo della Medicina Maya di San Cristóbal, co-fondatrice di OMIECH (Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas) e presidente dell'Área de *Mujeres y parteras tradicionales*; nel caso di Micaela, l'affermato ruolo terapeutico dei guaritori nell'entourage locale è stato affiancato da un altrettanto riconosciuto potere politico e sociale che lei e altre levatrici hanno negoziato continuamente nelle comunità e fuori da esse, relazionandosi con le istituzioni politiche e sociosanitarie locali.

Le levatrici inoltre mediano e dialogano con il personale sociosanitario che visita le comunità o che (più o meno stabilmente) lavora nei *centros de salud* disseminati nelle periferie indigene urbane o nelle comunità rurali di Los Altos. Il ruolo di intermediazione e dialogo che la levatrice intraprende con il personale medico scientifico, può influire, in alcuni casi, sulla condivisione e lo scambio reciproco di conoscenze, strumenti e tecniche di cura, ma soprattutto è utile ad avvicinare al sistema di cura biomedico i membri delle comunità indigene, che altrimenti sono generalmente restii a sottoporsi a visite mediche nei centri di salute. È necessario contare su alcune persone di riferimento nelle comunità per avvicinare la popolazione locale al personale sociosanitario (Freyermuth Enciso, 2014) e le levatrici indigene sono spesso state formate come *promotores de salud* locali, diventando esse stesse il legame tra le comunità e i medici¹⁹⁰.

Il fatto che alcune levatrici tradizionali abbiano confidenza con medici e con gli ospedali fornisce loro un particolare prestigio agli occhi di alcune pazienti, soprattutto giovani, che preferiscono che

¹⁹⁰ Eduardo, un medico molto giovane che lavorava presso l'*Hospital de las Mujeres* e in alcune comunità indigene di Los Altos per promuovere la prevenzione del papilloma virus, afferma: "se la levatrice è popolare e riconosciuta e instaura un buon rapporto con il medico di turno che lavora nella comunità, è più facile che le donne si sottopongano a esami del sangue nei primi mesi della gravidanza, ecografie, test sulle malattie sessualmente trasmissibili, aumentando la possibilità che, in caso di emergenza in gravidanza o nel parto, si rechino in ospedale, rendendo più facilmente identificabili con anticipo le forme di tumore maggiormente diffuse nelle comunità".

la loro levatrice abbia frequentato corsi di formazione biomedica. La stessa Mercedes in un'intervista mi spiega:

Io sono andata da una levatrice tradizionale per i miei primi parti ma preferisco le levatrici che abbiano frequentato i corsi di formazione in ospedale, che sappiano utilizzare tutti gli strumenti che hanno a disposizione i medici per curarti, non mi fido più di quelle levatrici tradizionali che tagliano il cordone ombelicale con le forbici vecchie, che magari non le disinfettano nemmeno¹⁹¹.

La levatrice tradizionale quindi, in molti casi, non è solo terapeuta della gravidanza, ma diventa anche leader sociale, un soggetto attivo politicamente dentro associazioni, cooperative e in progetti comunitari, un *promotor de salud*, oltre a essere un punto di riferimento per la comunità. Nello stesso modo, i saperi di cura tradizionali usati dalle levatrici, vanno oltre la cura di un organo o di una singola parte del corpo femminile, aiutando così la gestante indigena ad adattarsi alle nuove sfide che la gravidanza e la maternità pone in contesti vivaci e in continuo mutamento come quelli delle comunità indigene di Los Altos.

Quando si allude alla *partería*, si stanno interpellando soggetti e tecniche di cura in molti casi ancora legati alla trasmissione onirica delle conoscenze terapeutiche o a un insegnamento iniziatico tramandato oralmente seguendo la linea femminile (Page Pliego, 2005), uniti a una componente di apprendimento pratico che avviene generalmente tra una levatrice tradizionale anziana e un'adepta più giovane, spesso tra loro imparentate¹⁹². Tuttavia è parso evidente che il controllo della biomedicina sulla gravidanza si stia tramutando in un progressivo tentativo di controllo su una "corretta" (e quindi medicalizzata), gestione della vita corporea, emozionale e psichica delle donne indigene gravide e dell'operato delle levatrici tradizionali; la *partería* oggi a San Cristóbal

¹⁹¹ "Yo fui da una partera tradicional para mis primeros partos, pero prefiero las parteras que asistieron a los cursos de capacitación en el hospital, que saben cómo usar todas las herramientas que los médicos usan para curarte, ya no confío en esas parteras tradicionales que cortan cordón umbilical con tijeras viejas, que ni siquiera pueden desinfectarla". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

¹⁹² Si rileva che molte delle levatrici tradizionali intervistate sono analfabete, ma ciò ostacola la loro capacità di gestire e monitorare efficacemente l'andamento di un parto sulla base dell'esperienza e dei loro specifici saperi medici di origine maya.

[...] dall'essere un campo femminile, passa ad essere un'area di esclusiva pertinenza della medicina e della politica¹⁹³ (Freyermuth Enciso, 2018, p. 11).

La medicalizzazione della *partería* è un processo caratterizzato dallo *sconfinamento* da parte della scienza biomedica (M. Colucci in O. Marzocca, 2005), che tende ad andare al di là dei suoi limiti e che non è più solo “arte di cura”, ma sviluppo di saperi e di pratiche invasive che *colonizzano* la vita, controllando e gestendo anche coloro che danno la vita, le donne gravide e le levatrici tradizionali preposte alla loro tutela.

Questa colonizzazione viene chiaramente sentita e denunciata da Micaela, che rifiuta con forza le ingerenze della biomedicina, dei medici e dei ricercatori nell'arte della *partería* tradizionale maya che, a tempi alterni e dietro varie retoriche, hanno caratterizzato la storia delle politiche sanitarie indigene in Messico.

5.3 Scegliere gli ospedali? L'opinione di alcuni pazienti indigeni e i limiti della cura mista

Una delle principali difficoltà che deve affrontare il sistema biomedico in Messico è il suo radicamento in politiche pubbliche fortemente razziste¹⁹⁴.

(Page Pliego, 1014, p. 10)

Proprio la potenza d'intervento sul piano clinico che la biomedicina può dispiegare la induce ad assestarsi su posizioni così riduttivamente organicistiche da lasciare del tutto sguarnito il fronte della “spiegazione” della malattia (...). Un fronte sul quale

¹⁹³ “De ser un campo exclusivo de las mujeres pasó al ser un terreno propio de la medicina y de la política.”

¹⁹⁴ “Una de las principales dificultades que enfrenta el sistema biomédico de atención pública en México es su cimentación en una política pública claramente racista.”

la medicina tradizionale, priva com'è di rigidi modelli normativi e manifestamente inclusiva nei confronti di ogni altro sapere, compreso quello biomedico, si muove con estrema disinvoltura e flessibilità.

(Alessandro Lupo, 2012, p. 106)

Una delle maggiori difficoltà che si trova a dover affrontare il sistema sanitario pubblico messicano, nell'opinione di Page Pliego, è il fatto che si struttura sulla base di una politica marcatamente razzista (Page Pliego, 2014, p. 10).

Per la risoluzione delle gravi problematiche sociosanitarie radicate tra le fasce più povere della popolazione, dal 2010 in poi, è stato devoluto meno del 3% del PIL¹⁹⁵, risultato del vorace processo di privatizzazione della salute pubblica nel Messico neoliberale. La mancanza di strumenti, farmaci, e personale, così come le strutture fatiscenti, caratterizzano gli ospedali pubblici della regione Chiapas, che non sono in grado di rispondere efficacemente all'aumento della domanda dei pazienti, anche indigeni, che è stata generata dalla progressiva e insistente medicalizzazione dell'area (Sesia, van Dijk, Aguiler a, in Page Pliego, 2014, pp. 241-265), soprattutto per quanto riguarda l'ambito neonatale.

A questa situazione, sicuramente non rosea, si sommano le forti diseguaglianze economiche e sociali che devono affrontare le popolazioni indigene chiapanecche rispetto ad altri gruppi etnici e che limitano l'accesso ai servizi sociosanitari pubblici presenti nel territorio; l'incidenza di queste problematiche non è distribuita in maniera proporzionata tra popolazione indigena e non indigena, ma si stima che questa disuguaglianza potrebbe essere suscettibile di modificazioni mediante l'attivazione di politiche specifiche, in particolare in materia di salute (Meneses Navarro, Block, Sanchez, Freyermuth Enciso, in Page Pliego, 2014, p. 17).

Il tasso di mortalità per malattie trasmissibili (16%) tra le popolazioni indigene messicane è quasi doppio rispetto al resto della popolazione nazionale (9%), la speranza di vita è in media di 8 anni inferiore rispetto ai connazionali non indigeni, e nelle aree rurali arriva fino a 20 anni in meno (SSA, 2007, pp. 37-37). I tassi di mortalità infantile indigena raggiungono il 22,8% per ogni mille nati vivi,

¹⁹⁵ Si consiglia di prendere visione del reportage di Fátima Monterrosa e Victor Oliveira intitolato *Crisi Hospitalaria Chiapaneca*, disponibile sulla piattaforma YouTube a questo link: www.youtube.com/watch?v=Tk337oobKaw

rispetto al 15,4% del resto della popolazione, mentre i tassi di mortalità materna sono tre volte superiori tra le donne indigene. In Chiapas, in particolar modo, si osserva una notevole disuguaglianza nell'accesso ai servizi pubblici di salute che interessa maggiormente la popolazione indigena, il cui numero si aggira attorno ai 1,3 milioni (il 27% di quella totale).

In questa parte della trattazione, rispetto a quanto detto prima, si vorrebbero riportare alcune delle problematiche culturali e sociali riscontrate sul campo, per evidenziare quanto difficile sia l'accesso ai servizi ospedalieri pubblici da parte della popolazione indigena. Si farà un esplicito riferimento all'opinione di alcuni pazienti indigeni che non si sono sentiti a loro agio una volta deciso di recarsi in ospedale e verrà elaborata una critica nei confronti dei progetti di cura mista e interculturale si sono rivelati profondamente inefficaci.

Com'è già stato accennato, negli ultimi vent'anni la *partería* tradizionale è stata oggetto di una progressiva burocratizzazione e medicalizzazione che ne hanno alterato la funzionalità e indotto drastici cambiamenti nell'esercizio del mestiere. La maggior parte delle levatrici tradizionali che operavano nelle comunità indigene hanno dovuto lentamente aderire a percorsi di formazione biomedica e sono molte le levatrici tradizionali che oggi, in caso di anomalie nel parto (anche non gravi), invitano la donna a recarsi d'urgenza in ospedale anche per non subire pressioni e denunce da parte dei medici.

Capita spesso che le levatrici decidono di accompagnare la gestante in ospedale in caso di anomalie o emergenze, ma spesso non vengono ben accolte dal personale sociosanitario, che le rimprovera per la qualità del lavoro svolto prima del ricovero. Mari, la levatrice dell'*Hogar Comunitario*, durante una lunga conversazione mi spiega che al tempo in cui lavorava nelle comunità aveva deciso in qualche caso, previo consenso della famiglia della gestante, di indirizzare una donna sua assistita all'*Hospital de las Mujeres*, che si trovava poco distante dall'*Hogar*, perché la nascita del bebè tardava e lei non aveva altri strumenti per poter gestire la situazione. Tuttavia, mi racconta che, una volta giunta in ospedale assieme alla gestante indigena, era stata brutalmente sgridata dal personale sociosanitario e dai medici in sala:

mi sgridarono in modo molto aggressivo i medici, dicendomi che avrei dovuto portare in ospedale la donna molto prima e che era colpa mia se ora stava per morire, io mi sentii molto male, colpevole, anche se io quella donna l'avevo assistita con attenzione e avevo fatto il mio lavoro¹⁹⁶.

La donna era stata ricoverata d'urgenza e preparata per il cesareo. Era una ragazza giovane e primipara, non aveva confidenza con il sistema ospedaliero e con i medici, per questo aveva scelto di dare alla luce il suo primo figlio con Mari.

Comunque non mi hanno dato il permesso di stare con la ragazza, nonostante lei volesse che io le stessi accanto; la svestirono, la misero sul lettino e la portarono via. Non era così grave la ragazza, sono tanti anni che assisto ai parti. Lei era molto spaventata e preoccupata e io mi sono sentita molto triste, impotente¹⁹⁷.

Non era stato dato il permesso a Mari di accompagnare la donna verso la sala operatoria anche se lei le aveva esplicitamente chiesto di restarle accanto; voleva vicino la levatrice tradizionale che l'aveva seguita in tutta la gestazione, che parlava la sua lingua ed era a lei familiare, a differenza del personale sociosanitario, che le era estraneo.

Dal racconto di questo episodio, pare esplicita la rudezza del trattamento che è stato riservato sia alla levatrice che alla gestante indigena; nonostante ciò, in tutte le interviste sottoposte al personale medico sanitario degli ospedali di San Cristóbal, emerge il fatto che sia ormai radicata, tra medici e infermieri, l'opinione che in ospedale si debba avere un occhio di riguardo nei confronti dei pazienti indigeni e dei loro guaritori. Altrettanto estesa è l'opinione, tra i medici, che si debba dialogare con i guaritori tradizionali che si erano occupati delle cure riservate al paziente indigeno prima della sua visita o del suo ricovero in ospedale.

Nonostante circolassero abbondantemente questi buoni propositi, sia le abitudini igienicosanitarie delle popolazioni indigene sia le tecniche di cura adoperate dai guaritori venivano considerate

¹⁹⁶ “Los doctores me regañaron muy duramente, diciéndome que debería haber llevado a la mujer al hospital mucho antes y que era mi culpa si ahora iba a morir, me sentí muy mal, culpable a pesar de haberla mal cuidada, pero yo creo que la asistí bien con mi trabajo...”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, gennaio 2018.

¹⁹⁷ “Sin embargo, no me dieron permiso para estar con la chica, aunque ella quería que yo estuviera a su lado; la desnudaron, la pusieron en la cama y se la llevaron. La chica no estaba tan mal, hago este trabajo hace tantos años. Estaba muy asustada y preocupada y me sentí muy triste, indefensa.” Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, novembre 2018.

“arretrate” soprattutto se paragonate con quelle biomediche. Questi giudizi abbondavano in particolare quando i medici si riferivano all’operato delle levatrici tradizionali, i cui contatti con gli ospedali erano ormai abbastanza frequenti dato l’aumento dei tassi di ospedalizzazione nel parto anche tra le donne indigene (Sesia, van Dijk, Aguilera, in Page Pliego, 2014, pp. 241-265).

Il dottor Mariscal, direttore dell’*Hospital de las Culturas*, che mi diede il nullaosta per svolgere una parte delle mie interviste nei reparti di quell’ospedale, mi spiega chiaramente in un’intervista:

nei programmi medici statali si insiste molto su quest’idea dell’interculturalità e sul fatto che la medicina deve essere una medicina interculturale, anche perché su 10 donne in procinto di partorire che arrivano da noi in emergenza, 7 vogliono essere curate da levatrici tradizionali e con tecniche di medicina tradizionale. La *partería* è molto diffusa e la levatrice tradizionale è ancora una figura di riferimento molto rappresentativa per una parte consistente della popolazione nativa; occorre tener conto di questi fatti e lavorare con le levatrici tradizionali (...). Nel nostro ospedale insistiamo molto sul fatto che i medici imparino queste parole: dialogo, rispetto, interculturalità (...). I medici che lavorano in queste zone dovrebbero fare dei corsi di formazione anche per sapere qualcosa in più della medicina tradizionale, ma nella carriera universitaria in medicina non vengono inserite queste materie, quindi i medici imparano *con la pratica*, qui in ospedale a San Cristóbal e nelle cliniche rurali, come interagire con i pazienti. Molto dipende dal carattere e dalla sensibilità di ognuno a questi temi¹⁹⁸.

Le vignette appese alle pareti della sala d’attesa del reparto di ginecologia e ostetricia sembravano confermare le intenzioni a promuovere un approccio interculturale alla cura, con spiragli di apertura al dialogo con i terapeuti tradizionali, per avvicinare la popolazione indigena agli ospedali e rendere meno traumatica la loro esperienza. Nella vignetta dal titolo *Linee guida interculturali per il personale di salute* questi sono i punti a cui il personale sociosanitario doveva fare più attenzione:

¹⁹⁸ “En los programas médicos estatales hay una gran insistencia en esta idea de interculturalidad y en el hecho de que la medicina debe ser una medicina intercultural, también porque de cada 10 mujeres a punto de dar a luz que acuden a nosotros en emergencia, 7 quieren ser tratadas por parteras tradicionales y con técnicas de medicina tradicional. La partería es muy extendida y la partera tradicional sigue siendo una figura de referencia muy representativa para una parte sustancial de la población nativa. Estos hechos deben tenerse en cuenta para trabajar con las parteras tradicionales. (...) En nuestro hospital insistimos mucho en el hecho de que los médicos aprendan estas palabras: diálogo, respeto, interculturalidad. (...) Los médicos que trabajan en estas áreas también deben tomar cursos de capacitación para aprender más sobre la medicina tradicional, pero en la carrera universitaria en medicina estos temas no están incluidos, por esta razón los médicos aprenden con la práctica cómo interactuar con los pacientes, aquí en el hospital de San Cristóbal y en las clínicas rurales. Mucho depende del carácter y la sensibilidad de cada persona...”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

1) Mantenere con il paziente e i familiari un atteggiamento rispettoso, che sia anche comprensivo e gentile. 2) Evitare di burlarsi, sgridare o proibire l'utilizzo di elementi propri della medicina tradizionale del paziente. 3) Favorire l'incremento dell'empatia e del rispetto verso i pazienti. 4) Spiegare la malattia, il trattamento farmacologico e la cura forniti al paziente. 5) Toccare il paziente solo dopo che abbia dato il consenso, in accordo alla malattia che si sta trattando, spiegando che tipo di manovre verranno fatte. 6) Incrementare la partecipazione sociale e la comunicazione attiva con le autorità locali. 7) Evitare di esprimere giudizi, pregiudizi, o imputare colpe rispetto alle cause delle malattie dei pazienti. 8) Adattare la missione e la visione del servizio che si compie, includendo la soddisfazione dell'utente come uno degli elementi centrali. 9) Identificare la soggettività culturale dei pazienti e avvicinarsi alle loro percezioni e aspettative, considerando la loro diversità culturale e la loro visione del mondo. 10) Prevenire, identificare e risolvere problematiche connesse alla percezione dei pazienti, conoscendo e applicando metodi che promuovano vincoli tra azioni volte a promuovere una salute degna, in accordo con la comunità e la società civile¹⁹⁹.

Tuttavia, quando durante l'intervista al dottor Mariscal entriamo nel merito del lavoro terapeutico interculturale e accenniamo alla possibilità effettiva di costruire un modello di assistenza che possa includere le levatrici tradizionali in ospedale, affiancandole a ostetriche e infermiere, mi spiega:

non possiamo considerare le levatrici tradizionali *allete*, perché *devono* fare corsi di formazione e “parlare il linguaggio dei medici”, sennò il loro contributo non ha senso (...). La levatrice tradizionale è testarda, non vuole cambiare, spesso non sa né leggere né scrivere, è analfabeta e ignorante, non vuole mettersi al passo coi tempi e partecipare ai corsi di formazione per aggiornarsi un po'. Quando ho coordinato i corsi di formazione alle levatrici, molte si addormentavano, non ascoltavano, sembravano non capire quello che noi

¹⁹⁹ “1) Mantenga una actitud respetuosa y amable con el paciente y los miembros de la familia 2) Que evite burlarse, regañar o prohibir el uso de la cosmovisión y la medicina tradicional 3) Que favorezca el aumento de la empatía y respeto por los pacientes 4) Que la enfermedad, el tratamiento farmacológico y la atención brindada al paciente puedan ser bien explicados 5) Que el paciente sea tocado solo después de haber dado su consentimiento, de acuerdo con la enfermedad que se está tratando, explicando qué tipo de maniobras se realizarán 6) Que se pueda aumentar la participación social y la comunicación activa con las autoridades locales 7) Que evitemos expresar juicios, prejuicios, fallas con respecto a las causas de las enfermedades de los pacientes 8) La misión debe adaptarse y la visión del servicio que se cumple, incluida la satisfacción del usuario como uno de los elementos centrales 9) Identificar la subjetividad cultural de los pacientes y acercarse a sus percepciones y expectativas, teniendo en cuenta su diversidad cultural y su cosmovisión 10) Prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con la percepción de los pacientes, conocer y aplicar métodos que promuevan restricciones entre las acciones que tienden a una salud digna de acuerdo con la comunidad y sociedad civil.” Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2018.

dicevano loro. E pensare che sono terapeuti anche loro! Questo è un grave problema che rende difficile il dialogo²⁰⁰.

Se queste sono le opinioni che il direttore dell'ospedale mi esprime nell'intervista riguardo i terapeuti tradizionali, ci si deve interrogare a fondo sui presupposti educativi, umani e culturali su cui si sta avviando la "collaborazione" tra medici e levatrici tradizionali in ospedale, domandandoci con quale riguardo vengano visitati i pazienti indigeni, la cui ospedalizzazione viene peraltro incentivata dalla presenza dei terapeuti negli ospedali; nello specifico, il dottor Mariscal, nella sua intervista scredita l'operato delle levatrici tradizionali, tacciandole di essere analfabete, testarde e poco desiderose di voler aggiornare le loro conoscenze. Il direttore stesso rende esplicite le idee razziste e discriminatorie nascoste dietro le buone intenzioni di dialogo interculturale con i terapeuti tradizionali, dialogo finalizzato a diminuire le barriere socioculturali che creano disuguaglianze nella possibilità di formulare una richiesta di cura tra pazienti indigeni e pazienti non indigeni (già familiarizzati al modello di assistenza biomedico).

Le abitudini igienico-sanitarie indigene e quelle dei terapeuti tradizionali vengono considerate dai medici "pericolose", opinione che si alimenta di dilaganti pregiudizi e che è sostenuta dall'ignoranza diffusa dei medici riguardo le usanze culturali e terapeutiche delle popolazioni native; non solo, spesso non viene prestata adeguata attenzione al contesto in cui vivono i pazienti indigeni, caratterizzato da isolamento geografico, assenza di mezzi di trasporto utili per raggiungere rapidamente gli ospedali, povertà estrema e assenza di servizi basici, quali acqua potabile e rete fognaria, tutti fattori che incidono su quelle che vengono superficialmente definite "usanze igienico-sanitarie" o sui tempi e la modalità con cui viene richiesto l'intervento terapeutico.

Come dichiara Page Pliego, medico e antropologo che a lungo ha lavorato con le popolazioni indigene di Los Altos:

²⁰⁰ "No podemos considerar a las parteras tradicionales aliadas, porque tienen que hacer cursos de capacitación y "hablar el idioma de los médicos", de lo contrario su contribución no tiene sentido. (...) La partera tradicional es terca, no quiere cambiar, no sabe leer ni escribir, es analfabeta e ignorante, no quiere ponerse al día y participar a los cursos de capacitación para mantenerse al día. Cuando coordiné los cursos de capacitación para parteras, muchas se quedaban dormidas, no escuchaban, parecían que no entendían lo que les decíamos. ¡Y pensar que ellas también son terapeutas! Este es un problema grave que dificulta el diálogo." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2018.

[...] Si considera che a causa delle tradizioni culturali che hanno i medici bianchi, sarà molto difficile che non trattino con disprezzo gli indigeni, perché sono abituati considerare gli indigeni come se fossero animali; pensano che non si lavano perché hanno paura dell'acqua e non si mettono a pensare al tempo che impiegano per andare a cercare l'acqua, quando è disponibile. Vivono in una situazione di scarsità d'acqua così diffusa che a volte non ne hanno a sufficienza per bere o pulire le stoviglie. Queste sono conoscenze che i medici professionisti dovrebbero avere²⁰¹ (Page Pliego, 2005, p. 112).

Gli ospedali di San Cristóbal sono ambienti poco salubri, inefficienti e *ostili* per molti i pazienti di origine indigena; spesso le sale d'attesa o i reparti di emergenza sono letteralmente "occupati" da famiglie indigene che vi si accampano per interi giorni, aspettando che venga visitato un familiare o che venga dimesso un parente.

Molti di loro, soprattutto donne gravide, dichiarano di aver ricevuto trattamenti poco riguardevoli durante le visite: i medici usavano un tono di voce aggressivo, avevano poca pazienza, le visitavano con pressapochismo e adottavano un atteggiamento discriminatorio. A causa di questi episodi spiacevoli, alcune donne non erano ben disposte a farsi visitare nuovamente, dichiarandomi apertamente di non volere più recarsi in ospedale e di preferire di gran lunga la cura dispensata dai loro guaritori tradizionali.

Intervistando i pazienti indigeni che hanno chiesto assistenza nei reparti di pronto soccorso dei due ospedali in cui ho fatto ricerca, mi è stato da tutti denunciato di aver ricevuto un "mal trato", un trattamento non adeguato, di essersi sentiti non solo trascurati, ma curati frettolosamente, con poca attenzione, e di essere stati vittime di atteggiamenti discriminatori nei confronti delle loro abitudini igieniche, alimentari, sessuali e sanitarie.

In questi stralci di interviste riportiamo alcune opinioni diffuse, che ho annotato facendo brevi domande ai pazienti che incontravo fuori dagli ospedali.

Non voglio andare dal medico; siccome ci sono solo medici bianchi e io sono indigena non mi curano bene.

²⁰¹ "Se considera que, debido a las costumbres, que ya de por sí, tienen los médicos ladinos, sería muy difícil que no desprecien a los indígenas, porque están acostumbrados a tratar a los indios de *cochinos*, debido a que piensan que la gente no se baña porque le tiene miedo al agua, y no se ponen a pensar, en el trabajo que representa el acarreo de agua, cuando la hay; que viven con tan escasez de agua que incluso a veces no tienen ni suficiente para tomar o limpiar sus trastos. Conocimientos que por su profesión debieran tener."

Non hanno fiducia in me e anche io non mi fido della loro medicina e delle loro cure²⁰² (Maria, Chenalò).

Molte donne non ci vogliono andare, perché hanno sentito che devono togliersi i vestiti. Questo è ciò che le donne non vogliono. Per questo io non voglio che mia moglie vada all'ospedale, e nemmeno lei vuole andarci. È necessario che i medici rispettino le nostre donne¹⁹³ (Mario, Chenalò).

È opinione comune tra i nativi che i medici obblighino le donne a togliersi i vestiti e scoprire i genitali per essere visitate, com'è usanza nella tradizione ginecologica biomedica. Diversamente, le levatrici tradizionali, durante le visite alla gestante, non toccano le donne nelle loro parti intime e non le fanno mai svestire del tutto; solo il ventre della donna viene scoperto e manipolato dalla levatrice tradizionale e il contatto visivo con le parti intime è sempre mediato, mai diretto: si usa, per esempio, uno specchio per monitorare la dilatazione della vagina nel travaglio. Inoltre, le levatrici tradizionali sono quasi esclusivamente donne, cosa che fa sentire le gestanti indigene più a loro agio. Per questi motivi, molti mariti proibiscono alle loro mogli di farsi visitare da operatori sociosanitari con formazione biomedica, imponendo alle donne di farsi seguire dalla levatrice e di optare per un parto tradizionale in casa.

I dottori si vede che spesso stanno lì senza volerci stare, non vogliono trattare bene i pazienti, si vede che a volte alzano la voce o hanno uno sguardo aggressivo, notiamo subito quando c'è un distacco e una distanza tra i medici bianchi e noi indigeni²⁰³ (Pedro, Las Limas, Chenalò).

Noi vogliamo veri medici, non vogliamo tirocinanti pronti a fare pratica sui nostri corpi!¹⁹⁵ (Carmen, San Cristóbal de Las Casas).

²⁰² "No quiero ir al doctor. Como solo hay médicos blancos y yo soy indígena, no me tratan bien. Ellos no confían en mí y yo tampoco confío en su medicina o su cuidado". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, novembre 2017. ¹⁹³ "Muchas mujeres no quieren ir porque han escuchado que tienen que quitarse la ropa. Esto es lo que las mujeres no quieren. Es por eso que no quiero que mi esposa vaya al hospital, y ella tampoco quiere ir. Los médicos deben respetar a nuestras mujeres." Ibidem.

²⁰³ "Los médicos se ve que están allí sin querer quedarse, vemos que en su comportamiento existe el hecho de que no quieren tratar bien a los pacientes, vemos que a veces levantan la voz o tienen una mirada agresiva, notamos de inmediato cuando hay un distanciamiento y una distancia entre los médicos blancos y nosotros los indígenas". Note di campo San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017.

Non possiamo non riconoscere che la scarsità di investimenti pubblici in materia di salute di primo e secondo livello, è spesso la causa di ospedalizzazioni o ricoveri disagiati e di decessi evitabili, cosa che influisce sull'idea, molto diffusa tra la popolazione indigena, che in ospedale ci sia un alto rischio di morte. "In ospedale si muore e si muore di più che a casa!" afferma Veronica (Veronica, San Cristóbal de Las Casas)²⁰⁴.

L'opinione di Veronica non è del tutto priva di fondamento; difatti, in passato, come ci spiega Page Pliego:

[...] San Cristóbal de Las Casas aveva l'ospedale San Juan de Dios, i cui servizi erano prevalentemente dedicati alla cura degli indigeni. Al cui interno, a causa della scarsità di risorse e dello stato di gravità avanzato con cui i pazienti venivano ricoverati, c'era un alto tasso di mortalità. Per questo motivo, questo ospedale veniva considerato dagli indigeni come un preludio della morte, uno stigma che ancora oggi accompagna tutti gli ospedali pubblici della regione²⁰⁵ (Page Pliego, 2005, p. 57).

Come si può pretendere di curare con zelo e attenzione una giovane donna indigena di cui non si conosce la lingua e la cultura, e che nell'immaginario comune incarna i retaggi di decenni di pregiudizi e stigmatizzazioni discriminanti? Quanto può essere efficace l'incontro terapeutico tra soggetti culturalmente estranei l'un l'altro e i cui rapporti sono spesso edificati su reciproca diffidenza e sospetti? Come ci si può prendere cura di un "Altro" a cui viene negata la piena umanità?

Ciò non toglie che non si stia facendo strada un tentativo di riconoscimento e di rispetto delle tradizioni di cura indigene, anche se nella pratica manca la capacità di riconoscere che, alla base di queste difficoltà terapeutiche, giacciono impegnativi retaggi neo-coloniali difficili da sciogliere; questi hanno trascinato fino ai giorni nostri profonde discriminazioni nei confronti delle popolazioni indigene e un altrettanto diffuso scetticismo, da parte indigena, verso gli operatori socio-sanitari bianchi, che non godono di una buona nomea.

²⁰⁴ "En el hospital una persona muere más que en casa!" Note di campo, San Cristóbal de Las Casas.

²⁰⁵ "San Cristóbal de Las Casas contaba con el Hospital de San Juan de Dios, cuyos servicios estaban predominantemente avocados a la atención de indígenas. Donde, debido a la escasez de recursos y al avanzado estado de gravedad con que ingresaban los enfermos, se tenía un alto índice de mortalidad. Por esta razón, dicho hospital era considerado por los indígenas como antesala de la muerte, estigma que hasta la fecha acompaña a todos los hospitales públicos de la región".

La diversità culturale tra i medici di formazione occidentale e i pazienti indigeni influisce sul modo di sentire, vivere e rappresentare la malattia, e proporre o seguire una cura. È chiaro che sono molte le barriere sociali, linguistiche, economiche e culturali che rallentano il cammino verso la possibilità che la cura medica allopatrica sia accettata e accessibile per tutti, che non riproduca discriminazioni e che sia in ascolto delle esigenze delle popolazioni indigene della regione di Los Altos. L'attivazione di programmi sociosanitari che alimentano tali discriminazioni, invece di ridurre gli effetti, rallenta il dialogo che si dovrebbe instaurare tra medici bianchi, pazienti indigeni e terapeuti tradizionali che, così facendo, difficilmente considereranno gli ospedali una buona opzione per curare malattie o risolvere emergenze (in gravidanza per esempio), a cui solo la medicina scientifica può porre rimedio.

Per cercare di trovare una soluzione ad alcune delle problematiche sociosanitarie che provocano un'alta percentuale di morti evitabili tra gli indigeni, nonostante alcune aree siano state massicciamente medicalizzate e sia stato incentivato l'accesso delle popolazioni meno abbienti ai servizi sanitari nazionali (Page Pliego, 2014, Freyermuth Enciso, 2014, 2015, 2017), dall'inizio degli anni Ottanta si è pensato di edificare cliniche mediche miste in alcune aree indigene della nazione, tra cui il Chiapas. I risultati sono stati in molti casi deludenti; di seguito verranno analizzate le principali cause di questo andamento.

Diversi sono stati gli esperimenti che storicamente, anche in contesti diversi da quello messicano, hanno tentato di instaurare un dialogo tra la medicina scientifica e quella nativa, e l'etnopsichiatria e l'antropologia medica critica sono state forse le discipline maggiormente attente, sensibili e critiche rispetto a questi discorsi, in particolare in contesti coloniali o post-coloniali²⁰⁶.

In Messico, l'incontro con i terapeuti tradizionali all'interno di cliniche o case di cura miste, avviato alla fine degli anni Settanta – ma tuttora molto diffuso – doveva contribuire a rimediare ad alcune delle preoccupanti problematiche sociosanitarie che affliggevano le popolazioni indigene,

²⁰⁶ Può essere utile ricordare alcuni degli insuccessi che hanno avuto altri progetti noti, come il Fann-Dakar diretto dai Collomb negli anni Settanta del Novecento. Il progetto era stato ipotizzato in ambito psichiatrico ed era rivolto principalmente alla cura della malattia mentale in Senegal, contesto profondamente segnato dall'impresa coloniale; tuttavia, rimane un interessante esempio di come la medicina occidentale abbia faticato a distanziarsi da uno sguardo neocoloniale, seppur nascondendosi dietro a pionieristici progetti di cura "interculturale". Il progetto Fann-Dakar parte da un presupposto diverso da quello grazie a cui in Messico sono stati coinvolti i terapeuti tradizionali negli ospedali pubblici. L'esperienza dell'équipe multidisciplinare Fann-Dakar nasce dalla scelta di riconoscere il valore dei saperi locali di cura per costruire uno spazio terapeutico fondato su una mutua conoscenza e una collaborazione tra gli specialisti delle differenti culture; ciò avrebbe avuto la finalità di contrastare l'esperienza di estraniamento e resistenza alla terapia, percepita e vissuta da parte del paziente nativo, quando inserito all'interno di un contesto ospedaliero.

avvicinandole ai contesti ospedalieri. Tuttavia, non vennero investiti sufficienti fondi pubblici nei progetti e non si tennero in considerazione i diversi fattori culturali e sociali che limitavano ampiamente l'operatività.

I progetti di inserimento di levatrici tradizionali e guaritori in alcuni degli ospedali di San Cristóbal, e la proposta (mai realizzata) di costruire una clinica di cura mista a San Juan Chamula²⁰⁷, sono perfetti esempi di queste politiche pubbliche schizofreniche che solo apparentemente riconoscono un valore ai terapeuti tradizionali maya; questo progetto mirava, infatti, ad avviare un'interazione tra i due saperi, funzionale a promuovere un modello di cura più efficace e vicino alle popolazioni indigene locali. Effettivamente, per quanto riguarda la collaborazione tra levatrici tradizionali e medici allopatrici nell'assistenza indigena al parto, alcune ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una maggior possibilità di efficacia nella cura (Freyermuth Enciso, 1993, p. 94-95).

È stato tuttavia documentato in svariate e recenti ricerche nell'area (Navarro, 2005; Page Pliego, 2002, 2005; Freyermuth Enciso, 2015, 2013, 2017; Gómez García, 2017) che sia i saperi tradizionali che i soggetti tradizionalmente dediti alla cura, una volta inseriti nei contesti ospedalieri e nelle case di cura rurali, venivano giudicati *inadeguati* a confronto con quelli di formazione biomedica; i guaritori tradizionali, a loro volta, non erano tutti propensi a collaborare con i medici e solo alcuni la consideravano una buona opportunità, mentre altri manifestavano forti reticenze; Come asserisce Freyermuth Enciso

[...] alcuni terapeuti indigeni associati a OMIECH hanno dichiarato: "sarebbe molto utile se lavorassimo insieme", ma "anche se accettassimo di lavorare assieme, non sapremmo come farlo". Altri pensano che "si possa lavorare per alcuni giorni insieme, ma poi insorgerebbero i problemi perché il medico difende la sua professione, ha uno stipendio ed è difficile per lui accettare ciò che pensa un guaritore tradizionale indigeno". La relazione orizzontale prevista tra entrambi i terapeuti è quindi illusoria. Persino i medici

²⁰⁷ La proposta venne elaborata a fine anni Novanta dalla SSA (*Secretaría de Salubridad y Asistencia*) e verteva sulla costruzione di una clinica mista nel popoloso centro cerimoniale di San Juan Chamula, in cui avrebbero lavorato medici, guaritori e levatrici. La popolazione indigena che ebbe la possibilità di esprimersi a riguardo si dichiarò per la maggiore contraria per svariati motivi: non si considerava San Juan Chamula un luogo adatto, perché molto isolato e popolato da "gente notoriamente ostile". Si reputava più efficiente l'invio di medici preparati nelle comunità o il potenziamento degli ospedali già esistenti, al fine di rendere le cure fornite più vicine alle esigenze delle popolazioni indigene maya. Inoltre, era ben chiara l'idea che trasportando la medicina tradizionale negli ospedali si sarebbe decontestualizzata una pratica medica che tradizionalmente veniva svolta in maniera mobile, non stanziale: difatti, è il *curandero* a spostarsi nella comunità per visitare i pazienti, non viceversa (Page Pliego, 2002).

tradizionali non si relazionano spontaneamente tra loro a meno che non facciano parte della stessa famiglia²⁰⁸ (Freyermuth Enciso, 1993, p. 91).

Sembra che l'appoggio dato a questi progetti dialogici spesso non rispondesse altro che a "bisogni di controllo" sulla medicina indigena e sui suoi terapeuti, con lo scopo di eliminarli progressivamente in quanto resistenti ai processi di medicalizzazione. I loro saperi venivano giudicati primitivi, la loro presenza ritardava l'avanzata della moderna medicina e, in molti casi, venivano tacciati di essere colpevoli delle precarie condizioni igienico-sanitarie in cui versavano le popolazioni indigene a cui prestavano servizio.

Le garanzie e gli aiuti promossi ai guaritori tradizionali furono spesso effimeri o inesistenti: non venivano pagati adeguatamente, nonostante collaborassero con i medici, e lavoravano nell'illegalità, senza la necessaria strumentazione sociosanitaria; i loro saperi vennero progressivamente "disciplinati" e sottoposti alle regole della biomedicina e al raggiungimento degli obiettivi specifici del sistema sanitario nazionale che, grazie alla loro collaborazione, sperava di risolvere problematiche sociosanitarie ed economiche ben più complesse.

I principali ostacoli che si sono interposti e hanno limitato un dialogo efficace tra terapeuti indigeni e allopatrici sono anche di natura culturale, e possono essere riassunti nella reciproca appartenenza a epistemologie mediche distinte, a metodi di formazione differenti, all'etnocentrismo dei medici allopatrici e all'ignoranza che questi hanno sulla cultura delle popolazioni indigene maya che abitualmente visitano.

È evidente che, negli altipiani del Chiapas, sono molte le barriere sociali, linguistiche, economiche e culturali che rallentano il cammino verso l'accettazione della cura medica allopatrica come possibilità reale, efficiente e accessibile per tutti, capace di risolvere alcune gravi problematiche sociosanitarie che colpiscono soprattutto le popolazioni indigene.

All'interno di contesti socioculturali ampiamente meticci, dove il razzismo è dilagante – ma non riconosciuto (Figueroa, 2010, 2013, 2015) – è lungo il cammino che anche i medici dovrebbero intraprendere per non riprodurre pratiche discriminatorie ed etnocentriche, mostrandosi disposti

²⁰⁸ "Algunos de los médicos indígenas socios de la OMIECH han expresado que resultaría "muy provechoso que trabajaran juntos", pero "aunque estamos de acuerdo en trabajar, no sabemos cómo". Otros opinan que "se puede trabajar unos días juntos, pero después empiezan los problemas porque el doctor defiende su profesión, tiene salario y es difícil que acepte lo que piensa un curandero". La relación horizontal que se pretende entre ambos practicantes es ilusoria. Incluso, los propios médicos tradicionales no se relacionan entre sí en forma espontánea a menos que formen parte de la misma familia."

ad ascoltare le esigenze delle popolazioni indigene della regione di Los Altos. I loro atteggiamenti discriminatori e razzisti rallentano il dialogo che si dovrebbe instaurare con i pazienti indigeni e con i terapeuti tradizionali, che molto spesso non si sentono ben accolti negli ospedali locali. Per tutte queste ragioni, concordiamo con Freyermuth nel sostenere che:

[...] Non sia accettabile che le politiche sanitarie finalizzate alla cooperazione mirino a includere terapeuti indigeni in programmi che sono a loro completamente estranei, sarebbe altrettanto arduo proporre ai medici l'uso dell'erboristeria, dei riti e delle preghiere come elementi terapeutici. I medici indigeni, attraverso le loro organizzazioni, devono seguire il loro percorso in modo autonomo, promuovendo lo scambio di esperienze, nonché l'analisi critica dei loro saperi pratici per riconoscerne i limiti e sviluppare e sistematizzare le loro conoscenze. Questo processo autocritico consentirà anche a loro di farsi promotori di una migliore assistenza medica, che sia allopatrica o indigena, traendone i massimi benefici²⁰⁹ (Freyermuth Enciso, 1993, p. 100).

5.4 Il caso di Doña Juana

L'essere ben vestito, parlare spagnolo, essere di carnagione bianca, garantisce un trattamento privilegiato in ospedale rispetto a coloro che non hanno queste caratteristiche²¹⁰.

(Dott. Eduardo, Note di campo, San Cristóbal de Las Casas)

Doña Juana arriva all'*Hospital de las Mujeres* di notte; per raggiungere l'ospedale la famiglia noleggia un furgone, non avendo altri mezzi a disposizione, dato che la comunità si trova a circa due ore di distanza da San Cristóbal. Doña Juana ha 39 anni, è madre di 9 figli, il decimo figlio è

²⁰⁹ "No es aceptable que las políticas de salud encaminadas a la interrelación pretendan incluir a los terapeutas indígenas en programas que les son ajenos, como igualmente difícil sería pretender que los médicos aprendieran y utilizarán como elementos curativos la herbolaria, los ritos y los rezos. Los médicos indígenas, a través de sus organizaciones, deben seguir sus procesos en forma autónoma, promoviendo el intercambio de experiencias, así como el análisis crítico de su práctica para reconocer los límites de ésta y desarrollar y sistematizar sus conocimientos. Este análisis les permitirá convertirse también en demandantes de una mejor atención médica, sea alópata o indígena, con lo que todos saldrán beneficiados".

²¹⁰ "Estar bien vestido, hablar español, ser blanco, garantiza un tratamiento privilegiado en el hospital en comparación con aquellos que no tienen estas características."

deceduto per malattia e in quel momento lei è gravida dell'undicesimo. Durante la gravidanza nella sua comunità è seguita da una levatrice tradizionale, sua parente, che l'ha accompagnata anche nei suoi parti precedenti. Tuttavia, durante il sesto mese di gravidanza inizia ad avere abbondanti perdite ematiche vaginali. La levatrice tradizionale se ne prende carico e le prepara i rimedi naturali che conosce per fermare le emorragie ma le perdite non accennano a diminuire; i medici diranno a Juana che soffre di placenta previa e che questa è la causa delle perdite.

La levatrice tradizionale rendendosi conto di non avere gli strumenti adatti per poterla aiutare a guarire, la invita a recarsi in ospedale. La famiglia, il marito e i figli si convincono che è meglio portarla in ospedale e anche Juana, dopo qualche giorno di resistenze, acconsente. Mi racconta la sorella di Juana che la donna aveva deciso di andare in ospedale perché, avendo tanti altri figli, non vuole rischiare la vita. Giunta in ospedale la ricoverano d'urgenza, e le fanno flebo e trasfusioni perché aveva perso molto sangue. Solo la mattina dopo il figlio e il marito possono vederla; quando entrano nella sala dov'è ricoverata Juana e la vedono lì, a letto, senza i suoi vestiti tradizionali, coperta solo da un camice bianco e piena di aghi e di tubi, con la trasfusione in corso e con la flebo, si spaventano. Lei piange e dice al figlio in lacrime "*sácame de aquí*", ovvero "portami via di qui".

Per Doña Juana era la prima volta che usciva dalla comunità per recarsi in città, ed era ovviamente la prima volta che entrava in un ospedale. Non era a conoscenza di tutte quelle tecniche di cura del corpo che sono tanto familiari a noi, le era risultato invadente e violento che le togliessero i vestiti e che dovesse indossasse solo un camice, che la controllassero e toccassero nelle parti intime durante la visita ginecologica; inoltre, non parlavano la sua lingua e lei non conosceva lo spagnolo. Nella sua cultura sono proibite le trasfusioni e non si usano aghi né tubi. Queste tecniche, sconosciute a Juana e molto invasive, e per nulla rispettose delle sue abitudini culturali d'origine, l'avevano scossa a tal punto che preferiva tornare a casa, consapevole che poteva morire.

Il figlio e il marito chiedono di poterla riportare a casa. In ospedale le fanno firmare un foglio dove dichiara esplicitamente che la responsabilità è dei familiari che si fanno carico del suo trasferimento e, in caso, della sua morte. Dopo la firma i medici informano la famiglia della donna che si dovevano pagare 3.000 pesos per le trasfusioni che aveva ricevuto o altrimenti andava restituito il sangue al reparto trasfusioni. La famiglia si infervora a causa della richiesta e dopo poche ore molte persone della famiglia e della comunità si riuniscono davanti all'ospedale per protestare contro l'accaduto.

Il figlio di Juana, a un certo punto, prende in braccio la madre, le strappa la flebo, se la carica in spalla e la trascina fuori dall'ospedale per riportarla a casa. La madre dopo qualche giorno muore insieme al bebè.

La possibilità in Chiapas di riuscire a portare avanti una medicina "interculturale", rispettosa, attenta, dialogica nei confronti dei pazienti e dei saperi medici indigeni si è rivelata, da diversi punti di vista, fallimentare. Tra gli operatori sociosanitari di formazione medica occidentale, i pazienti e i guaritori nativi si instaura spesso una relazione asimmetrica edificata su radicati e reciproci pregiudizi di derivazione coloniale.

Credevo possibile l'effettiva realizzazione di una fusione culturale democratica tra i vari saperi medici all'interno di cliniche "miste", al fine di proporre un modello terapeutico più equanime e condiviso anche dai pazienti indigeni, risulta essere un progetto utopico nel momento in cui non viene riconosciuta la dignità e la specificità epistemologica del sapere indigeno e delle sue concezioni di corpo, malattia, salute e cura. I discorsi e le pratiche mediche indigene vengono oggi accettate solo se medicalizzate, inserite in processi di sbiancamento epistemico e rese capaci di adattarsi ai principi della moderna biomedicina, che detiene il monopolio della verità scientifica sulla cura, sul corpo, sull'idea di salute e su quella di malattia.

All'interno di questo incalzante processo, la medicina indigena è stata progressivamente esautorata della sua efficacia e integrità, sempre più *sbiancata*, adattata alle regole della medicina scientifica e allineata alle finalità dei progetti sociosanitari statali di natura neoliberale.

Inadeguatezza, senso di inferiorità, sfiducia, paura, insicurezza, preoccupazione per la violazione della propria integrità fisica e spirituale e timore di morire, sono tutti sentimenti che emergono dalle interviste fatte ai pazienti indigeni nel precedente paragrafo e dall'epilogo tragico del caso di Juana; questo dovrebbe far riflettere su quanto l'incontro tra medico bianco e paziente indigeno sia problematico, compromesso e contraddittorio. All'interno degli ospedali di San Cristóbal gli atteggiamenti aggressivi e le pratiche discriminatorie e razziste reiterate dal personale sociosanitario nei confronti dei pazienti e dei guaritori nativi, hanno creato ostacoli di natura socioculturale che, se sommate a quelle economiche, limitano ancora oggi fortemente l'accesso della popolazione indigena locale ai contesti ospedalieri pubblici.

Per abbattere alcune di queste barriere occorrerebbe intraprendere un profondo percorso decoloniale all'interno della società messicana e del suo sistema di salute, demistificando quelle forme di razzismo che si nascondono dietro al trattamento terapeutico e alle diagnosi mediche, che spesso riproducono determinate gerarchie di razza, classe e genere.

Le politiche sociosanitarie avviate in Chiapas dallo Stato federale messicano, per estendere il diritto alla tutela della salute (Seguro Popular, Ley General de Salud e molte altre), non hanno raggiunto l'obiettivo di ridurre gli elementi socioculturali discriminatori che limitano l'accesso equo alla salute pubblica per le popolazioni native; gli indigeni continuano a vivere un elevato tasso di esclusione dagli ambienti ospedalieri rispetto ai connazionali non indigeni, dimostrando inoltre l'inefficacia, in territorio messicano, delle *regolamentazioni internazionali* in base alle quali erano state adeguate le politiche interne; la soluzione, quindi, è molto più complessa di come ci si possa aspettare e richiede un grande impegno politico da parte del governo messicano che, al momento, è assente.

Se questa è la situazione, occorre intraprendere un percorso molto più profondo e radicale: è necessario investire in maniera massiccia sull'educazione per decolonizzare il sistema di salute e i suoi operatori. Il medico e professore Sergio Meneses Navarro, in un'intervista che mi ha rilasciato, mi spiega che, nella sua opinione, è necessario

insegnare una cosa molto semplice, ma che può essere rivoluzionaria nella pratica di cura: insegnare che cosa significa curare mantenendo un comportamento che sia rispettoso nei confronti della dignità della persona che si ha di fronte, qualsiasi persona sia, uomo, donna, bambino o indigeno²¹¹.

L'imperativo etico e politico che deriva dai modi differenti di ammalarsi, ricevere cure efficaci e morire, in un tempo in cui ancora gli indigeni vivono condizioni di salute e malattia inammissibili, deve orientare l'analisi e l'azione sul ruolo che la cultura, l'identità etnica e il rapporto con l'alterità assumono nella richiesta e nella risposta di cura, che non dovrebbero essere causa di ulteriori discriminazioni sociali. In altri termini, riprendendo le parole di Sayad:

²¹¹ "Hay que enseñar una cosa muy simple pero que puede ser revolucionaria en la práctica de la atención médica: enseñar lo que significa sanar mientras se mantiene un comportamiento respetuoso a la dignidad de la persona, de cualquier persona, hombre, mujer, niño o indígena." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2018.

la distorsione che si coglie tra l'istituzione medica e alcuni dei suoi pazienti costringe a riflettere sulle *condizioni implicite* del dialogo coerente che si instaura quando non tutti gli interlocutori parlano lo stesso linguaggio e agiscono secondo gli stessi modelli della razionalità (Sayad, 2002, p. 251).

5.5 La relazione terapeutica e le sue sfide negli altipiani del Chiapas. Riflessioni per costruire una medicina più umana

I segni e i sintomi della patologia, tanto quanto le tecniche di guarigione, non sono “cose in sé”, non sono solo entità biologiche e fisiche, ma hanno anche valenza di segni di relazioni di tipo sociale pur presentandosi nella veste di oggetti naturali e pur essendo latente il loro radicamento nella condizione umana di reciprocità.

(Taussig, 1980, in Quaranta, 2006, p. 75)

Il valore supremo della società contemporanea è la vita nel senso che Walter Benjamin esprime “il semplice fatto di essere vivi”²¹².

(Fassin, Pandolfi, 2010, p. 286)

Perché al processo di sviluppo della biomedicina e alla presa in carico delle popolazioni meno abbienti, da parte dello Stato messicano (*Ley General de Salud*, 1986; *Seguro Popular*, 2004), non ha fatto seguito una decisa riduzione dei decessi *evitabili* che ancora mietono più vittime tra la popolazione indigena rispetto a quella non indigena? Per quale motivo è necessario tenere presente i fattori etnici e socioculturali per rendere effettiva la possibilità di una cura efficace anche

²¹² “The supreme value of contemporary society is life in the sense that Walter Benjamin expressed it: “the simple fact of living”.

per le popolazioni indigene degli altipiani del Chiapas? Quali sono stati i risultati della profonda medicalizzazione che ha subito la regione negli ultimi decenni? In che modo l'antropologia può aiutarci a trovare delle soluzioni per edificare un'idea di cura più umana e attenta alle esigenze dei pazienti, soprattutto quando indigeni?

Tutti questi interrogativi evidenziano che, sicuramente, qualcosa ci è sfuggito di mano nel processo di sviluppo della medicina scientifica. Vi sono delle ragioni politiche profonde per le quali oggi alcune popolazioni, comunità e soggetti non possono beneficiare, nonostante i passi avanti fatti dalla medicina in materia medico-scientifica, degli stessi diritti di altri in materia di tutela della salute per sé stessi e per i propri familiari, o di rispetto della propria vita.

Che uno Stato scelga di implementare e di far rispettare progetti sociosanitari che tengano effettivamente conto delle popolazioni meno abbienti e indigene, è un indice di quanto esso sia rispettoso dei diritti umani di tutta la sua popolazione, e non solo di un'esigua minoranza. In Chiapas, regione in cui il 23% della popolazione è indigena, è evidente che se i nativi non beneficiano degli effetti, sulla tutela della loro salute, conseguenti alla progressiva medicalizzazione dell'area, vi sono degli evidenti problemi.

Considerando la genesi della medicina occidentale e moderna, Foucault (1978) evidenzia chiaramente le connessioni esistenti tra sapere medico, potere e corpo: il potere medico, scrive "si esercita positivamente sulla vita, comincia a gestirla, a potenziarla, a modificarla, ad esercitare su di essa controlli precisi e regolazioni d'insieme" (Foucault, 1978, p. 121). Il potere si muta in *biopotere* e agendo sulla popolazione come insieme di corpi, si colloca e si esercita a livello di *controllo e gestione della vita*, della specie, della razza e dei fenomeni massicci della popolazione.

La tutela e salvaguardia della vita umana o la riduzione del numero di morti (tra cui quelle materne e indigene), rientrano quindi nel campo non solo della decisionalità medica, ma di quella politica; i discorsi medico-scientifici che detengono il monopolio medico (e quindi politico) della salvaguardia della vita umana, favoriscono e legittimano la diffusione di una specifica conoscenza scientifica relativa al corpo, alla sua anatomia, ai suoi meccanismi di funzionamento biologico e all'idea di sanità e malattia a esso associata. Il "bio-potere" trova, nel discorso biomedico delle scienze positive, un privilegiato strumento di legittimazione, e viceversa. In questo modo i mezzi a disposizione di tale potere si articolano con le nozioni della medicina scientifica moderna,

diffondendo uno specifico sapere sulla corporeità, sullo stato di salute e su quello di malattia, e veicolando una certa decisionalità sulla vita e sulla morte della popolazione.

L'essere umano, considerato come mero corpo, *nuda vita* (Agamben, 1995), viene reso, nello stesso tempo, soggetto e oggetto della "bio-politica", sacralizzando la sua essenza corporale, ed è proprio la biomedicina ad avere la possibilità privilegiata di agire sulla nuda vita umana, per curarla e preservarla o, al contrario, per non agire su di essa. Frutto di scelta politica è quindi la gestione delle necessità dei corpi quando sani o malati, quando anziani o svantaggiati, così come lo è la cura, il controllo, il godimento e la gestione dell'immagine della nuda vita. Agamben a riguardo scrive:

la potenza della bio-politica segna una linea in movimento che si sposta in zone via via più ampie della vita sociale, in cui il potere entra in simbiosi sempre più intima con il giurista, ma anche con il *medico*, con lo scienziato, con l'esperto, con il prete (Agamben, 1995, p. 135).

La medicalizzazione sempre più estesa della vita umana, discorso "bio-politico" per eccellenza, inteso come sconfinamento della medicina nella politica e come superamento dei limiti propri della medicina intesa come cura (Colucci, 2005), agisce in zone sempre più ampie della società e diventa un paradosso quando arriva a essere una "minaccia" per la salute stessa dell'essere umano. In questo processo di sconfinamento, la biomedicina avanza, secondo l'opinione di Illich, limitando la responsabilità dell'individuo di conoscere la propria corporeità, esautorando la libertà individuale di agire sul proprio corpo, deresponsabilizzando l'individuo e la società²¹³; in quest'ottica la risoluzione di una banale malattia o la semplice alterazione di una condizione corporea di "normalità" viene riposta interamente nelle mani del medico-specialista.

Illich, in maniera sagacemente provocatoria e querelante, scrive:

[...] la corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute. L'effetto inabilitante prodotto dalla *gestione professionale* della medicina ha raggiunto le proporzioni di una epidemia (...) e viene

²¹³ Scrive Illich: "il medico non è più in grado di lasciarsi coinvolgere dalla tragedia vissuta dal paziente, il medico si trasforma da colui che ascolta «una lagnanza» a colui che assegna una patologia. Il paziente così rinuncerà a sentirsi, rinuncerà a sentire sé stesso, (...) rinuncerà a capire qualcosa di sé" (Illich, 2009, p. 312).

rapidamente maturando il problema di stabilire *un limite alla cura professionale della salute* (Illich, 1977, p. 9).

Pare quindi necessario dover arginare il processo di medicalizzazione della vita e dover cercare di riservare degli spazi di autonomia individuale per la conoscenza e gestione del corpo quando sano o malato, per cercare di riportare una “certa umanità” *nella* medicina e *nel* processo di cura.

Sulla medicina moderna incombe una crisi di fiducia anche all’interno del mondo occidentale, ma non solo. Per perseguire le finalità “bio-politiche” della medicina scientifica, i sintomi della patologia, le tecniche di guarigione, ma anche i rapporti tra medico e paziente vengono sempre più spesso considerati come “cose in sé”, de-umanizzati, reificati, naturalizzati, infine resi meri oggetti del sapere medico scientifico. Nel campo della gravidanza il “controllo” dei mesi della gestazione, del parto e del puerperio è stato, almeno nei Paesi occidentali, interamente trasferito nelle mani di medici ed è stata parallelamente esautorata la funzione dei terapeuti tradizionali, delle levatrici, che in passato si occupavano della cura e dell’assistenza della gestante. Anche in Messico questo processo è ormai a uno stato avanzato ma, rispetto all’Europa, la presenza delle levatrici è ancora abbastanza diffusa e resiste alla medicalizzazione completa della gravidanza, soprattutto nelle aree indigene dov’è ancora una valida alternativa all’assistenza ospedaliera biomedica. Nella tradizione allopatrica occidentale, la gestante viene trattata in modo simile a un corpo malato e impotente, bisognoso non di un accompagnamento umano, ma di un’assistenza e verifica costante delle sue condizioni fisiche e di una “riparazione” tecnica in caso di anomalie.

Nel moderno progetto “bio-politico” che tende alla medicalizzazione diffusa della vita umana, la relazione terapeutica viene sempre più spersonalizzata e disumanizzata e la relazione di cura diviene simile a una relazione di dominio in cui il medico detiene il controllo e la padronanza sul corpo del paziente, le cui conoscenze difficilmente potranno competere o dialogare con quelle medico-scientifiche del terapeuta. La medicina occidentale, secondo Taussig, nell’affermare l’oggettività illusoria della patologia e della sua cura, nega le *relazioni umane incorporate* nei sintomi, nei segni e nella terapia (Taussig, 1980, in Quaranta, 2006, p. 76), e

[...] cannibalizza in maniera esiziale la potenziale fonte di forza per la cura riposta *nell’intersoggettività di paziente e guaritore*. Nel nome della nobile causa della guarigione, i professionisti hanno saputo appropriarsi

di questa reciprocità, sfruttando letteralmente una relazione sociale in modo da trasformare il potere di guarire in potere di controllo (Taussig, 1980, in Quaranta, 2006, p. 95).

In Chiapas, come è stato dimostrato nel corso della trattazione, la medicalizzazione dei saperi indigeni relativi alla gravidanza è stata ampia e massiva; le levatrici tradizionali e le gestanti indigene sono diventate i soggetti/corpi privilegiati, le “nude vite”, in cui il “bio-potere” ha impresso la sua ferma decisionalità politica. Le vite delle gestanti indigene sono passate ad essere considerate di esclusiva competenza biomedica, essendo questa responsabile della tutela delle loro condizioni nell’ottica di limitarne i decessi.

Ciò è stato possibile grazie a un ampio processo di medicalizzazione della *partería*, la medicina nativa relativa alla gravidanza, che è stata oggetto prediletto di una serie di direttive politico sanitarie stabilite a livello nazionale e internazionale. Il processo “bio-politico” di straripamento della medicina verso i saperi medici nativi, ha generato ambivalenti conflitti e frizioni tra terapeuti indigeni e allopatrici, e tra i pazienti nativi e i medici “bianchi”.

L’asimmetrica relazione etnica tra indigeni e latini, carica di pregiudizi, invade quindi anche gli ambiti ospedalieri e segna la relazione terapeutica tra medici bianchi e pazienti indigeni. L’indigeno malato, poiché non parla correttamente *la lingua* dell’istituzione medica, è facilmente coinvolto in un dialogo spesso paradossale, segnato da mutua incomprensione e diffidenza, che disincentiva molti pazienti dall’intraprendere un percorso terapeutico ospedaliero, prediligendo quello tradizionale.

Su uno sfondo etnico e politico conflittuale ormai istituzionalizzato, la diffidenza degli indigeni verso il verdetto dei medici allopatrici, a loro parere spesso espresso in un modo troppo frettoloso, superficiale e criptico, si affianca alla diffidenza dei medici verso tutti quei malati indigeni che vengono considerati “colpevoli” delle loro stesse malattie, che sono in realtà la conseguenza delle condizioni di precarietà economica in cui vivono. Così, nell’opinione di molti medici, essi si ammalano perché “non seguono le giuste norme igieniche”, e non perché vivono senza acqua corrente, in abitazioni insalubri di lamiera senza una rete fognaria.

Occorre possedere *il senso adeguato*, che dipende dall’appartenenza culturale, di classe ed etnica, *il significato* corretto dell’idea di corpo, salute e malattia, per poter rivendicare *legittimamente* di poter soffrire di una determinata patologia che sia riconoscibile e comprensibile dal linguaggio dei

medici allopatrici, e perché possa così essere curata. L'abissale differenza tra la visione della malattia dei pazienti indigeni e la visione della stessa da parte dei medici bianchi, si somma a quella esistente e tuttora poco considerata nella biomedicina tra *disease* e *illness*; spesso il paziente indigeno sembra chiedere questa disponibilità ad accettare la sua diversità epistemologica e socio-culturale all'interno del modello esplicativo biomedico, forte, compatto, potente, ma poco disposto ad accettare le nuove sfide che vengono poste all'interno dei contesti di cura interculturali²¹⁴.

Si tratterebbe in questo senso di tramutare una relazione di cura inefficace, un dialogo tra sordi, in un rapporto da cui si possa trarre un qualche beneficio; occorre tentare di uscire dall'isolamento epistemologico della biomedicina in quanto, se il paziente parla una certa lingua e il medico un'altra, la relazione terapeutica viene annullata ancora prima di instaurarsi e sicuramente non sarà risolutiva.

Il medico, quando entra in una relazione di cura con pazienti indigeni, dovrebbe essere adeguatamente formato sui limiti e le possibilità della mediazione linguistica e culturale intesa come tentativo di *traduzione* di due mondi culturali dissimili, senza che vengano persi i rispettivi ruoli e le rispettive specificità; come ha specificato Cristiana Giordano citando Heidegger:

Lo spazio tra lingue diverse e *tra culture diverse* è un abisso che costringe il traduttore a compiere un salto (...). Ogni traduzione è un tentativo di compiere questo salto, nonché l'abilità di trasferire un lato dell'abisso dall'altra parte, senza cancellare le divisioni fondamentali che separano le lingue e le culture stesse (Giordano, 2006, in Beneduce, 2007, p. 294, corsivo mio).

Un dialogo terapeutico, basato su questo tipo di sensibilità, deve essere sostenuto dalla *volontà* di compiere questo "spostamento oltre l'abisso" delle differenze e deve essere motivato dalla voglia di avvicinarsi alla diversità culturale altrui, per tendere verso un umanesimo inclusivo della cultura e dell'umanità del paziente, soprattutto qualora questo sia appartenente a una cultura Altra. Quando ci si decide a compiere il salto di traduzione (non soltanto linguistica) e di comprensione

²¹⁴ Interessante la riflessione di Kleinman quando ci fa notare che "per ridurre la distanza esistente tra medici occidentali e pazienti si dovrebbero formare i moderni professionisti della salute a trattare abitualmente sia la patologia (*disease*) che l'esperienza di malattia (*illness*) e scoprire visioni discrepanti della stessa realtà clinica, avrà come risultato un notevole miglioramento nella gestione della *compliance* del paziente, nella sua soddisfazione e negli esiti di cura"(Kleinman, 1978, in Quaranta, 2006, p. 256).

del linguaggio culturale adoperato dal paziente indigeno, occorre anche essere disposti a lasciarsi coinvolgere in rapporti di senso a volte paradossali, o in malattie confuse in cui combattono stregoni, fantasmi del passato coloniale e ansie del futuro; la malattia è un terreno complesso, che apre problematiche esistenziali e ripercorre ferite storicamente profonde.

La relazione terapeutica tra medici bianchi e pazienti indigeni dovrebbe essere di stimolo per la costruzione di un'alleanza più umana e profonda, che vada alla ricerca di un senso comune e condiviso attraverso una mediazione e una ridefinizione costante dei significati, sia della *disease* che della *illness*, da parte del medico e del paziente, soprattutto in contesti in cui la cultura dei due soggetti è molto diversa.

Sarebbe quindi necessario impegnare i medici nel tentativo di superare quel *vuoto comunicativo* tra la sintomatologia del paziente indigeno e la cura proposta, a cui spesso segue la *non-compliance* di molti pazienti indigeni, che abbandonano le terapie e non seguono le prescrizioni mediche come dovrebbero, perché non si fidano della loro diagnosi e non capiscono il senso profondo delle terapie prescritte.

Occorre dare dignità ai linguaggi "altri" della malattia e della salute, componendo strategie di cura *spurie* applicabili a contesti interculturali: *conoscere* per evocare altre interpretazioni del male, abitare altri mondi della malattia, altri luoghi della morte e della minaccia, per avvicinare la domanda di cura del paziente indigeno alla risposta terapeutica del medico bianco (Beneduce, 2007).

I medici che lavorano negli ospedali pubblici di San Cristóbal sono ignoranti rispetto alle culture e delle medicine indigene locali, sono alieni rispetto alle loro concezioni del corpo, della salute e della malattia; se le conoscessero, e fossero antropologicamente preparati a incontrarle, avrebbero degli strumenti in più per capire la tipologia di patologie di cui i loro pazienti indigeni soffrono e il modo in cui le manifestano, così da edificare una terapia per loro più comprensibile, adatta ed efficace.

Tutti i medici che operano in contesti in cui vi è ampia presenza di pazienti indigeni dovrebbero integrare la loro formazione teorica scientifica con quella propria dall'antropologia medico-critica o dall'etnopsichiatria: queste sono discipline che invitano a ricordare l'importanza che le problematiche inerenti al rapporto difficile, violento e ambiguo tra culture differenti esercitano sull'efficacia della pratica terapeutica biomedica, soprattutto in contesti (ad alta percentuale di residenti indigeni) dove è stato imposto un veloce processo "bio-politico" di medicalizzazione della

vita umana che ha causato l'esautoramento della capacità di resistenza dei saperi medici alternativi e tradizionali.

Di fronte all'evidenza dell'importanza -nella cura- dei fattori etnici e culturali, occorre però allargare lo sguardo alle *cause strutturali* che condizionano i rapporti umani a San Cristóbal e che hanno specifiche conseguenze nella relazione di cura. Spesso essa è un momento in cui si stabilisce e si rimarca una relazione duale tra medico e paziente, indifferente alle condizioni implicite del dialogo, alle dimensioni pubbliche e politiche della violenza, ai razzismi e alle "strutture sociali differenziali e razziste" (Fanon, 1952, p. 89) che, in Chiapas, sono causa delle condizioni di miseria di precarietà e di esclusione sociale degli indigeni rispetto ai non-indigeni.

La relazione medico/paziente dovrebbe essere una cassa di risonanza per analizzare le profonde disuguaglianze economiche e politiche (non solo culturali) presenti sul territorio, dove la cura diviene un processo estremamente difficile se non è presente un grado minimo di giustizia sociale. Le profonde disuguaglianze economiche tra *mestizos* e indigeni sono variabili strutturali che caratterizzano la società chiapaneca odierna e che condizionano i rapporti tra gli esseri umani, incidendo, anche in modo determinante, sull'accesso alla cura (Meneses Navarro, Block, Sanchez, Freyermuth Enciso, in Page Pliego, 2014, pp. 17-35). È proprio negando la dimensione umana insita nella relazione terapeutica che vengono silenziate, *all'interno* del rapporto terapeutico, molte problematiche strutturali quali il razzismo, le disuguaglianze sociali e di genere, che segnano le relazioni umane e influiscono negativamente anche sui processi di cura.

Per riportare la medicina vicina all'umanità, occorrerebbe che i medici stessi facessero una profonda autocritica interrogandosi sui problemi profondamente umani e sociopolitici insiti nella relazione di cura. "Decolonizzare noi stessi, estirpare il colono che si nasconde in ognuno di noi" scrive Sartre nella prefazione al testo di Fanon *I dannati della terra* (Fanon, 1961); i medici, che lavorano in un territorio altamente indigeno come il Chiapas, devono decolonizzarsi, fare un percorso umano archeologico per capire quali gerarchie razziste sono state interiorizzate, incorporate e naturalizzate nel moderno Messico, per poi essere riprodotte naturalmente all'interno di una pratica di cura iniqua.

Fino a quando non verrà riconosciuta la realtà profondamente razzista, mercificata e diseguale dei rapporti umani tra indigeni e *mestizos* in Chiapas, e non verranno prese decisioni politiche in materia culturale per agire di conseguenza, una *medicina umanistica* (Taussig, 1980, in Quaranta,

2006), capace di farsi carico anche delle popolazioni indigene, rimarrà una contraddizione in termini.

6. La medicalizzazione della salute riproduttiva in Messico tra politiche internazionali e misure sanitarie locali

6.1 La mortalità materna tra “dimenticanza” ed “emergenza”

L'umanitarismo non è altro che un travestimento virtuoso della ragion di stato. La più alta giustificazione degli interventi umanitari governativi è “salvare le vite umane”²¹⁵.

(Fassin, Pandolfi, 2011, p. 275)

La nostra è un'epoca *traumatizzata* (Beneduce, 2010) in cui l'emergenza climatica, i disastri ambientali, le catastrofi umanitarie, i pericoli derivanti dalla paura della diffusione di nuove epidemie, inaspettate ondate di migrazioni di massa e attacchi terroristici, sono fenomeni che occupano uno spazio rilevante all'interno dei discorsi politici, pubblici e mediatici; se ne parla nelle prime pagine delle testate nazionali e internazionali, se ne dibatte nelle aule scolastiche, in famiglia, tra conoscenti.

Quando viene dichiarato lo “stato d'emergenza” riguardo epidemie, catastrofi, tragedie umanitarie e ambientali di varia entità e natura, i capitali delle organizzazioni umanitarie, gli ingenti finanziamenti nazionali e internazionali, e la *ricerca medica* e tecnologica, si muovono in fretta per tentare di arginare i danni e di trovare una soluzione agli imprevisti. Vivendo in un tempo segnato da “eventi traumatici” cadenzati e frequenti, consumiamo una complessa *iconografia della sofferenza* in virtù della quale si muovono forze economiche e politiche, che si nutrono della

²¹⁵ “Humanitarianism is nothing more than a virtuous disguise (un travestimento virtuoso) for the reason of states. (...) The highest justification of humanitarian government's intervention is “saving life”.

sofferenza e su di essa speculano. Scrive Fassin: “il ritmo della vita nella società contemporanea è scandito da disastri” (Fassin, Pandolfi, 2013, p. 9)²¹⁶ e in base al grado di drammaticità, tali tragedie provocano la messa in moto, a livello globale e locale, di capitali, persone e servizi di cura e assistenza adeguati a risolverle.

Riguardo la salute pubblica mondiale, l’OMS identifica la presenza di malattie emergenti e dimenticate (“neglected and emergent diseases”, OMS, 2012)²¹⁷: le prime ricevono grande attenzione politica, medica e sociosanitaria, sollecitando l’investimento di capitali per la loro eradicazione, mentre le seconde vengono ignorate, silenziate. Le organizzazioni internazionali che monitorano la salute pubblica mondiale operano “nell’ottica dell’emergenza”, identificando un certo numero di urgenze in materia sociosanitaria che diventano il movente di qualsiasi intervento volto a salvare le vite di coloro che lo necessitano; quando viene dichiarata l’emergenza, in un determinato stato e per una problematica specifica, come può essere l’alto tasso di morti materne in Messico, verranno considerate “*emergenti*”, a livello politico e mediatico, tutta una serie di problematiche relazionate all’emergenza primaria, che acquisiranno una visibilità pubblica e politica tale da dover essere debitamente prese in considerazione dal governo nazionale.

Nello specifico del contesto messicano, la morbo-mortalità materna e la sua relazione con l’assistenza ostetrico-ospedaliera sono significativi per la loro doppia natura di problematica sociosanitaria emergente e, al tempo stesso, dimenticata (Sesia, van Dijk, Aguilera, in Page Pliego, 2014, p. 241). La mortalità materna in gravidanza e nel parto è, da un lato, un fatto epidemiologico chiaramente rappresentativo del *rezago* (dimenticanza) tanto sociale quanto relativo alle difficoltà di accesso e alla scarsa qualità dei servizi di salute pubblica messicani; questo pur sapendo che con un’assistenza ostetrica opportuna, tempestiva e competente, questi decessi si potrebbero evitare. Dall’altro lato, in materia di politiche pubbliche, le misure attivate in Messico sono chiaramente tendenti ad ovviare al problema grazie all’ausilio di due strategie sociosanitarie in qualche modo complementari, ossia promuovere un’assistenza d’emergenza di carattere medico-ospedaliero in ambito ostetrico-ginecologico, e aumentare la copertura del *Seguro Popular*, soprattutto per le famiglie meno abbienti, molte delle quali sono indigene. Queste strategie hanno acquisito grande notorietà all’interno del dibattito pubblico e politico del Paese, oltre a essere relativamente recenti

²¹⁶ “The rhythm of life in contemporary societies is punctuated by disaster”.

²¹⁷ Si consiglia la lettura: World health Organization, 2012, *Why are some tropical diseases called neglected?* Online Q&A.

(sono state incrementate notevolmente negli anni Duemila), e stanno generando effetti molteplici e scatenando altre “emergenze”, tanto a livello sociale quanto clinico.

Come dichiarano Freyermuth Enciso e altri autori:

[...] la riduzione della mortalità materna è oggi considerata una priorità internazionale (Freedman, 2007). Al Millennium Summit (2000), la comunità internazionale ha insistito per ridurre il MM del 75% entro il 2015, ciò per il Messico significava ridurre i tassi di morte materna a meno di 23 per 100 mila nascite registrate (...) nel periodo 2000-2006 come parte degli obiettivi del millennio. Lo stato messicano ha fatto ricorso a strategie specifiche mirate ad affrontare il problema della mortalità materna. In alcuni stati della Repubblica, come nel caso del Chiapas, vennero rintracciati quei comuni che dovevano beneficiare di un intervento medico prioritario²¹⁸ (Freyermuth Enciso; De la Torre; Meneses Navarro; Meléndez Navarro; 2009, p. 120-124).

Scenderemo tra poco nel dettaglio delle misure sociosanitarie attivate in Messico per rispondere all'emergenza “mortalità materna”, identificata come una priorità a livello internazionale in vista di una riduzione del numero di decessi, soprattutto nelle aree indigene, “che richiedono un intervento medico *prioritario*”. Prima, però, si intende fare un'ulteriore considerazione: il paradosso di queste politiche orchestrate a livello internazionale risiede, a mio avviso, nell'identificazione alternata di fenomeni emergenti e di altri dimenticati. Difatti, quando viene stabilita a livello internazionale una priorità sociosanitaria tale da mobilitare l'attenzione medica, politica e gli investimenti economici necessari a ridurre la portata, vi saranno al tempo stesso altre problematiche sociosanitarie (politicamente) dimenticate e taciute, poiché non considerate sufficientemente importanti, e che, proprio a causa di questo silenzio, resteranno insolte.

La volontà politica in base alla quale vengono stabilite dimenticanze ed emergenze in materia sociosanitaria segue “ancora la legge dei più forti” (Fassin, Pandolfi, 2011, p. 11), entro cui si fronteggiano le ragioni politiche e le forze economiche dei differenti Stati, all'interno di uno

²¹⁸ “La disminución de la mortalidad materna se considera hoy día una prioridad internacional (Freedman, 2007). En la cumbre del Milenio (2000) se instó a la comunidad internacional a reducir la MM del 75% para el año 2015, lo que significaría para México bajar la razón de muerte materna a menos de 23 por cada 100 mil nacidos vivos registrados (...) durante el periodo 2000-2006 y como parte de las metas del milenio. El Estado mexicano recurrió a estrategias específicas y focalizadas para enfrentar el problema de la mortalidad materna. En algunos estados de la República, como es el caso de Chiapas, se definió qué municipios requerían atención médica prioritaria.”

specifico quadro geo-politico mondiale. Se da un lato *emergeranno* i discorsi politici filantropici e sociosanitari riguardanti il rispetto dei diritti della salute riproduttiva per le donne messicane, dall'altro lato verranno silenziate *altre* malattie endemiche (HIV, tripanosomiasi), *altre* morti femminili violente che non avvengono nel parto (femminicidi), e altre problematiche sanitarie altrettanto gravi e diffuse, che però – rispetto alle prime – non fanno audience e quindi non vedranno una pronta risoluzione.

Proteggere il diritto universale alla salute in generale, e di quella riproduttiva in particolare, così come salvaguardare la vita umana, sono gli obiettivi espliciti che spingono alcuni stati a dichiarare di voler salvare alcune vite *e non altre*, agendo “bio-politicamente” sulla *nuda vita* solo di alcuni esseri umani, impegnandosi a risolvere alcune problematiche emergenti e lasciando insolute quelle dimenticate. Nell’ottica del calcolo razionale delle ragioni geo-politiche in base a cui si stabiliscono emergenze e dimenticanze, pare evidente che in Messico non vi sia una presa in carico *reale* delle cause economiche, culturali e sociali profonde, strutturali che incidono nella distribuzione diseguale di morti e malattie nel Paese (e non solo nel parto); fattori causali – come quelli menzionati poc’anzi – diventano vere e proprie barriere che limitano l’accesso equanime ai servizi terapeutici pubblici a una parte rilevante della popolazione messicana (Page Pliego, 2014).

Politica, medicina ed economia si intrecciano, i discorsi sociosanitari e filantropici coprono strategie e intenti politici ed economici su si stabiliscono e si ridisegnano i precari equilibri del confronto geopolitico tra i vari stati. La nuova legislazione sociosanitaria in tutela della maternità e i capitali mobilitati per implementare i servizi medici necessari a ridurre la mortalità materna nel parto, sono misure attivate sulla linea di specifici “discorsi politici emergenziali” elaborati in base a determinati obiettivi individuati a livello internazionale ai quali il Messico, come altri stati, deve mirare.

La presente ricerca antropologica è stata avviata per riflettere su alcune delle motivazioni socioculturali che influiscono sugli alti tassi di mortalità materna durante gravidanza, parto e puerperio, tra donne indigene *tzotzil* e *tzeltal* originarie delle comunità montane del Chiapas, ma emigrate a San Cristóbal de Las Casas. Per far fronte al problema, già a partire dagli anni Ottanta del Novecento, sono stati avviati svariati programmi sociosanitari che si prefiggevano come obiettivi congiunti di: migliorare le condizioni di povertà estrema in cui vivevano alcune comunità indigene chiapanecche, allargare il raggio di copertura dell’assistenza sanitaria pubblica alle popolazioni meno abbienti per diminuire il numero dei decessi evitabili strettamente correlati alla

miseria (tubercolosi, malattie del tratto gastroenterico, infezioni parassitarie e morti durante gravidanza e parto).

In quel periodo si incrementò la medicalizzazione delle aree indigene, con l'idea di far arrivare i medici di formazione allopatrica anche nelle comunità native più remote, pensando che la loro presenza potesse contribuire a dare una soluzione ad alcuni problemi diffusi nelle comunità, tra cui quelli legati alla salute delle gestanti; per ridurre la mortalità materna indigena nel parto, oltre ad aumentare la presenza dei medici – che potevano essere un'utile risorsa disponibile nelle comunità – venne incentivata la formazione specifica delle levatrici tradizionali, per renderle più preparate e in grado di affrontare le emergenze, invitandole a fare ricorso al ricovero ospedaliero in caso di necessità per la gestante. Tuttavia, nonostante l'entità dello sforzo statale, in Messico gli obiettivi preposti a livello internazionale non sono stati raggiunti²¹⁹.

In questa sezione del testo si ritiene opportuno definire un quadro più particolareggiato relativo ai programmi sociosanitari progressivamente attivati in Messico in tutela del diritto riproduttivo e della maternità, al fine di far luce sulla discordanza tra alcune delle finalità che hanno portato alla creazione dei programmi sociosanitari e alla presenza delle problematiche concrete che ostacolano la loro piena realizzazione, soprattutto nelle aree indigene.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) fu la prima a delineare nel 1948 i contorni entro cui veniva sancito il legame stretto esistente tra: diritti fondamentali dell'uomo, salute in senso ampio e salute riproduttiva in senso specifico, che non essendo ascrivibile a questioni meramente fisiologiche, diviene un indicatore privilegiato per stabilire il livello di "sviluppo" umano, sociale e sanitario di ogni singolo Stato (Quattrocchi, 2011, p. 67). La protezione della salute riproduttiva si lega indissolubilmente a un'idea più generale di salvaguardia della salute umana in senso lato, intesa non solo come assenza di malattia da un punto di vista fisiologico, ma come armonico equilibrio tra benessere psicofisico e sociale di tutti i cittadini, in cui rientra anche la riproduzione. Il raggiungimento di una buona protezione della salute riproduttiva divenne uno degli obiettivi prioritari da raggiungere in ambito sociosanitario, in Europa e nel mondo intero, e gli stati che erano lontani dai traguardi internazionali vennero spinti ad adottare misure specifiche per tentare di raggiungerli.

²¹⁹ Tra gli innumerevoli scritti dell'autrice sul tema, si consiglia la lettura di *Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud* di Freyermuth Enciso e Contreras, 2014, in *Rivista Internazionale di statistica e geografia*, volume 3, numero 4.

Nel 1968, durante la Conferenza Internazionale dei Diritti Umani tenutasi a Teheran, venne esplicitata la necessità di dover porre fine alle discriminazioni che ancora vivevano molte donne di alcune regioni del mondo, e venne riconosciuto per le coppie, per gli uomini e per le donne, il diritto di decidere a proposito della propria riproduzione²²⁰. È durante la Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo del 1994 che i 179 paesi membri dichiarano che sviluppo dello stato e benessere riproduttivo della popolazione sono strettamente collegati, e che l'*empowerment* delle donne, così come una risposta effettiva ai bisogni di istruzione e salute, ivi compresa quella riproduttiva, sono questioni fondamentali e necessarie per il miglioramento delle condizioni di vita individuali e per uno sviluppo equo e sostenibile della comunità.

[...] La chiave di questo nuovo approccio consiste nel dare più potere alle donne e offrire loro più possibilità di scelta attraverso un più ampio accesso all'istruzione e ai servizi sanitari, promuovendo lo sviluppo delle loro competenze e incentivando l'occupazione. Il programma sostiene la pianificazione familiare universale entro il 2015, se non prima, come parte di un accesso più ampio ai diritti della salute sessuale e riproduttiva, fornisce una stima delle risorse che saranno necessarie a livello nazionale e internazionale e invita i governi a rendere tali risorse disponibili²²¹ (Cairo Action of Action, 1994).

Promuovere la parità tra donne e uomini, ridurre (fino a eliminare) la violenza contro le donne, consentire loro di avere accesso e diretto controllo delle risorse materiali e culturali utili a poter partecipare direttamente alle decisioni che riguardano la loro vita, a partire dalla scelta di quanti figli avere e quando, sono alcuni degli elementi inseriti nelle nuove politiche a tutela della popolazione e indicatori dello "sviluppo umano" di ogni singolo stato. Al Cairo venne ribadita la

²²⁰ Nella Dichiarazione redatta a Teheran, al punto 15 si afferma: "Bisogna porre fine alla discriminazione di cui le donne sono ancora vittime in varie regioni del mondo. La condizione di inferiorità cui sono soggette le donne è contraria alla Carta delle Nazioni Unite e alle disposizioni della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. La piena applicazione della Dichiarazione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne è necessaria per il progresso dell'umanità". Nel punto 16 si aggiunge: "La tutela della famiglia e dell'infanzia resta una delle preoccupazioni della comunità internazionale. I genitori hanno il diritto fondamentale di determinare liberamente e in maniera responsabile il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite"; Proclama di Teheran, 13 maggio 1968. Si veda: <http://ospiti.peacelink.it/cd/docs/1206.pdf>

²²¹ "Key to this new approach is empowering women and providing them with more choices through expanded access to education and health services and promoting skill development and employment. The Programme advocates making family planning universally available by 2015, or sooner, as part of a broadened approach to reproductive health and rights, provides estimates of the levels of national resources and international assistance that will be required, and calls on Governments to make these resources available (Cairo Programme of Action, 1994)." http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/a_cairo_poa_engl_x_pdf/cairo_dich+pda_engl.pdf

necessità di tutelare il diritto delle coppie e dei singoli soggetti (donne e uomini) a decidere liberamente e responsabilmente sul numero dei figli, o sul tempo che vorrebbero far trascorrere tra una nascita e l'altra; viene inoltre dichiarato che è responsabilità statale fornire i soggetti delle informazioni e dei mezzi per compiere queste decisioni con adeguata consapevolezza, cercando di raggiungere un livello di salute sessuale e riproduttiva tale da poter prendere decisioni relative alla riproduzione libere da discriminazioni e coercizioni²²².

Formalmente, da queste conferenze in poi, il dibattito internazionale in materia di salute è stato diretto a toccare anche le tematiche relative alla salute riproduttiva e l'impegno di ogni Stato membro si è concentrato sull'implementazione di misure economiche, politiche e sociali atte a tutelare il diritto per tutti a ricevere adeguate ed esaustive informazioni riguardo la gravidanza, le malattie sessualmente trasmissibili, l'accesso a metodi sicuri ed efficaci a regolare la propria fertilità; ciò in aggiunta al fondamentale diritto universale di ricevere un'adeguata assistenza sanitaria per poter affrontare il parto prevedendo e minimizzando i rischi, dando alla coppia la massima possibilità di avere figli sani e riducendo quindi il tasso di mortalità materna e infantile.

Con queste nuove direttive stabilite a livello internazionale il Messico, di conseguenza, ha progressivamente orientato i suoi interessi legislativi verso politiche di salute pubblica, per poter raggiungere gli ambiziosi obiettivi prefissati a livello internazionale e attivando – per provare ad adempierli – dalla fine degli anni Ottanta, ma soprattutto negli anni Duemila, specifiche politiche sociosanitarie in materia di salute riproduttiva.

Dalla fine degli anni Settanta del Novecento, il Messico era già stato messo sotto i riflettori delle misure internazionali volte alla tutela della salute sessuale e all'autodeterminazione riproduttiva femminile; proprio a Città del Messico, nel '75, si svolse la prima conferenza sulla salute riproduttiva femminile che aprì il dibattito globale su tematiche relative all'uguaglianza tra i sessi, dichiarando l'intenzione, tra le altre, di promuovere il diritto all'autodeterminazione riproduttiva per tutte le donne, indipendentemente da etnia, età e classe sociale.

²²² A riguardo Freyermuth Enciso (2007) ricorda: "Nel 1994 si è tenuta la Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo al Cairo, in cui presero parte al dibattito nuovi protagonisti: organizzazioni non governative, gruppi femministi che lavorano nel campo della salute, dell'ecologia, dei diritti umani e delle minoranze etniche. Sia al Cairo che a Pechino (Quarta conferenza mondiale sulle donne, 1995) vennero riconosciuti i fattori che erano la causa della disuguaglianza tra i cittadini. A noi interessa soprattutto sottolineare che venne riconosciuta la scarsa possibilità per le donne di prendere decisioni in alcuni contesti culturali. La maggior parte dei casi di morbilità e mortalità materna si verificano a causa della mancanza dei servizi ostetrici di emergenza e di aborti mal praticati" (Freyermuth, 2007, p. 35).

Nello specifico del caso messicano, se fino agli anni Settanta la politica demografica era stata dichiaratamente pro-natalista, dal '74 in poi venne varata una modifica costituzionale – la nuova *Ley de población* – con la quale si stabiliva che l'uomo e la donna erano uguali davanti alla legge e che tutte le persone erano in possesso del diritto di decidere in maniera libera, responsabile e informata circa il numero di figli desiderati e l'intervallo di tempo tra le diverse nascite²²³. La legge, per la prima volta, apre formalmente la politica messicana alla possibilità di dibattere pubblicamente su tali tematiche e introduce delle importanti novità sull'uso degli anticoncezionali, promuovendo l'utilizzo della contraccezione e diffondendo informazioni sulle malattie sessualmente trasmissibili attraverso corsi di formazione accessibili a tutti, finalizzati a veicolare informazioni sul tema.

Fino ad allora in Messico si erano occupati di pianificazione familiare solo alcuni organismi privati, tra cui APROSAM (*Asociación Pro Salud Maternal*) e FEPAC (*Fundación Para Estudios de la Población*), ma lentamente anche gli enti pubblici sono stati chiamati a trattare le suddette tematiche per favorire il decollo dei programmi nazionali relativi alla tutela della salute riproduttiva; l'impegno a fornire gli *strumenti* per ridurre i rischi in gravidanza e nel parto e scegliere consapevolmente sulla propria sessualità e riproduzione, diventano servizi che il sistema sanitario nazionale deve garantire a tutta la popolazione. Nel 1976 viene varato il primo *Plan Nacional de Planificación Familiar* che persegue importanti e ambiziosi obiettivi a livello nazionale, tra cui quello di definire le politiche demografiche del Paese fino al 2000, stabilendo che il tasso di crescita della popolazione messicana avrebbe dovuto decrescere progressivamente fino ad arrivare all'1%, con un tasso di partenza del 2,5% nel 1982 (Quattrocchi, 2011, p. 70).

Per raggiungere gli obiettivi preposti alla diffusione dei metodi contraccettivi, le famiglie interessate, ma soprattutto le donne (comprese quelle di origine indigena), avrebbero dovuto avvicinarsi al sistema sanitario pubblico; possiamo intuire che per queste ultime il percorso verso il rispetto della salute riproduttiva così come veniva delineato nelle varie conferenze internazionali è stato segnato da una serie di ostacoli di diversa natura e ha assunto caratteristiche differenti rispetto a quello intrapreso dalle donne messicane non indigene, urbanizzate e alfabetizzate.

²²³ Nel comma 5 si riporta come uno degli obiettivi identificati quello di: "Promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural". Si veda: http://imumi.org/attachments/Ley_General_de_Poblacion_1974.pdf

Per le donne indigene residenti nelle aree rurali e urbane, spiega per esempio Quattrocchi (2011), nella maggior parte dei casi non è la volontà femminile di perseguire una concertata pianificazione familiare a incentivare l'avvicinamento delle donne alle istituzioni sanitarie e ospedaliere, ma è il voler tutelare la salute dei loro figli più giovani (tramite vaccinazioni e deparassitazioni) a spingere alcune a rivolgersi al sistema sanitario nazionale; solo in un secondo momento, e grazie a questo primo contatto, sono state progressivamente "educate" dal personale sociosanitario ai metodi di pianificazione familiare. In linea con quanto appena detto, Quattrocchi spiega che:

[...] è ben evidente come le donne abbandonino l'uso dei contraccettivi quando non godono di un'assistenza continua durante i primi anni di vita dei figli: la salute dei figli e non la propria è evidentemente uno dei motivi principali per cui rimangono in contatto con le istituzioni sanitarie, avvicinandosi *di conseguenza* alle tecniche di pianificazione familiare (Quattrocchi, 2011, p. 70).

Il percorso volto a far sì che i metodi di pianificazione delle nascite siano non solo diffusi e promossi dallo Stato, ma discussi nella coppia (anche in coppie indigene), e consapevolmente adoperati anche dalle donne indigene perché considerati uno strumento che lo stato di diritto concede in virtù della tutela della salute riproduttiva femminile, è molto tortuoso e dipende da molti fattori anche culturali. Per quanto riguarda l'uso del contraccettivo, ciò che abbiamo appena detto trova riscontro nel notevole squilibrio numerico esistente tra donne residenti in aree urbane e rurali: in una prima inchiesta svolta nel 1987, e in inchieste a seguire, fino agli anni Duemila²²⁴ è risultato evidente che l'uso del contraccettivo, tra le donne residenti sia in aree rurali che urbane, sia generalmente aumentato²²⁵, ma il tasso di fecondità è sceso del 50% nelle aree urbane e del 25% nelle aree rurali. Le donne che in Messico vivono in aree rurali, per la maggior parte indigene, hanno ancora molte reticenze riguardo all'uso degli anticoncezionali chimici o di barriera, e solitamente non adoperano metodi anticoncezionali moderni per pianificare le nascite.

Nell'*Hogar Comunitario*, uno dei momenti che seguivo con maggior interesse erano gli incontri tematici che si tenevano ogni due settimane la domenica mattina di ogni mese, a cui venivano invitati i membri *tzotzil* e *tzeltal* di alcune comunità indigena montane, oltre ad alcune donne

²²⁴ Patrizia Quattrocchi, 2011, p. 70-71.

²²⁵ Se nel 1973 solo il 13% delle donne sposate in età fertile usava i metodi contraccettivi, nel 1992 la percentuale sale al 63% (Palma e Rivera, 1996 in Quattrocchi, 2011, nota a p. 71).

indigene ormai residenti a San Cristóbal. Mari Pérez²²⁶ era colei che moderava gli incontri con l'aiuto di Judith, la psicologa del centro.

Gli incontri erano delle volte decisamente gremiti, mentre altre volte non molto frequentati.

L'affluenza dipendeva da molte variabili: capitava che le donne indigene invitate fossero impegnate nelle loro comunità rurali in attività legate al raccolto o alla semina, e non avessero quindi il tempo per dedicarsi ad altro, ma è capitato che alcune non avessero ricevuto il permesso dei mariti di lasciare la comunità per frequentare il corso. Molte non si presentavano agli incontri che si tenevano a fine mese perché non potevano pagare il viaggio in autobus per raggiungere San Cristóbal. Durante gli incontri domenicali, l'*Hogar Comunitario* spesso offriva un pasto abbondante a tutti i presenti e molte donne, grate di poter ricevere questa offerta, vi giungevano con i figli piccoli che approfittavano del cibo e coglievano l'occasione per intrattenersi con altri coetanei durante la giornata.

Durante uno degli incontri, Mari trattò le tematiche della pianificazione familiare, della contraccezione e della salute riproduttiva. In quel contesto emerse che la maggior parte delle donne indigene *tzotzil* e *tzeltal* presenti (più di una trentina), già tutte madri di uno o più figli, non avesse mai fatto uso di metodi contraccettivi ormonali o di barriera; la pianificazione familiare, intesa come controllo del numero dei figli e delle tempistiche tra una gravidanza e l'altra, era una questione gestita formalmente solo dal capofamiglia e nessuna delle donne presenti si sarebbe sentita a suo agio a parlare direttamente di pianificazione familiare con il marito. Il solo fatto di poterne parlare al compagno suscitava in molte delle presenti la paura di venir sgridate, picchiate, violate o abbandonate; alcune dichiararono di aver subito percosse dopo aver rifiutato un rapporto sessuale non protetto, per timore di restare nuovamente gravide, e rivelarono che preferivano tacere e accontentare il partner. Il timore di poter subire violenze fisiche per aver parlato dell'argomento era un fattore che le induceva a evitarlo del tutto e a non optare per l'uso di contraccettivi moderni in maniera continuativa, anche se alcune dichiarano di averli usati qualche volta di nascosto. È molto più diffuso l'uso della pillola abortiva (la cosiddetta "pillola del giorno dopo") che non dei metodi contraccettivi, la cui assunzione, essendo sporadica, dà meno nell'occhio, credendo, erroneamente, che si possa farne un uso simile a quelle anticoncezionali.

²²⁶ Mari Pérez si definisce *tzotzil* ed è ormai un punto di riferimento per le donne dell'*Hogar Comunitario*; è coordinatrice delle attività di artigianato e dei seminari tematici domenicali ai quali presenziano molti membri delle comunità indigene montane limitrofe a San Cristóbal.

Sembra che siano molto più diffusi tra le donne indigene metodi anticoncezionali tradizionali che vengono tramandati per linea femminile, soprattutto grazie alla collaborazione delle levatrici tradizionali²²⁷; sono molto diffuse le tecniche tradizionali abortive, ma le donne e le levatrici tradizionali che ho conosciuto non mi hanno dato molte delucidazioni in merito, facendomi riflettere sul fatto che potrebbe essere un argomento estremamente delicato e difficile da trattare, soprattutto in un'area come quella indigena di Los Altos, oggetto di una massiccia cristianizzazione e dove l'aborto è considerato ancora un tabù (Page Pliego, 2005). L'aborto, quando praticato non mantenendo una scrupolosa attenzione a specifiche precauzioni, è una delle cause di morti materne più diffusa nell'area (Freyermuth Enciso, 2007, p. 11).

Solo un'esigua minoranza di donne indigene che frequentavano gli incontri facevano abitualmente uso di contraccettivi con il consenso del compagno, e generalmente erano donne residenti a San Cristóbal da diversi anni, che si erano allontanate dalle loro comunità di origine e che sentivano meno pressioni riguardo la possibilità di pianificare le nascite.

Quindi, diversamente da quanto dichiarato all'inizio capitolo, le donne indigene residenti nelle aree rurali del Paese, non beneficiano direttamente delle politiche che dovrebbero tutelare la salute sessuale e riproduttiva della coppia, che mira a essere informata, consapevole, concertata tra i partner e funzionale al benessere psicofisico e sociale della donna e, più in generale, della comunità.

Nelle comunità rurali indigene di Los Altos e nelle aree periferiche a maggioranza indigena di San Cristóbal de Las Casas, è parso evidente che i progetti di pianificazione familiare incentivati dalle politiche governative sopramenzionate che vogliono promuovere la tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile, sono in definitiva risultati poco efficienti e adeguati. La tutela della salute riproduttiva femminile e della coppia, soprattutto quando indigena, se non accompagnata da una capillare educazione alla parità di genere e all'importante valore che possiede la donna (come l'uomo) in quanto essere umano meritevole di rispetto (anche se non vuole essere esclusivamente sposa e madre di molti figli), non potrà essere facilmente raggiunta in modo equanime nel Paese.

In questo senso, tra le *direttive emergenziali* tracciate a livello internazionale, soprattutto negli anni Duemila (che miravano a rispondere al prioritario problema della mortalità materna nel parto),

²²⁷ Molte di loro mi riferiscono che assumono semi di papaia, noti per le loro proprietà abortive, quando non vogliono rimanere gravide.

anticipate da dibattiti e conferenze internazionali in cui si promosse la necessità di tutelare universalmente il diritto alla salute riproduttiva e le pratiche di discriminazione femminile locali, vi è uno iato per ora non colmato, a cui sarà difficile ovviare a meno che non si promuovano cambi strutturali più incisivi nell'organizzazione sociopolitica e culturale della società messicana odierna.

In Messico emerge sempre più apertamente il discorso sociosanitario che verte sulla necessità di ridurre gli alti tassi di mortalità materna indigena, ma restano dimenticati e silenti i discorsi relativi ai fattori socioculturali ed economici che congiuntamente agiscono nel determinare questi decessi: violenza di genere, discriminazioni di genere, valore differenziale dei sessi, poca autonomia decisionale ed economica delle donne indigene rispetto agli uomini, machismo. Di queste tematiche si discute troppo poco e in maniera ancora troppo superficiale: forse, quando il risolverle diventerà una *priorità* per il governo messicano, un'*emergenza* tanto importante quanto i decessi materni nel parto, e verranno implementate una serie di misure utili a ridurre i seri effetti sulla tutela della salute psicofisica femminile, anche la salute sessuale riproduttiva femminile indigena potrà essere tutelata e si ridurranno quindi i numeri di decessi in gravidanza e nel parto.

A ridosso degli anni Duemila sono stati avviati in Messico un secondo e un terzo *Programma Nacional de Planificación Familiar*, con il proposito di occuparsi in maniera più intensiva di pianificazione e assistenza al parto. Nelle politiche di controllo delle nascite venne data maggior enfasi ai metodi considerati più continuativi, come il dispositivo intrauterino, l'occlusione delle tube e la vasectomia, rispetto a quelli considerati meno controllabili, quali le terapie ormonali. È aumentato l'uso dei contraccettivi tra le donne, ma rimangono ancora evidenti le discrepanze tra aree urbane e rurali, come già menzionato; le nuove strategie attuate dovranno vertere allora sull'educazione e sull'inserimento nei programmi sociosanitari delle fasce di popolazione finora escluse: gli adolescenti, gli uomini e le levatrici.

6.2 I corsi di formazione per le levatrici tra utopie e contraddizioni

Ci spaventano, non vogliono che usiamo le nostre pratiche terapeutiche, che tocchiamo le gestanti, alcuni ci dicono una cosa, altri un'altra, ci dicono che non sappiamo fare il nostro lavoro perché

manomettiamo il cordone ombelicale. Beh io sono qui solo per ricevere la certificazione. Non ci fanno entrare durante le emergenze, non ci lasciano passare e anche se il bambino sta bene spesso il dottore afferma: "facciamo un taglio cesareo". Avevo visitato una signora in sovrappeso e le avevo detto di farsi fare una visita dal dottore perché avevo paura per la sua pressione, il dottore ha iniziato ad urlare accusandomi che le avevo somministrato l'ossitocina, ho risposto che non l'avevo fatto e lui mi ha detto "Si l'hai iniettata, sei una bugiarda"; quando il dottore uscì disse alla famiglia: "Perché ti fidi della levatrice tradizionale, non sa nulla, è qui che devono nascere i bambini"²²⁸.

(Note di campo, marzo 2018, Teodora)

Le levatrici tradizionali sono corpi che possono essere presi, disciplinati, inclusi nei sistemi di regolazione biopolitica, per queste ragioni la loro vita è messa nelle mani di propositi ad esse alieni senza che vengano stimate le loro necessità o presi in considerazione i loro diritti²²⁹.

(Gómez García, 2017, p. 14)

Le levatrici tradizionali sono state al centro di svariate iniziative sociosanitarie dagli anni Trenta del Novecento fino ai giorni nostri; dato che l'attività della *partería* è molto radicata, adoperata e diffusa nel territorio messicano, le principali iniziative politiche e sanitarie preposte al controllo e

²²⁸ "Nos meten miedo, que no quiere que esté dando vuelta, que no la sobe, que no la toques, uno nos dice una cosa, otro, otra cosa dice, luego nos dicen que no sabemos porque maltratamos el cordón, bueno, yo digo dentro de mí sólo por la constancia y el registro estoy acá. A la emergencia no nos deja entrar, no nos deja pasar y aunque esté bien el bebé dice a los familiares (el doctor): «va a ser cesárea». Una señora de aquí atrás, que está bastante gordita, dije yo la voy a llevar qué tal si le sube la presión, mejor que lo vea el doctor, sale y me comienza a gritar que puse oxitocina, yo le dije que no y él me dijo: «ya le diste, eres mentirosa», también salió una doctora y le dijo a la familia: "para qué se confían de las parteras, ella no sabe nada, aquí es donde nacen los bebés".

²²⁹ "Las parteras son cuerpos que pueden ser tomados, disciplinados y accionados con fines de regulaciones biopolíticas, por lo tanto, su vida es puesta a disposición de propósitos ajenos sin estimar las necesidades o los derechos de las propias parteras tradicionales".

alla regolamentazione delle nascite della popolazione messicana hanno dovuto tenere in debita considerazione le levatrici tradizionali, che fino agli anni Settanta si erano occupate di assistere a circa l'85% dei parti che avevano avuto luogo nel territorio, in particolare in aree a maggioranza indigena della popolazione²³⁰.

Freyermuth (2017) spiega che già nel lontano 1936, quando venne istituita l'obbligatorietà del *servizio sociale* per i medici allopatrici sul punto di titolarsi, durante l'anno di servizio questi avevano il dovere non solo di impraticarsi con le tecniche di ostetricia, ma anche di *controllare* l'operato delle levatrici tradizionali (Freyermuth Enciso, 2017, p. 17). La *Ley de población*, ratificata nel 1936, individua la necessità di aumentare il numero della popolazione messicana e persegue l'obiettivo preposto mediante dispositivi di rimpatrio, immigrazione e crescita naturale dei suoi membri; per rendere più operativi questi provvedimenti legislativi, l'attività delle levatrici doveva essere opportunamente "migliorata" e affinata, mediante specifici corsi di formazione ai quali erano tenute a partecipare.

Quelle che Freyermuth definisce essere le azioni di "addestramento e controllo delle levatrici"²³¹ avviate, rispondevano alla necessità di eradicare le cosiddette "pratiche terapeutiche dannose" che adoperavano le levatrici tradizionali, per diminuire la mortalità materna durante la gravidanza e il parto.

Nelle aree ad alta concentrazione indigena, tra cui quella montuosa del Chiapas, una strategia che si mise in pratica per ridurre gli alti tassi di mortalità materna tra le gestanti di origini indigene, prevedeva l'incentivo massiccio all'educazione delle levatrici, promuovendo la collaborazione con gli operatori sociosanitari ospedalieri, soprattutto in quegli ospedali pubblici di zona dove l'affluenza delle gestanti indigene era maggiore (Freyermuth Enciso, 2017, pp. 22-26). Si ipotizzava che regolamentando e "migliorando" l'esercizio terapeutico di *partería* e, soprattutto, medicalizzandolo in alcune sue istanze, si sarebbero ridotti i numeri di morti materne che avevano luogo per complicazioni durante la gestazione e il parto.

Nonostante l'implementazione massiccia, acuitasi negli ultimi decenni, dei vari programmi sociosanitari per combattere la mortalità materna e trovare un'intesa con le levatrici, che ancora oggi rappresentano per molte donne gravide indigene di Los Altos l'opzione più adottata, i dati

²³⁰ Riferimenti presenti nel testo di Freyermuth Enciso, 2017, p. 17.

²³¹ Ibidem.

relativi ai decessi testimoniano che la problematica non è stata risolta a pieno (Freyermuth Enciso, 2010, p. 14)²³².

Possiamo già ipotizzare che non siano le pratiche terapeutiche – considerate “nocive” – delle levatrici a incidere in modo esclusivo e determinante sul numero di morti materne indigene durante la gravidanza, bensì siano ben altri fattori strutturali relativi a profonde problematiche culturali, sociali ed economiche a essere più impattanti sui decessi; per esempio, il contesto sociale razzista, machista e violento in cui spesso le donne indigene vivono e diventano madri, molte in giovane età, la ristrettezza economica in cui alcune gestanti si trovano, così come l’inefficienza sistemica degli ospedali pubblici, sono solo alcune delle cause, forse meno evidenti e denunciate, che incidono in maniera decisiva sui dati. Gli assi di violenza strutturale modulati attorno al genere, la classe, all’età e alla razza (Page Pliego, 2005; Navarro, 2005; Freyermuth Enciso, 2010, 2016, 2017, 2018; Freyermuth Enciso, Carrasco-Gómez, Romero-Martínez, 2016), limitano fortemente le possibilità che le donne indigene di Los Altos possano decidere liberamente come e quando diventare madri, o beneficiare di una qualche tutela della loro salute durante la gravidanza e il parto, non avendo quindi la possibilità di vivere una maternità sicura e senza rischi per se stesse e per il bambino che portano in grembo.

Nel prossimo capitolo si approfondiranno meglio questi differenti fattori, che agiscono spesso in compresenza, mentre nelle pagine che seguono si solleveranno alcune criticità rispetto ai corsi di formazione sociosanitaria impartiti alle levatrici tradizionali. L’opinione che ci si è costruita svela il paradosso che si è creato in merito ai progetti di formazione delle levatrici che, una volta “educate” e certificate, sono state relegate in un vuoto burocratico e legislativo (Sanchez Ramirez, 2016; Gómez García, 2017), a causa del quale non è stato realmente assegnato loro un ruolo riconosciuto all’interno del sistema medico e ospedaliero messicano, risultando quindi subalterne al personale biomedico. Le levatrici tradizionali sono vittime di uno “stato di eccezione legale” che, nonostante le pretenda adeguatamente formate e complici degli operatori sociosanitari per rispondere a obiettivi comuni, le confina in uno spazio marginale di vulnerabilità e precarietà.

²³² Scrive Freyermuth: “Nel Rapporto sui progressi del 2005 sugli Obiettivi di sviluppo del Millennio in Messico, è stato riconosciuto che il raggiungimento dell’obiettivo di ventidue morti per 100.000 nascite entro il 2015 era persino superiore al raggiungimento dell’obiettivo relativo a mortalità infantile (Freyermuth, 2010, p. 14).

In Messico, già negli anni Settanta, con la ripresa del dibattito nazionale sulla salute riproduttiva, erano stati attivati alcuni programmi sociosanitari che miravano all'inserimento delle levatrici indigene nelle istituzioni di salute pubblica; in questo processo venne coinvolto, nel 1972, l'*Instituto Nacional Indigenista* (INI), che si è fatto promotore del *Programa de Salud Reproductiva y planificación Familiar para las levatrices tradicionales rurales*. I principali obiettivi del programma erano quelli di educare le levatrici a precise tematiche relative all'igiene, alle malattie sessualmente trasmissibili, ai fattori di rischio che si potevano presentare in gravidanza e nel parto, e che, qualora rintracciati, richiedevano l'ospedalizzazione della gestante e l'intervento tempestivo dei medici. Di fatto era, ed è tuttora, opinione comune tra il personale sociosanitario, che l'analfabetismo, le scarse conoscenze biomediche e le differenti pratiche igieniche e sanitarie siano la ragione principale degli alti tassi, per le donne indigene, di mortalità materna nel parto²³³ e l'impegno a "educare" in maniera massiva le levatrici è stato così vigoroso che, tra il 1973 e il 1976, furono diverse le istituzioni pubbliche, preposte al raggiungimento degli obiettivi di inclusione (tra cui il Consejo Nacional de Población), che vengono direttamente coinvolte nell'educazione e nella formazione di ben 15.000 levatrici in tutto il Messico (Quattrocchi, 2011, p. 72, Freyermuth Enciso, 2017, p. 11).

A Los Altos le levatrici tradizionali svolgevano una funzione terapeutica fondamentale all'interno delle comunità indigene, avevano un prestigio medico e sociale riconosciuto, contatti diretti con molte famiglie (in particolare con le donne delle comunità), erano rispettate dalla popolazione e, se correttamente medicalizzate e trasformate in "operatrici per la salute", potevano essere uno "strumento" efficace per ridurre la mortalità materna senza un grande – e costoso – impegno pubblico direzionato all'istituzione di ospedali, case del parto e reparti ginecologici, specialmente nelle aree indigene, dove erano pressoché assenti.

Come chiarisce Freyermuth Enciso:

²³³ Come ho già affermato in altre occasioni il fatto che le levatrici tradizionali vengano definite pericolose è un'opinione molto diffusa tra i medici anche al giorno d'oggi; in un convegno di antropologia medica a San Cristóbal, due medici molto giovani non hanno esitato a ribadire che il fatto che le levatrici tradizionali fossero analfabete e non avessero studiato medicina, fosse non solo inammissibile ma una causa determinante riguardo agli alti tassi di mortalità materna in gravidanza e nel parto (note di campo, San Cristóbal de Las Casas, UNACH, febbraio 2018).

[...] l'addestramento e il controllo delle levatrici tradizionali era una risposta al fatto che si riteneva che le complicazioni e le morti materne fossero associate a ciò che la corporazione medica definiva "le pratiche terapeutiche dannose delle levatrici tradizionali" (...). L'obiettivo finale di questo programma era convertire le levatrici tradizionali in assistenti sanitarie con una formazione specifica per incanalare negli ospedali i casi più complicati²³⁴ (Freyermuth Enciso, 2010, p. 17).

Tuttavia Gómez García ritiene che il processo di trasformazione della pratica terapeutica di *partería* non avvenne in maniera distesa, difatti

[...] la trasformazione delle levatrici tradizionali in promotrici di salute riproduttiva, come se fossero un'estensione dei servizi sanitari a basso costo, comportò la sottostima delle loro conoscenze e l'acquisizione di pratiche terapeutiche che reiterano forme di violenza ostetrica, mettendo in dubbio la possibilità di avviare un progetto di salute interculturale che fosse in grado di coinvolgerle realmente²³⁵ (Gómez García, 2017, p. 21).

Le levatrici tradizionali, avendo un riconosciuto ruolo strategico nelle comunità, avrebbero potuto avvicinare le donne indigene in età fertile e in gravidanza agli ospedali di zona, dove si sarebbe potuta controllare, tutelare e monitorare la loro gravidanza per prevederne i rischi. Durante questi tentativi di dialogo tra i saperi delle levatrici e quelli dei medici, non vi era però un rapporto simmetrico tra le parti in gioco: le conoscenze terapeutiche tradizionali venivano puntualmente svalutate, considerate inadeguate o non abbastanza scientifiche per contribuire a risolvere le emergenze in vista di adempiere agli obiettivi stabiliti dalla comunità medico-scientifica messicana.

²³⁴ "El adiestramiento y control de las parteras tradicionales, respondía a que las complicaciones y las muertes maternas se asociaban a lo que el gremio médico denominaba "las practican nocivas de las parteras (...). El objetivo último de este programa fue convertir a las parteras tradicionales empíricas en *auxiliares de salud con capacitación* para canalizar los partos complicados en los hospitales."

²³⁵ "La transformación de las parteras en promotora de salud reproductiva, como una extensión de servicios sanitarios a bajo costo, *comportó la desestimación sobre sus conocimientos* y la adquisición de prácticas que reiteran la violencia obstétrica, *poniendo en duda* la posibilidad de un modelo intercultural de salud que involucre a las parteras tradicionales."

Le levatrici vennero progressivamente trasformate in *parteras-pastilleras* (Zolla, 1994) legittimate a comprare e distribuire ai pazienti farmaci da banco, fare iniezioni, usare strumenti medici basilari: stetoscopio, garze sterili, disinfettanti, spesso senza essere state adeguatamente formate sull'uso di alcuni dei farmaci utilizzati, quali l'ossitocina, il cui abuso ha messo a repentaglio la vita di molte donne gravide. Trasformando le levatrici in "ausiliarie della salute", più simili a infermiere che non a levatrici, ci si auspicava di gestire più efficacemente i servizi sanitari pubblici di primo livello, proponendo un'assistenza a basso costo, più adatta alla domanda di cura indigena perché instradata dall'attività svolta dalle levatrici tradizionali, che avrebbero potuto avvicinare le gestanti agli ospedali, amministrando le emergenze assieme agli operatori sociosanitari. Il tutto si sarebbe svolto senza la necessità di investire ingenti fondi nella sanità pubblica, bensì facendo fruttare la formazione di coloro che erano già un punto di riferimento per le donne indigene in età fertile e in gravidanza, ossia le levatrici tradizionali.

Negli anni Novanta e Duemila, i corsi di formazione si intensificano, ma iniziano a rivelare intrinseche criticità, che tuttora vengono evidenziate da molti autori che si occupano del tema (Quattrocchi, 2011; Gómez García, 2017; Freyermuth Enciso, 2018). Gli sforzi delle istituzioni sanitarie per migliorare l'assistenza al parto grazie alla formazione e al dialogo con le levatrici, sia nelle aree indigene urbane che in quelle rurali, hanno ridotto il numero di morti materne indigene, ma non le hanno azzerate, rivelando profonde e strutturali inadempienze del sistema sanitario messicano rispetto agli obiettivi internazionali che prevedevano la necessità di avvicinarsi quanto più possibile all'azzeramento di questi decessi. I dati invitano a porsi alcuni seri interrogativi sulla funzionalità dei corsi di formazione così organizzati, sulle frizioni culturali che hanno reso solo parzialmente efficace il dialogo tra levatrici tradizionali e i medici, nonché sulle finalità "biopolitiche" che i corsi stessi intendono perseguire nascondendosi dietro l'incentivazione a un'assistenza terapeutica mista, interculturale e più sensibile alle esigenze delle popolazioni indigene e all'operato delle guaritrici tradizionali.

Durante il lavoro svolto sul campo a stretto contatto con le levatrici, e in alcune interviste formali a cui sono state sottoposte, sono emersi molti elementi problematici relativi ai corsi di formazione; alcuni delle criticità più spesso evidenziate dalle mie interlocutrici vertevano sul fatto che gli insegnamenti venivano interamente svolti in lingua spagnola, nonostante molte delle donne che li frequentavano fossero principalmente monolingue e usassero solo il *tzotzil* o il *tzeltal*. Molte levatrici, soprattutto quelle più anziane, non avevano gli strumenti linguistici e culturali per

comprendere nel dettaglio ciò che nei corsi veniva insegnato loro e spesso non erano presenti traduttori disponibili a rendere il processo più agile²³⁶. I corsi erano organizzati sulla base di metodologie didattiche con una forte impronta teorica e con poche attività ed esempi pratici, e risultavano quindi completamente estranei ai metodi di apprendimento tradizionali basati principalmente sull'osservazione, sull'attività pratica e sull'esperienza empirica diretta. La maggior parte delle levatrici tradizionali che partecipavano alle formazioni non erano avvezze a modalità di insegnamento e apprendimento strutturate sull'idea della lezione frontale e teorica, e spesso manifestavano estrema e aperta diffidenza nei confronti del personale sociosanitario e dei formatori, generalmente medici o infermieri, i quali si rivolgevano loro con un'attitudine saccente e arrogante, in particolare quando non capivano ciò che dicevano.

Mi spiega Teodora:

i dottori parlano molto velocemente, solo in lingua spagnola e per molto tempo e io non capisco bene cosa dicono, ma soprattutto ci guardano con l'idea che dobbiamo cambiare e che le nostre conoscenze non valgono nulla, ci sgridano duramente e non ci permettono di parlare all'interno dei corsi. I corsi sono molto noiosi per noi che arriviamo già stanche²³⁷.

È capitato anche di rilevare che molte levatrici tradizionali non sentivano alcun desiderio o necessità di voler modificare le loro tecniche di cura tradizionali per integrarle con quelle proprie della medicina scientifica, e frequentavano i corsi di formazione perché obbligate o nella speranza di ricevere del materiale sanitario che potesse essere loro utile (garze, forbici, camici, guanti); molte difatti mi sono parse più interessate a ricevere l'attestato di partecipazione rilasciato a fine corso, per poter mostrare ai pazienti che oltre a quelle tradizionali, possedevano solide competenze di tipo biomedico.

²³⁶ Gómez García (2017) afferma che delle 54 levatrici tradizionali da lei censite, state formate nella Clinica di Los Pinos a San Cristóbal, 52 parlano solo la lingua *tzotzil*, un dato esemplificativo della diffusa situazione di monolinguisimo delle levatrici tradizionali.

²³⁷ "Hablan muy rápidos los médicos, en puro idioma castellano y por mucho tiempo y yo no puedo seguir bien, pero sobre todo nos miran con la idea que nosotras tenemos que cambiar y que nuestras sabidurías no valen nada, nos regañan muy duro y no nos permiten hablar en los cursos. Los cursos son muy aburridos para nosotras que llegamos cansadas...". Note di campo, San Cristobal de Las Casas, marzo 2017.

A causa dell'inefficienza degli insegnamenti e delle difficoltà incontrate da molte levatrici, si sono alimentate ripetute e reciproche incomprensioni: per esempio, si sono diffuse pratiche terapeutiche errate, approssimative e pericolose per la salute delle gestanti e per quella del feto. Alcune levatrici hanno utilizzato (e utilizzano) farmaci allopatrici non comprendendone i rischi o senza avere imparato adeguatamente ad adoperarli durante i corsi²³⁸.

Mari Hernández, la levatrice tradizionale dell'*Hogar Comunitario*, in un'intervista ha sollevato alcune delle criticità elencate poc'anzi, aggiungendo che un'ulteriore problematica è relativa all'ignoranza circa la cultura medica maya del personale sociosanitario che si occupa della didattica degli insegnamenti, fattore che non facilita la comprensione reciproca e limita l'efficacia dei corsi. È dal 2016 che Mari si occupa di organizzare qualche ora di formazione sulla *partería* maya ad alcuni medici dell'*Hospital de las mujeres*, essi stessi formatori, e a riguardo spiega:

quando toccò a me tenere alcuni corsi relativi alla *partería* indigena ai medici, mi resi conto che non sapevano nulla della nostra cultura e della nostra medicina e non avevano idea di come si potesse assistere una donna gravida senza medicine, solo con la *sobada*, le candele e le erbe. Parlando alla donna, il che è molto importante, aiutandola a partorire con parole di incoraggiamento (...). Questo è un grosso problema. Perché noi dobbiamo formarci e loro no? Ma quando mi sono iscritta a un corso di formazione ho notato anche che c'erano molte levatrici tradizionali che non volevano aggiornare le proprie conoscenze, che non volevano integrare nuovi elementi alla loro pratica terapeutica. (...) La colpa è anche delle levatrici tradizionali, anche se i corsi sono noiosi. (...) I medici ci trattavano molto male perché alcune si addormentavano durante i corsi a causa della stanchezza. A volte ci alziamo alle 5:00 per preparare la tortilla e cuocere i fagioli per la famiglia²³⁹.

²³⁸ Ormai è noto che molte levatrici tradizionali a Los Altos abusino di ossitocina, un ormone prodotto dal corpo della donna, in particolare nell'ultimo periodo della gravidanza e che, durante il travaglio, svolge l'importante azione di stimolare le contrazioni della muscolatura liscia dell'utero materno. Quando il travaglio sembra protrarsi più a lungo del previsto, le iniezioni di ossitocina, adeguatamente monitorate, possono aiutare la donna nella fase finale del parto, ma un dosaggio eccessivo può essere rischioso e mettere a repentaglio la vita della madre e del bimbo. L'ossitocina, a San Cristóbal, viene venduta direttamente in farmacia alle levatrici tradizionali "formate" in ospedale, senza controlli, senza ricetta e senza assicurarsi se costoro siano effettivamente a conoscenza dei rischi connessi al sovradosaggio e alle modalità di somministrazione.

²³⁹ "Cuando me tocó a mí hacer algunos cursos para los médicos, sobre la partería indígena, me di cuenta que ellos no sabían nada de nuestra cultura y de nuestra medicina y no tenían idea de cómo se ayudaba una mujer en el parto sin medicamentos, solo con la sobadas y las velas y las hierbas. Hablando a la mujer, que es muy importante, ayudándola a empujar con las palabras (...). esto es un problema muy grande. ¿Por qué nosotras tenemos que capacitarnos y ellos no?! Pero cuando yo me apunté a un curso de capacitación para las parteras tradicionales vi también que había muchas que no querían actualizar su propio saber, que no querían agregar elementos novedosos de los médicos o que no querían conocer cosas diferentes. (...) la culpa es también de estas parteras tradicionales, aunque los cursos eran aburridos para nosotras. (...) los médicos nos trataban muy mal porque algunas se dormían durante los cursos y se

Dalle parole di Mari emerge chiaramente la consapevolezza che i medici che lavorano a San Cristóbal con pazienti indigeni, e che si occupano di formare le levatrici tradizionali, non hanno alcuna competenza culturale previa sulla medicina e la cultura maya; Mari riconosce, inoltre, che la causa di molti dei malintesi e delle frizioni tra levatrici e medici non è imputabile solo ai secondi, ma le stesse levatrici capita abbiano un'attitudine poco collaborativa, non vogliono sentirsi dire dai medici come devono fare il loro lavoro e non sono disposte a scendere a compromessi.

Pare comunque evidente che nei corsi di formazione i medici contribuiscano a reiterare una dinamica relazionale non orizzontale nei confronti delle guaritrici, imponendo in modo molto autoritario il loro sapere e discriminando quello indigeno.

Aspre critiche nei confronti dei corsi di formazione sono state chiaramente espresse da alcuni antropologi, che hanno denunciato l'atteggiamento dispotico dei medici nel voler imporre e diffondere metodi, nozioni di cura e assistenza alla gravidanza biomedici ed egemonici (Page Pliego, 2005; Navarro 2005; Quattrocchi, 2011), contribuendo a una progressiva e lenta frammentazione dei saperi e delle tecniche di cura maya, con l'intento di sostituirle, surrettiziamente, con quelle allopatiche.

I dati raccolti nelle interviste sul campo confermano che molte delle levatrici tradizionali intervistate hanno incorporato alcune delle pratiche apprese durante i corsi, anche se alcune lo fanno più per paura di essere denunciate che non per reale convinzione dell'efficacia delle pratiche introdotte; tutte ormai tendono a sterilizzare gli strumenti da lavoro ma, come mi spiega Teodora, più perché "se mi scoprono i medici che non faccio ciò che mi hanno insegnato nei corsi di formazione mi sgridano duramente e mi mandano in commissariato"²⁴⁰. Sta diventando buona abitudine diffusa far bollire in acqua le forbici utilizzate per tagliare il cordone ombelicale del neonato, usare i guanti, che vengono distribuiti (anche se non sempre) durante i corsi, o lavarsi le mani con sapone prima di qualsiasi operazione. Un'altra pratica comune adottata di recente è che la levatrice tradizionale si dedichi dopo il parto a una serie di attività di pulizia della donna, del bebè e del luogo dove il parto è avvenuto, perché tra i neonati sono molto diffuse le congiuntiviti a causa

dormían porque estaban muy cansadas. A veces nos levantamos a las 5.00 a.m. en el día para hacer la masa de las tortillas y cocer los frijoles para las familias". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, gennaio 2018.

²⁴⁰ "Si me descubren los médicos que no hago lo que aprendí a los cursos me regañan muy duro y me mandan en la comisaría". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

dell'insalubrità degli ambienti casalinghi in cui si svolge il parto, dove spesso vivono in contiguità, e in ambienti molto piccoli, sia i membri della famiglia che gli animali.

La pratica terapeutica delle guaritrici tradizionali si è trasformata non solo in virtù dei corsi di formazione, che videro gli albori negli anni Trenta del Novecento e vennero implementati massicciamente dagli anni Settanta in poi, ma anche conformemente alle necessità espresse da molte gestanti indigene, che oggi preferiscono scegliere una levatrice accuratamente formata e che “abbia studiato” per migliorare le sue tecniche terapeutiche frequentando i corsi del sistema sanitario nazionale. A conferma di quanto appena detto, per esempio, Carmen si dichiara soddisfatta che la sua levatrice sapesse usare lo stetoscopio e che lo avesse adoperato durante la sua gravidanza²⁴¹. Alcune levatrici affermano di aver tratto beneficio dai corsi di formazione, che le hanno rese più preparate e pronte ad affrontare complicazioni ed emergenze; un esempio è rappresentato da Mari, che dichiara di aver tratto giovamento dai corsi di formazione a cui aveva assistito perché le avevano dato la possibilità di aggiornare le sue conoscenze e scoprire molte cose che non sapeva, soprattutto sulla fisiologia umana: “occorre studiare continuamente per fare questo lavoro, frequentare i corsi, leggere libri. A me sono serviti molto i corsi che ho fatto in ospedale, prima non avevo nessuna conoscenza del corpo umano, la medicina maya lo vede in maniera diversa da come lo conoscono i medici. Credo che sia giusto che le levatrici tradizionali sappiano come sia fatto il corpo umano”²⁴², mi spiega, indicando i vari libri di ostetricia disposti sulla sua scrivania nell'*Hogar Comunitario*.

Nonostante questi esempi rivelino la soddisfazione espressa da alcuni pazienti e levatrici, credo comunque che, attraverso i corsi di formazione, le levatrici tradizionali siano state cooptate in un meccanismo “bio-politico” di *regolamentazione* dei loro corpi e dei loro saperi, attraverso il quale sono state gradualmente forzate ad adeguarsi al discorso medico-scientifico relativo alla gravidanza, edificato su conoscenze e pratiche non sempre più efficienti (soprattutto in caso di gravidanze fisiologiche)²⁴³. Come spiega Gómez García:

²⁴¹ Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio, 2018.

²⁴² “Es necesario estudiar continuamente para hacer este trabajo, asistir a cursos, leer libros. Tomé muchos cursos que hice en el hospital, antes yo no tenía conocimiento del cuerpo humano, la medicina maya lo ve de manera diferente a como lo saben los médicos. Pero creo que es correcto que las parteras tradicionales sepan cómo está hecho el cuerpo humano.” Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre, 2018.

²⁴³ Come scrivono Siesa, Van Dijk e Aguilera, non è garantendo a tutte le gestanti un'assistenza biomedica che si sono azzerate le morti materne: i servizi ospedalieri pubblici in Chiapas sono sovraffollati, inefficienti e poveri di risorse, e questi fattori concorrono ai decessi evitabili nel parto, anche qualora ospedalizzato (Siesa, Van Dijk, Aguilera in Page Pliego, 2014, p. 263).

[...] lungi dall'essere basati su un'idea di equità e autonomia, i corsi di formazione proposti alle levatrici tradizionali impartiti dalla SSA a San Cristóbal de Las Casas, si traducono nell'assoggettamento di corpi produttivi da parte di un'istituzione disciplinare che mette in moto dispositivi di controllo capaci di formare le levatrici tradizionali rispetto a ciò che viene considerato normale nell'ambito biomedico relativamente alla salute riproduttiva femminile²⁴⁴ (Gómez García, 2017, p. 110).

Le levatrici sono state “governate”, inserite negli ospedali, burocratizzate, e i loro saperi sono stati regolamentati, senza però che sia stato formalizzato un riconoscimento del loro operato né in termini economici e culturali, né tanto meno legislativi.

Le levatrici tradizionali vivono attualmente in uno stato di assenza di formalizzazione legale specifica della loro attività terapeutica, non possono disporre di tutele legali per difendersi in caso di necessità o di una legislazione specifica che le definisca effettivamente come operatrici socio-sanitarie impiegate nel sistema pubblico²⁴⁵. Non percepiscono, inoltre, un salario adeguato alle ore di lavoro prestate negli ospedali e non sempre la loro persona viene rispettata, così come la loro pratica di cura e i loro saperi. Le levatrici tradizionali sono state cooptate all'interno di un sistema sanitario che ne ha frammentato le pratiche terapeutiche, ma che ha anche precarizzato

²⁴⁴ “Lejos de fundarse en un ámbito de equidad y autonomía, la captación de las parteras por la SSA en San Cristóbal de Las Casas si se traduce en la unidad de cuerpos productivos por una institución disciplinaria que estructura dispositivos de control para introducir a la partera tradicional hacia lo que es considerado como normal en el ámbito biomédico de la atención reproductiva de las mujeres.”

²⁴⁵ Scrive Gómez García: “uno dei fattori che incide sulla problematica è relativa al vuoto legale che lega la pratica terapeutica delle lavatrici tradizionali alle istituzioni e il fatto che manchi una politica legislativa chiara rispetto al loro operato, che sia capace di andare oltre al fatto che le levatrici sono state considerate dei soggetti funzionali alla riduzione dei tassi di mortalità materna. Ciò incide sull'efficacia del loro lavoro. Le strategie impiegate fino ad oggi per includere le levatrici tradizionali nel contesto ospedaliero devono essere riconfigurate urgentemente, tenendo conto delle loro competenze e conferendo loro il riconoscimento e la rappresentatività che fino ad oggi sono mancate. Senza dubbio, oltre all'idealizzazione culturale, questa riorganizzazione deve cominciare a dare significato ad un ordinamento legale che riconosca i loro diritti. Questi traguardi contribuiranno alla realizzazione di progetti efficaci per risolvere adeguatamente le problematiche relative alla salute materna nella regione (Gómez García, 2017, p. 96).

le loro esistenze, relegandole a una posizione di marginalità e acuendo la loro vulnerabilità economica e sociale.

6.3. Mortalità materna indigena: le multiple radici di violenza strutturale a confronto

La povertà esercita la sua forza distruttiva a ogni stadio della vita umana, dal concepimento alla tomba. Essa cospira con le patologie più mortali e dolorose per portare una esistenza di dannazione a tutti coloro che la patiscono.

(OMS, Ginevra, 1995)

Qui (...) le epidemie hanno a disposizione dei potenti alleati, cioè i padroni della terra, i colonnelli, i commissari di polizia, i comandanti dei distaccamenti della Forza Pubblica, i capibanda, i mandatari, i politicanti e finalmente il governo sovrano. Gli alleati del popolo, invece, si contano sulle dita di una mano: il Bom-Jesus-da-Lapa, qualche bigotto e una parte del clero, a volte qualche medico e qualche infermiere, maestrine mal pagate, insomma una ben misera truppa per fronteggiare il numeroso esercito di quelli che hanno interesse che le pestilenze continuino in vigore. Non fossero il vaiolo, il tifo, la malaria, l'analfabetismo, la lebbra, la tripanosomiasi, la schistosomiasi, e tanti altri meritori flagelli in libertà per i campi, come conservare e ampliare i confini di tenute grandi come nazioni, come coltivare la paura, come imporre il rispetto e sfruttare il popolo a dovere? Senza la dissenteria, il crup, il tetano, la fame propriamente detta, qualcuno ha mai

pensato all'infinità di bambini che crescerebbero, diventerebbero adulti, cioè salariati, operai, enormi battaglioni di cangaceiros – non quelle misere bande jagunços che crepano sulle strade al suono del clacson dei camion – i quali prenderebbero le terre e se le dividerebbero? Necessari e benemeriti flagelli, senza di loro sarebbe impossibile l'industria delle secche che rende così bene; senza di loro, come tenere in piedi la società costituita e reprimere il popolo, che di tutti i flagelli è il peggiore? Pensi un po', vecchio mio, quella gente, se avesse la salute e sapesse leggere, che pericolo tremendo sarebbe.

(J. Amado, 1975)

Quali sono quei fattori che incidono negativamente sulle possibilità che le donne indigene gravide di Los Altos di portare a compimento una traiettoria terapeutica, anche ospedaliera, accessibile, efficace, e grazie alla quale possa essere garantita la tutela del diritto di ogni donna a vivere la gestazione e il parto in sicurezza²⁴⁶?

Nel 2004 viene avviata in Messico un'importante riforma del sistema sanitario nazionale che, attraverso la creazione di un esteso sistema di protezione sociale della salute, promuove l'affiliazione massiva delle popolazioni indigene e meno abbienti al *Seguro Social* (assicurazione sanitaria popolare), sistema capace di offrire una serie di prestazioni sanitarie basiche gratuite a tutti coloro che non beneficiavano di un'assicurazione sanitaria: lavoratori autonomi, disoccupati e lavoratori informali.

Gli oltre 50 milioni di messicani che prima del 2004 non erano assicurati, vengono quindi incentivati ad affiliarsi a questo nuovo sistema, pensato appositamente per farsi carico della popolazione

²⁴⁶ Per avere maggiori informazioni, si consiglia la lettura del testo *Desiguales en la vida desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas un análisis desde la inequidad* (Freyermuth Enciso, 2010). Si veda: https://www.academia.edu/36831189/Desiguales_en_la_vida_desiguales_para_morir._La_mortalidad_materna_en_Chiapas_un_an%C3%A1lisis_desde_la_inequidad

messicana meno abbiente, non coperta dall'assicurazione sanitaria, che prima di allora veniva garantita esclusivamente ai lavoratori che possedevano un contratto regolare²⁴⁷.

Tuttavia, sebbene sia aumentato notevolmente il numero di affiliati al *Seguro Social* anche tra la popolazione di origine indigena, tra cui rientrano donne gestanti o madri di famiglia senza reddito, ciò non si è riflesso su una effettiva diminuzione della mortalità materna in gravidanza e nel parto. Sebbene le gestanti indigene possano usufruire di cure e assistenza medica gratuita per le prestazioni di primo e secondo livello erogate in tutti gli ospedali pubblici della zona, ivi compresa l'assistenza durante la gravidanza, molte donne "affiliate" perdono la vita senza mai essersi sottoposte a visite di controllo in ospedale, a volte nel tragitto per raggiungerlo o per complicazioni che hanno luogo all'interno degli ospedali stessi²⁴⁸.

Il fatto che venga fornito un servizio sanitario gratuito a seguito dell'iscrizione al *Seguro social*, ha inciso sull'aumento del numero delle affiliate e sulla crescente ospedalizzazione del parto indigeno: molte donne in stato di gravidanza, anche per non perdere i benefici concessi a loro stesse e ai figli, decidono effettivamente di partorire in ospedale, pur preferendo l'assistenza fornita dalle levatrici tradizionali, che però non garantivano gli stessi benefici; ma com'è stato già sottolineato, l'aumento dell'ospedalizzazione del parto non ha drasticamente ridotto i dati relativi alla mortalità materna indigena, portando quindi la riflessione su ben altre problematiche.

Per maggior completezza, si rende esplicito che sono stati conteggiati molti decessi anche tra coloro che non risultano iscritti al *Seguro Social*, che Freyermuth Enciso (2010) definisce *no derechos habentes*, soggetti senza diritti, invisibili agli occhi del sistema medico e previdenziale messicano²⁴⁹.

Preme quindi interrogarsi sulle *molteplici concause* che per le donne gravide indigene, nello specifico, intervengono nel limitare la possibilità di accesso alle cure ospedaliere di primo livello in gravidanza, nonostante si sia diffusa (anche tra le popolazioni native) l'affiliazione al *Seguro social* e il processo sia sostenuto da innumerevoli altri interventi sociosanitari a esso collaterali, mirati a: ridurre la povertà estrema in cui vivevano le comunità degli altipiani del Chiapas, a diffondere una

²⁴⁷ Perrillo e Bassetti (2009) confermano che gli affiliati al *Seguro Popular* sono aumentati notevolmente dal 2003, arrivando a circa 20 milioni nel 2007. Si veda: <http://www.saluteinternazionale.info/2009/11/la-riforma-del-sistema-sanitario-in-messico>.

²⁴⁸ A riguardo si consiglia la consultazione dei grafici e dei dati elaborati da Freyermuth Enciso (2010) a pagina 36 del testo, in cui si evince, in maniera lampante, che la maggior parte dei tassi di mortalità materna sono avvenuti tra le donne affiliate al *Seguro Social*.

²⁴⁹ Tra il 2004 e il 2008, il numero di decessi femminili sale a 256 tra coloro che non erano coperti da assicurazione e 103 tra coloro che erano coperti (Freyermuth Enciso, 2010, p. 37).

cultura medica preventiva volta a educare all'identificazione dei rischi connessi ai decessi evitabili, e a radicare buone abitudini igieniche, alimentari e sessuali²⁵⁰.

Le politiche sociosanitarie statali hanno avuto esiti contraddittori e sono arrivate a essere controproducenti per la salute di molte donne indigene di Los Altos, portandoci a dirigere l'analisi su quelle variabili strutturali profonde che agiscono come silenziosi e violenti meccanismi discriminatori, limitando la *capacità-azione* di alcuni individui (o gruppi di individui), rispetto a quella di altri (Farmer, 2003), libertà che risulta essere un requisito necessario per elaborare la richiesta terapeutica più opportuna in caso di bisogno. Spostiamo dunque il focus della trattazione sulle variabili strutturali quali povertà, diffusione dell'analfabetismo, razzismo, discriminazioni e violenze di genere, che incidono nel definire in maniera molto differente le vite di alcune donne, gravando in modo diverso sulla qualità della loro vita e sulle ragioni della loro morte.

Tra le popolazioni indigene di Los Altos nel Chiapas, la povertà materiale *multidimensionale* e stratificata incide drasticamente sulla sofferenza individuale di coloro che risultano essere più esposti a rischi di malattie, malnutrizione, decessi precoci ed evitabili (Freyermuth Enciso, 2010). Non sono stati adeguatamente diffusi, anche nelle aree indigene rurali e urbane, impianti idrici e fognari efficienti, ed è proprio a causa della scarsità di acqua potabile e corrente, delle abitazioni insalubri e fredde, dell'assenza di reti fognarie, che si propagano malattie e infezioni, il cui impatto potrebbe essere tenuto meglio sotto controllo con una serie di interventi pubblici mirati che garantiscano la presenza di servizi basici non solo nei centri urbani, ma anche nelle comunità indigene rurali o delle periferie cittadine.

Oltre alle comunità native, la povertà di risorse interessa anche i servizi pubblici ospedalieri, i centri di salute, le cliniche pubbliche che, in città e nelle aree montuose di Los Altos, sono preposti a ricevere e farsi carico della cura delle donne indigene che vivono complicazioni nel parto o in gravidanza, provenienti sia dalle comunità rurali limitrofe che dalle periferie. Alcune di queste strutture sono spesso sprovviste dei materiali igienico-sanitari basici necessari a svolgere persino i piccoli interventi di routine (tovaglie di carta da mettere sui lettini, garze sterili, disinfettanti), gli ambienti sono degradati e sporchi, spesso sforniti delle tecnologie necessarie a risolvere i casi più urgenti e sono carenti di personale sociosanitario preparato ad affrontare le emergenze. Molte

²⁵⁰ Si pensi al programma *Oportunidades*, descritto nelle sue linee generali sul sito del Sedesol (Secretaría de Desarrollo Social). Si veda: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/TransparenciaFocalizada/Programas_Sociales/pdf/oportunidades.pdf.

donne indigene hanno lamentato il fatto che gli ospedali sono sovraffollati, che spesso si trovano a vivere il travaglio e il parto “tutte ammassate nella stessa stanza”²⁵¹, come mi spiega Carmen, e che il personale medico spesso non è disponibile a dare sostegno e aiuto a tutte coloro che ne hanno bisogno.

Ci lasciano sole, i luoghi sono molto freddi e a volte non ci danno le coperte; ci lasciano lì ore senza che nessuno ci si avvicini per aiutarci. Ero molto spaventata durante il mio primo parto e l'ho trascorso lì in ospedale da sola, sentendo molto dolore e con molta paura di morire in ospedale. Ci hanno dato solo un camice bianco per riscaldarci, ma era molto leggero e a volte i luoghi sono molto freddi e non mi sentivo a mio agio. Avevo anche paura perché c'erano molte donne che urlavano e piangevano attorno al mio letto. Mia sorella mi ha accompagnato, ma non è stata sempre con me. Fu stancante anche per mia sorella perché non poteva aspettare fuori dall'ospedale tutto il tempo in attesa che io partorissi... Non c'è un posto dove la famiglia può aspettare. Aspettiamo sempre fuori. Non mi hanno trattato bene nella mia prima nascita, non ho capito nulla di ciò che mi dicevano in spagnolo e alla fine mi hanno fatto un taglio cesareo²⁵².

Negli ospedali di Los Altos il personale medico sanitario è complice di perpetrare pratiche di assistenza ostetrica frettolose e violente, poco rispettose verso il corpo femminile e soprattutto di quello di donne indigene molto giovani, che oltretutto non parlano spagnolo e non hanno familiarità con il sistema medico ospedaliero.

Carmen mi spiega che lei era stata visitata da medici giovanissimi che le erano sembrati tirocinanti intenzionati a “fare pratica con i corpi delle donne indigene”²⁵³ e mi fa notare il disagio da lei provato quando durante la sua prima visita ginecologica, in cui venne visitata sdraiata supina con gli arti inferiori aperti e posti sul divaricatore, erano entrati nella stanza cinque o sei giovani medici,

²⁵¹ Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

²⁵² “Nos dejan allí solas, los lugares son muy fríos y a veces no nos dan cúbricas; nos dejan allá horas sin que nadie nos acerque y nos ayude. Yo estaba muy miedosa en mi primer parto y me lo pasé allá en el Hospital solita, con mi dolor, con miedo de morirme. Nos dieron solamente una bata blanca para abrigarnos, pero era muy livianito y a veces los lugares son muy fríos y yo no me sentí cómoda. Me espanté también porque había muchas mujeres que gritaban y lloraban alrededor de mi cama. A mí me acompañó mi hermana, pero no estuve todo el tiempo conmigo. Fue cansado por mi hermana también porque no pudo estar todo el tiempo afuera del hospital esperándome...No nos dan un lugar donde la familia pueda esperar. Estamos siempre afuera. A mí, en mi primer parto, no me trataron bien, yo no entendía nada en español y al final me cortaron y me hicieron cesárea”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, febbraio 2017.

²⁵³ Sono svariate le interviste in cui ho avuto modo di rilevare che questa preoccupazione è diffusa e persistente tra le donne indigene *tzotzil* e *tzeltal* di Los Altos in Chiapas.

armati di taccuino che, mentre osservavano lei e l'operato del ginecologo, prendevano appunti e chiacchieravano tra loro, incuranti del suo evidente disagio.

Varie forme di violenza ostetrica (OMS, 2014)²⁵⁴ mi sono state denunciate dalle donne indigene che ho conosciuto; in particolare, una di loro mi ha spiegato che solo dopo essersi svegliata dall'anestesia somministrata per un taglio cesareo, era stata informata dai medici che aveva subito, senza il suo previo consenso, l'occlusione delle tube ovariche²⁵⁵. La levatrice tradizionale Caruca, che era con lei al momento del risveglio, aveva dovuto darle l'infausta notizia e spiegarle l'accaduto, non nascondendo amarezza e sdegno per la violenta pratica a cui la donna era stata indebitamente sottoposta.

Il Messico, dopo la Cina, il Brasile e gli USA, si posiziona al quarto posto per il numero di cesarei non necessari inflitti a donne con gravidanze senza rischi (Patron, in Freyermuth Enciso, 2017), e il taglio cesareo viene considerato una delle varie forme di violenza ostetrica più diffusa; il cesareo, oltre a essere spesso non necessario, rallenta i tempi di recupero femminili e aumenta il rischio di infezioni, soprattutto per quelle donne che vengono rapidamente dimesse dagli ospedali e vivono la degenza in case poco salubri, molto distanti dai centri di salute locali dove potrebbero recarsi per sottoporsi alle abituali visite di controllo postoperatorio. L'OMS dichiara che "il taglio cesareo è efficace per salvare la vita della madre e del neonato solo quando è necessario per motivi medici"

²⁵⁴ Il concetto di "violenza ostetrica", soprattutto in Italia, non è molto diffuso se non per l'azione e le campagne di alcuni gruppi femministi e di alcune associazioni di donne. Può essere definita in modo generico come un insieme di comportamenti (in cui rientrano per esempio l'eccesso di interventi medici, le cure senza consenso o anche la mancanza di rispetto) che hanno a che fare con la salute riproduttiva e sessuale delle donne, declinata sia nella scelta della maternità che, all'opposto, nel suo rifiuto. Nel 2014 l'OMS ha redatto un documento che si intitola "La prevenzione ed eliminazione dell'abuso e della mancanza di rispetto durante l'assistenza al parto presso le strutture ospedaliere", in cui si scrive che in tutto il mondo molte donne durante il parto in ospedale "fanno esperienza di trattamenti irrispettosi e abusanti". Si esplicita che questi trattamenti non solo violano "il diritto delle donne ad un'assistenza sanitaria rispettosa", ma possono anche "minacciare il loro diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica e alla libertà da ogni forma di discriminazione". L'OMS spiega che un numero crescente di studi sulle esperienze delle donne durante la gravidanza, e in particolare durante il parto, dà un quadro allarmante. Si parla di abuso fisico diretto, abuso verbale, procedure mediche coercitive o non acconsentite (inclusa la sterilizzazione), mancanza di riservatezza, carenza di un consenso realmente informato, rifiuto di offrire un'adeguata terapia per il dolore, gravi violazioni della privacy, rifiuto di ricezione nelle strutture ospedaliere, trascuratezza nell'assistenza al parto con complicazioni altrimenti evitabili che mettono in pericolo la vita della donna, detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita connessa all'impossibilità di pagare (OMS, 2014). Al seguente link è possibile consultare il testo dell'OMS:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ita.pdf;jsessionid=CDEC8D4BF3267F70AAEF1697B516E93A?sequence=17.

²⁵⁵ Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017.

(OMS, 2015), ma purtroppo è ancora una pratica molto diffusa che, a Los Altos, incide sul numero di morti materne che hanno luogo non nel parto, ma nel puerperio²⁵⁶.

La legittima paura di essere sottoposte a un parto cesareo, e per questo di morire, disincentiva moltissime donne indigene a recarsi in ospedale, come mi spiega Carmen:

in ospedale ti pizzicano con gli aghi e ti tagliano per farti uscire il bebè, io ho paura! Mia mamma ha partorito da sola, senza problemi e io preferisco partorire così come ha fatto mia mamma in casa. Non mi piacerebbe andare in ospedale dove ti tagliano senza chiederti permesso²⁵⁷.

L'essere iscritti al *Seguro social* e l'arrivare in tempo in ospedale, oggi, in Chiapas, e soprattutto a Los Altos, non assicura la sopravvivenza delle gestanti e del feto, difatti

[...] gli atti che si verificano all'interno degli ospedali quali l'assenteismo, l'inadempienza degli orari di lavoro, la negazione della cura, la sottostima delle cause della richiesta di cura, la procrastinazione della somministrazione della terapia, il rilascio di informazioni terapeutiche imprecise, l'assenza di personale a causa di permessi, licenziamenti, o cambiamenti nell'assegnazione del posto di lavoro dalle zone urbane a quelle rurali; la resistenza dei medici nel promuovere un parto umanizzato e servizi più adeguati alle esigenze delle gestanti, sono atti di omissione o commissione che determinano morti materne premature durante il percorso terapeutico²⁵⁸ (Freyermuth Enciso, 2010, p. 46).

²⁵⁶ Questa informazione, relativa all'alto tasso di morti materne nel puerperio, passa molto in sordina nelle conversazioni sulla mortalità materna indigena, proprio a causa della *canalizzazione dell'attenzione* medico-sanitaria al parto e non al puerperio; la trascivo dopo una lunga intervista con la dottoressa Irene, responsabile e coordinatrice del reparto di *partería* dell'*Hospital de Las Culturas* a San Cristóbal de Las Casas che, senza avere i dati alla mano, mi confessa il diffondersi di questa problematica.

²⁵⁷ "¡En los hospitales te pican con agujas y te cortan para sacarte afuera el bebé, yo tengo miedo! Mi mama tuvo su bebé solita, sin problemas, yo prefiero parir, así como mi mama en la casa. No me gusta ir a los hospitales, donde te cortan sin pedirte permiso", Note di campo, San Cristóbal, dicembre, 2017.

²⁵⁸ "Los actos burocráticos de los servidores públicos, como su ausentismo de los servicios; el incumplimiento con los horarios de trabajo; la negación del servicio; la desestimación de las causas de demanda del servicio; la postergación de la atención oportuna; la negación u otorgamiento de información imprecisa; la ausencia de personal por licencias, permisos o cambios de adscripción de una localidad indígena a la ciudad; y la resistencia del sector a promover la humanización del parto y el otorgamiento de servicios más amigables para las mujeres, son actos de omisión o comisión que conllevan la ocurrencias de muertes prematuras en la búsqueda de atención".

Ritornando alle problematiche relative alla povertà che incidono sull'inefficienza del servizio di cura fornito alle neomamme, le levatrici che lavorano nelle comunità indigene di Los Altos e nelle periferie urbane indigene di San Cristóbal spesso lamentano di non disporre di materiali e strumenti igienico-sanitari consoni a garantire che venga gestito il parto in maniera adeguata, nonostante abbiano svolto i corsi di formazione in cui dovrebbe essere distribuito loro tutto il materiale necessario. L'operato delle levatrici avviene in assenza della strumentazione sanitaria opportuna, in condizioni precarie e in luoghi insalubri. Nelle abitazioni dove svolgono assistenza, in alcuni casi, non è presente acqua corrente, rete fognaria o corrente elettrica, e spesso i locali sono freddi e umidi; tutti questi fattori non solo aumentano drasticamente il rischio di complicazioni dovute a infezioni, sia per la madre che per il bambino, ma rendono notevolmente più complesso il lavoro delle levatrici, che operano in condizioni inadeguate a svolgere al meglio il proprio compito.

La tutela dell'operato di coloro che, levatrici tradizionali o medici, si occupano di assistere le donne nella gravidanza e nel parto, e la possibilità che possano agire in sicurezza e in condizioni igieniche adeguate, deve essere un presupposto fondamentale perché si possa parlare di estensione e rispetto del diritto a vivere una gravidanza senza il rischio incombente di decesso, infezioni o complicazioni. Nelle aree montuose del Chiapas, gli ospedali, i centri di salute e le cliniche pubbliche, vivono uno stato di precarietà e abbandono dovuto alla veloce privatizzazione del sistema pubblico messicano (Page Pliego, 2005), che ha causato la drastica riduzione dei fondi devoluti agli enti sanitari pubblici responsabili della gestione di tutte le emergenze vissute dalla popolazione meno abbiente, seppur iscritta al *Seguro Social*, che non ha le possibilità economiche per pagarsi le cure in cliniche private e più efficienti.

Sono precise scelte politiche ed economiche prese a livello nazionale a incidere sulle modalità di gestione delle risorse pubbliche disponibili in materia di salute, e le gravi carenze denunciate negli ospedali pubblici a San Cristóbal dimostrano che lo Stato messicano, nell'incedere del modello sanitario neo-liberista, non contrasta – anzi sostiene – la privatizzazione della salute, contribuendo a rimarcare le differenze tra coloro che possono pagarsi buone cure nelle cliniche private e coloro che invece rischiano complicazioni e decessi in quelle pubbliche.

Un elemento fondamentale che influisce sulla possibilità di accedere a un servizio di cura costante durante la gravidanza o in casi di emergenza, e che incide notevolmente sul tasso di decessi, è relativo al luogo in cui vivono le donne indigene di Los Altos: spesso sono località molto piccole e isolate, sparse in un territorio montuoso, dove vi è una totale assenza di servizi di trasporto

pubblico o collegamenti stradali tali da poter facilitare le comunicazioni tra le comunità rurali e gli ospedali attivi sul territorio. Questa è una problematica da imputare a una grave inefficienza e incuria statale che, non implementando una rete di comunicazione adeguata e capillare, dimostra di non volersi far carico di una parte della popolazione, quella indigena, che resta isolata, abbandonata e impossibilitata a raggiungere gli ospedali.

“Noi non vogliamo più ospedali ma abbiamo bisogno di buone strade, autobus e trasporti pubblici economici per raggiungere gli ospedali!”²⁵⁹, questa è la frase molto esemplificativa di Mercedes, che vive con il compagno e i suoi figli nelle periferie urbane di San Cristóbal alle pendici dei monti attorno alla città, e che spesso rimangono isolate dal centro cittadino, soprattutto durante la stagione delle piogge.

Freyermuth Enciso afferma che delle 433 morti materne che hanno avuto luogo in Chiapas tra il 2004 e il 2008, 263 sono avvenute in una località con meno di 2.500 abitanti, contro i 158 decessi verificatisi in città di grandi dimensioni (da 50.000 a 999.000 abitanti). Il numero di morti materne è tre volte più elevato per coloro che vivono in località piccole ed è importante rilevare che delle 263 morti prima menzionate, solo 147 ebbero luogo nelle comunità, mentre le altre si verificarono durante il trasporto dalla casa all'ospedale, il centro di salute o la casa della levatrice tradizionale più vicina (Freyermuth Enciso, 2010, p. 40)²⁶⁰. È quindi frequente che, durante lo spostamento della donna verso l'ospedale (un viaggio per molti lungo e intrapreso con mezzi di fortuna) hanno tragicamente luogo i numeri più alti di decessi evitabili²⁶¹.

Il luogo di residenza della donna gravida e la possibilità di spostarsi agilmente in caso di necessità sono fenomeni anche relazionati alla tipologia di accordi matrimoniali stipulati tra i coniugi, alle relazioni e alle reti di appoggio che si sono create tra la donna gravida, la famiglia e i vicini. Come puntualizza Freyermuth Enciso:

²⁵⁹ “¡Nosotros no queremos más hospitales, necesitamos buenas carreteras, autobuses y transportes públicos baratos para movernos y llegar en los hospitales!”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, settembre 2018.

²⁶⁰ Per avere più informazioni dettagliate sui dati e sulla metodologia utilizzata, si consiglia la lettura di *Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas un análisis desde la inequidad*, di G. Freyermuth Enciso, 2010, consultabile al seguente link:

https://www.academia.edu/36831189/Desiguales_en_la_vida_desiguales_para_morir._La_mortalidad_materna_en_Chiapas_un_an%C3%A1lisis_desde_la_inequidad.

²⁶¹ Freyermuth (2010, p. 41) ricorda che del numero di morti materne che ebbero luogo (tra il 2004 e il 2008) in un totale di 180 località, solo 26 sono avvenute in un luogo in cui era presente un ospedale, mentre le altre 154 avevano a disposizione un *centro de salud* senza sala operatoria, laboratorio di analisi, e di chirurgia e ostetricia dove si potessero fare trasfusioni o somministrare farmaci utili alla risoluzione di emergenze ostetriche.

[...] La residenza matrilocale permette alle donne di vivere in una condizione di maggiore protezione rispetto a quando è patrilocale e la donna non ha ancora consolidato le sue relazioni con la nuova famiglia *del compagno*. (...) *nei casi delle famiglie nucleari* sebbene la donna goda di una maggior indipendenza, in situazioni di crisi beneficerà tardivamente dell'appoggio familiare. Nei casi delle coppie giovani sono il padre o la madre del marito che avranno la responsabilità di prendere qualsiasi decisione, che dipenderà dal capitale economico di cui dispongono²⁶² (Freymuth Enciso, 2010, p. 32, corsivo mio).

Il fatto che le donne vivano in centri abitati isolati e distanti dagli ospedali di zona, che non vi siano le infrastrutture per poter collegare agilmente le aree più periferiche ai centri medico sanitari locali, che alcune donne abbiano una limitata capacità di potere decisionale e di azione in famiglia, o non abbiano solide reti familiari di sostegno, oltre a non disporre del capitale economico necessario a renderle autonome rispetto alla famiglia e ai mariti, sono variabili determinanti sui rischi di decessi.

Il monolinguisma e l'analfabetismo diffusi nelle aree a maggioranza indigena precludono a molte donne la possibilità di poter beneficiare delle formazioni gratuite sulle malattie sessualmente trasmissibili, sui rischi di gravidanza e parto, e sulla pianificazione familiare che sono invece diffusi nei centri urbani maggiori, tra cui San Cristóbal. Molte donne analfabete o che parlano solo le lingue indigene, si sentono inadeguate a partecipare ai corsi e vivono il disagio di non saper leggere gli opuscoli informativi che spesso vengono rilasciati durante le formazioni. L'analfabetismo si traduce quindi in una minore possibilità di sopravvivere durante un'emergenza ostetrica, soprattutto per coloro che sono poco informate sui rischi, o sono primipare, giovani e con poche reti sociali femminili di vicinato su cui poter contare. L'età avanzata, il numero di parti e il prestigio maggiore che la donna indigena, anche in quanto madre, acquisisce nella famiglia, influisce sulla possibilità di conoscere, grazie all'esperienza, le situazioni di rischio e negoziare più efficacemente una richiesta di cura tempestiva in caso di emergenza.

Dai dati ricavati sul campo si conferma che, rispetto alla decisione di recarsi in ospedale per rispondere a un'emergenza ostetrica, l'ultima parola spetta spesso alla suocera, al compagno o alla

²⁶² "La residencia matrilocal permite a la mujer una condición de mayor protección que cuando es patrilocal y aún no ha consolidado sus relaciones con su nueva familia. (...) En estos casos, si bien la mujer goza de una mayor independencia, en situaciones de crisis suele carecer o contar tardíamente con el apoyo familiar. Tratándose de parejas jóvenes, son el padre y la madre del marido quienes toman la decisión de buscar ayuda y a dónde acudir, lo cual dependerá del capital social disponible."

sua famiglia; questo è un dato chiave fondamentale a capire che la *disinformazione* della gestante, ma soprattutto della coppia, riguardo i rischi che si corrono in gravidanza e riguardo i segnali di allarme (febbre, pressione molto bassa o molto alta, sanguinamento anomalo, pallore, capogiri, svenimento) può essere un fattore determinante sulla possibilità di richiedere aiuto. Come ben esplicita Freyermuth Enciso, spesso la gestante e il compagno, quando molto giovani, non sanno come comportarsi di fronte ad anomalie che insorgono durante la gravidanza:

[...] assieme alla scarsa capacità di identificare i segni dell'emergenza ostetrica esiste una mancanza di definizione rispetto a cosa fare e chi deve stabilire che si è di fronte ad una emergenza ostetrica²⁶³ (Freyermuth Enciso, 2010, p. 49).

Durante il parto, qualora insorgano emergenze, il tempo gioca spesso a sfavore della partoriente, e generalmente la lontananza e la scarsità di mezzi influiscono sul fatto che venga scelto prima il sostegno di levatrici o di guaritori vicini a casa e, solo in un secondo momento, si decida di portare la donna in ospedale. Nei momenti difficili e concitati che si possono verificare durante un parto in casa, per il quale la levatrice non aveva previsto complicazioni, la scelta terapeutica dipenderà dalle dinamiche di potere e dai ruoli sociali esistenti tra i soggetti presenti e dalle disponibilità economiche del compagno e della sua famiglia, e non sempre si avrà la possibilità, la lucidità, la competenza o l'intenzione di adottare un'azione terapeutica tempestiva, efficace e risolutiva per la donna e per il nascituro.

Tra il 2004 e il 2008, il più alto numero di decessi ebbe luogo tra donne di età compresa tra i 18 e i 29 anni, residenti in zone rurali e semi-urbane, che parlavano quasi esclusivamente lingue indigene, tutte iscritte al programma *Oportunidades* e molte affiliate al Seguro Social (Freyermuth, 2010, p. 61). Alcune di queste donne non ebbero la possibilità di accedere a servizi sanitari utili a garantire loro una cura tempestiva, adeguata e risolutiva nel momento in cui manifestarono un'emergenza ostetrica, anche a causa della posizione sociale che ognuna di loro occupava all'interno della famiglia e del capitale educativo, economico e sociale di cui disponevano.

²⁶³ "Aparejada a la deficiente identificación de los signos de emergencia obstétrica existe una falta de definición respecto del qué hacer y quién debe establecer que se está frente a una complicación".

La tutela della salute riproduttiva femminile è strettamente relazionata al rispetto della vita della donna, e la possibilità che acceda a una cura adeguata per non perdere la vita si deve a numerosi fattori che riguardano non solo le inefficienze dei contesti ospedalieri e dei trasporti, ma anche il contesto più generale, e spesso violento, in cui le donne indigene diventano donne e madri, così come le condizioni difficili e precarie in cui si trovano a portare a termine la loro gravidanza, spesso in assenza di capitale sociale, educativo ed economico di cui disporre. In questi contesti le donne indigene giovani e al primo parto sono quelle che ne fanno maggiormente le spese perché sono le meno educate e informate sui rischi che potrebbero correre, o non dispongono di un capitale economico proprio e, qualora vivano con la famiglia del compagno, avranno meno riconoscimento sociale e poche reti di appoggio femminili.

Sono state molte le storie femminili raccolte durante il lavoro sul campo contrassegnate da violenze di vario genere. Tutte queste donne sono vittime di varie forme di *violenza strutturale* perché la loro

[...] sofferenza è strutturata da forze e processi storicamente dati (spesso economicamente pilotati) che cospirano – attraverso la routine, il rituale o, come più spesso accade, la durezza della vita – nel limitare *la loro* capacità d'azione (Farmer 2003, in Quaranta 2006, p. 280, corsivo mio).

Per identificare e capire queste sofferenze occorre incasellare le biografie dei soggetti nella più vasta matrice della cultura, della storia, della politica e dell'economia in cui si inseriscono. Per spiegare quindi le diverse cause che concorrono alla perpetuazione dei decessi femminili evitabili, è stato necessario inquadrarle in un'etnografia profonda e stratificata, in cui hanno dialogato da un lato gli interventi sociosanitari nazionali per la riduzione della mortalità materna, le politiche internazionali sulla tutela della salute femminile, le scelte politiche nazionali in merito alla medicina indigena e alla *partería*, e dall'altro lato il problematico contesto socioculturale in cui vivono le donne indigene delle comunità rurali o urbane di Los Altos, spesso segnato da violenze, abusi, marginalità economica, culturale e sociale. Nonostante si ritenga che questi fattori assieme non arrivino ad appiattire l'agire individuale, si riconosce che ne limitano drasticamente le possibilità, perché contrastano continuamente il formarsi di condizioni favorevoli in cui la vita di queste donne-madri e giovani possa essere vissuta in maniera piena, rispettosa e degna. Come ricorda Freyermuth Enciso

[...] La morte evitabile è quella che può essere evitata con cure mediche opportune e efficaci; questi decessi per tanto, non dovrebbero verificarsi. A livello interazionale si considera che la maggior parte delle morti materne sono evitabili, per questo la mortalità materna è, a livello mondiale, un indicatore che certifica la qualità dei sistemi socio-sanitari nazionali. I saperi e le tecnologie mediche disponibili rendono possibile che il 90% delle complicazioni ostetriche abbiano un esito positivo. In Messico però non è stata ancora ridotta la disuguaglianza tra uomini e donne; la drammatica condizione di subordinazione delle donne nell'ambito domestico influisce sul fatto che la cura venga richiesta tardivamente e che sia inappropriata per risolvere le emergenze ostetriche. Questa subordinazione viene costruita fin dall'infanzia e incide sull'esigua capacità decisionale femminile. A Los Altos due donne su cinque hanno subito abusi infantili, queste stesse donne hanno subito violenze durante la loro intera vita adulta, spesso sono monolingue, fattore che incide sul grado di violenza inflitta. Le donne che vivono in queste condizioni avranno più possibilità di decedere all'interno delle loro mura domestiche, senza che abbiano avuto la possibilità di chiedere una cura medica durante la loro gravidanza²⁶⁴ (Freyermuth Enciso, 2007, p. 37).

La povertà multidimensionale si iscrive in un contesto di profonda iniquità sociale, economica, culturale e di genere; per iniquità intendiamo il grado di ingiustizia sociale in base al quale si distribuiscono le risorse disponibili, non sulle necessità reali dei soggetti, ma sui privilegi etnici, di classe, genere ed età. È questa gerarchia di privilegi, ormai naturalizzata e incorporata nelle strutture sociali, politiche e culturali messicane che rende ragione dei fattori che incidono sulla vita di alcuni individui, determinandone la qualità, condizionandone le prospettive e influenzandone la morte precoce. Le condizioni di vita precarie, la distribuzione delle risorse economiche, le dinamiche sociali familiari e comunitarie, il divario nella possibilità di accedere a servizi medici di qualità e competenti, l'esposizione a fattori di rischio che influiscono negativamente sulla salute, sono tutte variabili

²⁶⁴ “La muerte evitable es aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción; estas muertes, por tanto, no deben ocurrir. Internacionalmente se considera que la mayor parte de las muertes maternas son evitables, por ello es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud. El conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que el 90 por ciento de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas sean tratadas exitosamente. En México aún no se ha conseguido minimizar la desigualdad entre hombres y mujeres; la dramática condición de subordinación que guardan las mujeres en muchos hogares contribuye a la atención tardía e inapropiada de las urgencias obstétricas. Esta subordinación se construye desde la infancia y va determinando poca capacidad para decidir. En los Altos de Chiapas, dos de cada cinco mujeres sufrieron maltrato infantil, que estas mismas mujeres padecieron con más frecuencia violencia durante su vida adulta al lado de su pareja, y que si adicionalmente estas mujeres son monolingües la violencia llega a ser más severa y más frecuente. Mujeres en estas condiciones muy probablemente serán las que mueran en sus hogares, sin búsqueda de atención durante el proceso reproductivo.”

eterogenee, ma in molti casi compresenti, che determinano una grande iniquità di accesso alle cure medico sanitarie.

La mortalità materna è stata riconosciuta come un problema che riguarda la tutela dei diritti umani e l'incapacità di ridurla è senza dubbio una problematica che lede questi diritti universali. La morte materna durante il parto è generalmente prevedibile ed evitabile, e se vi sono in Messico così tanti decessi tra le giovani donne indigene gravide significa che è necessario interrogarsi sui responsabili di questo problema, e sull'interesse politico e governativo a voler risolvere adeguatamente e in maniera seria la problematica. Se le morti evitabili sono ancora così diffuse è perché sono morti silenti, che non fanno scalpore, che passano in sordina a più livelli (famigliare, comunitario, nazionale), che non vengono denunciate e per cui, secondo alcuni, non vale la pena impegnarsi realmente.

Parte terza

Etnografia del dolore

7. Emozioni e salute al tempo del “*nuevo vivir*”

7.1 Antropologia delle emozioni: rileggere un tema poco studiato

L'emozione non esiste se non costruendola e costruendoci.

(Despret, 2001, p. 219)

L'individuo è sempre debordante, anti-sistemico, perché tale è la sua esperienza: un sé così concepito è considerato in permanente divenire, senza essere essenzializzato né irrigidito in una formazione stabile e costante.

(Bordonaro, 2005, p. 134)

Prima di approfondire il discorso sul dolore femminile, meritano attenzione sia la corrente di studi antropologici entro la quale è stata elaborata una riflessione sulle emozioni, sia il modo in cui, in questa sede, è stata messa a punto la riflessione sul dolore.

Lo studio delle emozioni è stato a lungo “evitato” dall'antropologia, che lo ha relegato alle competenze dei clinici o degli psicologi; nonostante accenni agli stati emozionali provati sia dal ricercatore che dai soggetti della ricerca compaiano in molti studi etnografici²⁶⁵, fino agli anni Settanta del Novecento si è trascurato di approfondire accuratamente questi stati d'animo, in particolare dal punto di vista antropologico. Come scrivevano Abu-Lughod e Luz alla fine del secolo scorso:

²⁶⁵ Franz Boas nel 1888 aveva già notato che “le reazioni emotive che noi percepiamo come naturali sono in realtà determinate culturalmente e che i dati etnologici confermano che non solo la nostra conoscenza, ma anche le nostre emozioni sono il risultato della forma della nostra vita sociale e della storia del gruppo a cui apparteniamo” (Boas, 1888, pp. 635-636).

[...] associate ai luoghi simbolici dell'interiorità e pensate come dotate di realtà effettiva per il fatto di essere localizzate nel corpo naturale, le emozioni mantengono ostinatamente il loro posto anche nelle più recenti discussioni antropologiche come l'aspetto dell'esperienza umana meno soggetto al controllo, meno costruito o appreso (e quindi più universale), meno pubblico, e di conseguenza meno accessibile all'analisi socio-culturale (Abu Lughod, Luz, 1990, p. 15).

Questa relegazione delle emozioni è legata a molteplici fattori e può essere, come spiega Pussetti, una conseguenza a lungo termine dell'ancora diffusa concezione filosofica darwiniana (Darwin, 1872), che considerava le emozioni fenomeni naturali o biologici di carattere peculiarmente non cognitivo e irrazionale, ossia elementi poco interessanti a fini di un'accurata analisi culturale dell'essere umano (2005, p. 5). Il disinteresse antropologico per le emozioni può essere anche una conseguenza della classica opposizione dicotomica ragione/emozione, grazie alla quale nel tempo si è consolidata l'idea della ragione in quanto ambito preferito della conoscenza oggettiva, e quello dell'emozione come spazio privato, soggettivo, "il lato oscuro dell'uomo", come scriveva LéviStrauss (Lévi-Strauss, 1962, p. 99), quindi poco studiabile.

Nella presente ricerca sono stati affrontati molti ostacoli, sia di tipo teorico che metodologico, nell'approccio allo studio delle emozioni, in particolare al dolore. Non possiamo non essere d'accordo con Lutz quando scrive che "la relazione tra corpo, mente ed emozione sia uno dei cespugli più spinosi della nostra foresta concettuale" (Lutz, 1988, p. 9), o con Knapp quando afferma che "come la vetta di una montagna l'esperienza emozionale presenta un'apparente immediatezza e concretezza e tuttavia ha la caratteristica di svanire in una nebbia concettuale" (Knapp, 1958, p. 55).

Le emozioni rappresentano un campo di indagine sociale incerto, la cui evidenza e importanza nella nostra vita è tanto forte quanto lo è la loro imprevedibilità, indeterminatezza e il loro ineludibile grado di soggettività.

In questa trattazione ci si discosta dalla visione delle emozioni proposta dalla psicologia, disciplina che, differentemente dall'antropologia, si è fatta ampiamente carico dello studio delle emozioni; le fondamenta teoriche e metodologiche a cui aderisco vertono sulla necessità di considerare le

emozioni come discorsi sociali (Abu-Lughod e Luz, 1990, Pussetti, 2005), prodotti in uno specifico contesto culturale, incorporati, agiti, vissuti e modificati attivamente e strategicamente dai soggetti che vivono in quel contesto (Bordonaro, 2005).

La lettura antropologica che si occupa delle emozioni come costruzioni e discorsi sociali si sviluppa essenzialmente a partire dagli anni Settanta, momento in cui si inizia a considerare le emozioni come dei modelli di esperienza acquisiti, costituiti da prescrizioni e apprendimenti socioculturali, e come fenomeni storicamente situati e strutturati sulla base del sistema di credenze, ordine morale, norme sociali e linguaggio propri di una particolare comunità e cultura.

Il modo in cui siamo portati a sentire, rappresentare ed esprimere determinate emozioni complesse non è solo il riflesso di un qualche meccanismo “psico-biologico” che mantiene una “solida essenza” rispetto alle influenze socioculturali (Abu-Lughod, Lutz, 1990, p. 16). Le emozioni non sono fenomeni interni, irrazionali, naturali o studiabili abbracciando un approccio essenziale e universalistico; al contrario, anche le emozioni che sembrano avere radici “più innate” (come il dolore) sono costrutti culturali, che vengono vissuti, espressi e gestiti in maniera differente in base al contesto socioculturale in cui il soggetto si è formato. Per far luce su ciò che Abu-Lughod e Lutz definiscono una certa “invisibilità dell’emozione stessa come problema” (Abu-Lughod e Lutz, 1990, p. 17), occorre adottare un approccio anti-essenzialista nei confronti delle emozioni, al fine di non darle per scontate e quindi non assecondare la rischiosa tendenza a “biologizzarle” o “culturalizzarle”.

In accordo con le celebri affermazioni di Clifford Geertz, secondo il quale “non solo le idee, ma anche le emozioni dell’uomo sono manufatti culturali” (Geertz, 1973, p. 132), considero quindi le emozioni come dei costrutti socioculturali e profondamente umani, che si alimentano di norme collettive implicite e condizionano l’agire umano, influenzando sul ruolo occupato dagli individui in società.

In questa sede non viene proposta esclusivamente una lettura teorica dei discorsi sociali sul dolore femminile nel parto, un’emozione forte che ha caratteristiche socioculturali specifiche, ma si crede che i discorsi emozionali abbiano un fondamentale peso pratico nel reale, condizionando azioni, scelte e possibilità individuali. Nel nostro caso studio, l’incidenza che i discorsi sociali sulle emozioni e sul dolore hanno nella vita delle donne gravide *tzotzil* e *tzeltal* è tanto forte da pregiudicare, per alcune, la possibilità di richiedere una cura adeguata in caso di emergenza nel parto; il modo in cui

le emozioni femminili vengono culturalmente costruite e i discorsi sul dolore socialmente elaborati dai familiari delle donne, incide sensibilmente sulla vita emotiva di quelle più vulnerabili, che dispongono di minori possibilità di negoziare il diritto alla tutela della loro salute.

Le donne indigene gravide, giovani, inesperte e con meno capitale sociale non sempre avranno la possibilità, la visibilità e lo spazio necessario a richiedere una cura efficace e adatta a salvare loro la vita o quella del feto in caso di emergenza in gravidanza o nel parto, e ciò dipende anche dall'educazione emotiva che hanno ricevuto.

Negli anni Ottanta si fa strada una riflessione sulle emozioni che utilizza, rimaneggiandola, la teorizzazione foucaultiana sul concetto di discorso grazie alla quale le emozioni, intese come "discorsi emozionali", possono essere studiate come *pratiche sociali* che i soggetti agiscono all'interno dei diversi contesti etnografici. Le emozioni possono essere quindi studiate attraverso un'accurata indagine delle situazioni sociali in cui vengono messe in atto, discusse, espresse.

Catherine Lutz e Lila Abu-Lughod nel saggio del 1990 intitolato *Emozione, discorso e politiche della vita quotidiana*, scrivono, riprendendo Foucault:

[...] i discorsi sono pratiche che formano sistematicamente gli oggetti dei quali essi parlano, il discorso è una teoria sociale (...). Un approccio produttivo è assumere il discorso come un insieme di pratiche sociali situate di persone che parlano, cantano, pregano, come un punto di accesso allo studio delle emozioni (AbuLughod e Lutz, 1990, p. 25).

Seguendo questo orientamento, non analizzo le emozioni come norme astratte a cui gli individui dovrebbero attenersi, ma piuttosto mi concentro sulle pratiche di produzione del significato emotivo, che vengono incorporate (Csordas, 1999) e agite in determinati contesti socioculturali e in base alle quali gli individui vengono "fabbricati" (Remotti, 2013) come soggetti emozionali di un certo tipo.

Il discorso emozionale così contestualizzato, "fatto corpo" e agito, si costituisce di micro interazioni politiche quotidiane tra gruppi e soggetti socialmente egemoni e soggetti "subalterni" o più vulnerabili, che sono tra loro in relazioni di potere; nel nostro caso etnografico, com'è stato

precedentemente accennato, il gruppo di donne anziane socialmente più influenti all'interno della famiglia della gestante, assieme agli uomini che dispongono di più autorità, rafforzano i canoni del discorso emotivo egemonico al quale i soggetti più giovani dovranno aderire, pena di subire severe punizioni. All'interno di questo spazio relazionale e politico vengono ribadite le posizioni e i ruoli di coloro che detengono l'autorità sociale e politica necessaria a fabbricare determinati modelli di umanità, anche sulla base del rispetto di determinati ethos emozionali e canoni corporei.

Non possiamo quindi tralasciare la dimensione della corporeità, che sembra passare in secondo piano all'interno di un approccio meramente discorsivo all'analisi delle emozioni. Memori di ciò che Epstein aveva provocatoriamente sottolineato quando notava che nell'approccio antropologico-discorsivo "si parla molto di cuore, ma si tratta di un cuore nel quale sembra non pompare il sangue" (Epstein, 1992, p. 280) è fondamentale mantenere aperto il dialogo tra le emozioni e il corpo.

Un importante arricchimento all'approccio testuale-discorsivo della realtà culturale lo fornisce Csordas che propone una fenomenologia culturale basata sul paradigma dell'incorporazione.

Se l'antropologia a partire dagli anni Settanta ha soprattutto privilegiato nozioni quali quelle di "testualità", "discorso" e "rappresentazione", l'autore suggerisce di considerare l'"incorporazione", l'esperienza e l'idea di "essere-nel-mondo" come fondamentali concetti con i quali quelli di discorso e rappresentazione devono necessariamente dialogare. Prestare maggiore attenzione all'esperienza incorporata e – nel nostro caso – ai linguaggi emozionali incorporati, ci permette di acquisire una diversa e più ricca prospettiva sulla realtà, qualora venisse studiata adottando esclusivamente un approccio narrativo.

Analizzare i linguaggi emozionali con uno sguardo etnografico attento al corpo e alla dimensione sensoriale dell'esperienza sia del ricercatore che dei soggetti della ricerca (Pink, 2009), arricchirà notevolmente la nostra prospettiva.

L'idea di corpo alla quale facciamo riferimento in questa analisi culturale e sociale delle emozioni, non può essere riducibile alla somma delle sue componenti organiche; come Csordas nota (1999), gli studi culturali che si rivolgono al corpo come base esistenziale della cultura e del sé, non analizzano il corpo per sé, ma i modi in cui le persone abitano, rappresentano e agiscono sui propri corpi in un senso socio-culturale. Ciò che è rilevante per una comprensione più densa della cultura,

delle pratiche culturali e dei processi sociali, sono “le forme di incorporazione, gli stili di oggettivazione corporea” (Csordas, 1999, p. 20) attraverso cui questa si oggettifica.

Il termine “incorporazione” – in inglese *embodiment* – si riferisce a quell’insieme di abitudini apprese e di tecniche corporali culturalmente forgiate (Mauss, 1934; Bourdieu, 1972, Csordas, 1999), grazie alle quali gli esseri umani abitano un determinato corpo, in uno specifico contesto socio-culturale. Intuiamo che differentemente dal concetto di corpo, quello di “incorporazione” è un termine che denota un andamento processuale e non statico che fa riferimento sia alla somatizzazione della cultura, sia alla produzione del corpo individuale di specifici prodotti culturali.

Oltre a Csordas, grazie lavori di Pierre Bourdieu sulla somatizzazione dei codici culturali (1972; 1980) e dagli studi di Michel Foucault sugli effetti del bio-potere (1976, 1994), il corpo in antropologia si è imposto come un punto di vista privilegiato per analizzare i modi in cui le soggettività sono prodotte e le forme culturali, tra cui i linguaggi emozionali, elaborate in specifici contesti o campi.

Un contributo di riflessione importante attorno al legame tra corpo ed emozione ci giunge dal lavoro svolto dai coniugi Rosaldo; proprio Michelle Rosaldo (1984) sintetizzò il senso della complessità e ambivalenza costitutiva del rapporto tra società, emozioni e corpo, attribuendo alle emozioni la felice espressione di “pensieri incorporati”, valorizzando così il processo di dialogo costante tra contesto, individuo, emozioni e corpo.

Le emozioni, in accordo con ciò che afferma Rosaldo, sono un elemento fondante dell’esperienza umana e non dovrebbero essere analizzate come fenomeni contrapposti al pensiero o al corpo, ma come “cognizioni che interessano un *io corporeo*” (Rosaldo, 1984, p. 162), situando il corpo soggettivo in quella zona di confine in cui individuo, emozioni, corpo e società si incontrano e si fondono.

Nella presente etnografia è stato considerato fondamentale approcciarsi allo studio delle emozioni (tenendo in conto anche di alcuni studi svolti attorno a patologie che presentano specifiche componenti emozionali quali l’*arrebato*, al *nervius*, al *susto*), ponendole in stretta relazione con le ampie dinamiche contestuali, storiche, politiche in cui i soggetti che le vivono sono inseriti (Tapias, 2006; Pribilisky, 2001, Rebhun, 1999); traendo spunti preziosi da alcuni studi condotti da Tapias in

Bolivia (2006)²⁶⁶, negli ultimi vent'anni negli altipiani del Chiapas le politiche economiche e socio-sanitarie di stampo neoliberista, l'instabilità politica che seguì il Movimento Zapatista, la medicalizzazione della salute riproduttiva femminile, i flussi migratori internazionali e nazionali, hanno determinato l'insorgere di nuove patologie di carattere emozionale (Collier, 2000), alterando il rapporto tra i linguaggi emozionali, la salute e la richiesta di cura. La precarietà economica e l'instabilità relazione e affettiva che affliggono prevalentemente le donne indigene migranti sono la causa di preoccupazioni, ansie e sofferenze "croniche" che vengono emicammente tradotte in patologie (quali il *me' vinik*)²⁶⁷ che si crede condizionino la salute delle donne, soprattutto qualora queste siano in stato di gravidanza, quella del feto o dell'infante, alterando il modo in cui viene richiesta una cura in caso di necessità.

Grazie alle recenti riflessioni accademiche e teoriche elaborate attorno alla complessa relazione tra corpo, emozioni, contesto, salute (quindi malattia e cura), nelle successive parti del testo si vorrebbe estendere la riflessione poc'anzi elaborata all'analisi di un particolare tipo di emozione: il dolore, su cui si è incentrata la presente etnografia.

7.2 Uno sguardo socioculturale sul dolore e sulla sofferenza in travaglio e nel parto

Nel vivere una trasformazione bio-culturale la ragazza ha dato il proprio contributo mediante la sopportazione del dolore. Il riconoscimento sociale della ragazza trasformata in donna, compenserebbe dunque il dolore.

(Remotti, 2013, p. 129)

²⁶⁶ Tapias (2006) rileva che in Bolivia, dall'inizio degli anni ottanta del novecento, l'incedere veloce del neoliberismo, l'instabilità politica, le condizioni lavorative precarie delle classi medio-basse, hanno determinato l'insorgere di patologie che possiamo considerare essere di carattere emozionale; nella comunità andina semi rurale di Punata la precarietà economica e l'instabilità relazione che affliggevano prevalentemente i soggetti femminili erano la causa di preoccupazioni, ansie e sofferenze "croniche" che oltre a condizionare la salute delle donne, qualora queste fossero in stato di gravidanza, influivano anche su quella del feto o dell'infante. Le donne gravide o in fase di allattamento erano difatti il canale attraverso cui venivano trasmessi al feto stress emozionali, strettamente dipendenti dal contesto, che potevano evolvere in disturbi cronici quali l'*arrebato*.

²⁶⁷ Si raccomanda la lettura del testo di Boyer N. "*Me' vinik. Una metáfora sobre la salubridad de la vida en la modernidad de Los Altos de Chiapas*" (2012).

Nel suo celebre saggio "Pain and body" Jackson (2011) esordisce notando provocatoriamente che l'antropologia e le scienze sociali pare abbiano dedicato scarsa attenzione al tema del dolore, nonostante siano spesso gli ambiti meno esplorati --o più difficili da esplorare-- quelli che offrono un terreno più fertile per la ricerca antropologica.²⁶⁸

In biomedicina il dolore viene considerato la reazione neurologica risultante da un'alterazione della struttura "materiale" del corpo, ma il considerare solamente la sua dimensione neuronale e fisico-meccanicistica ci porterebbe ad adottare una prospettiva di analisi del fenomeno fortemente riduzionista e parziale (Kleinman, Brodwin, Good B. J., DelVecchio Good, 1992; Jackson, 2011).

La componente mentale ed emotiva, tutto ciò che concerne l'esperienza individuale della sofferenza e il modo in cui questa viene soggettivamente vissuta ed elaborata rappresenta la dimensione probabilmente più incomprensibile del dolore, ma è anche l'ambito che parla più chiaramente della sua intrinseca natura: un'esperienza che coinvolge contemporaneamente sia il corpo che la mente. Il dolore, nella presente trattazione, non viene letto esclusivamente come una reazione corporea a un malessere fisico, a un disturbo o ad un danno tissutale, ma come un'esperienza molto più complessa che sfida il dualismo cartesiano mente-corpo. Probabilmente la dimensione più interessante ed essenziale relativa all'esperienza del dolore è proprio la relazione che intercorre tra le componenti neurobiologiche e psicologiche assieme al legame che mantiene non solo con il corpo, ma anche con il contesto socioculturale in cui viene espresso, compreso e curato.

Come scrive Le Breton nel suo celebre testo *Antropologia del dolore*:

[...] considerare il dolore un semplice dato biologico è insufficiente, la sua *umanizzazione* è la condizione del suo affacciarsi alla coscienza; al variare di tempo e spazio, gli uomini non soffrono nello stesso modo, né al medesimo momento (Le Breton, 2007, p. 110).

Il dolore è un linguaggio profondamente umano che dischiude l'analisi antropologica alle eterogenee modalità attraverso cui le diverse società e culture fabbricano l'individuo come "persona sociale", proponendo saperi e tecniche del corpo utili a guidare la persona ad esprimere le sue emozioni e sofferenze seguendo un preciso ethos emozionale e in accordo ad uno specifico habitus.

Nonostante sia una delle emozioni che si pensa essere più universale e stabile, l'atteggiamento che viene assunto nei confronti del dolore è estremamente variabile sia a livello soggettivo che socio-

²⁶⁸ Jackson, (2011) "Pain and body" in "A companion to the Anthropology of the body and the embodiment", p. 370.

culturale; come affermano Kleinman, Brodwin, Good e DelVecchio Good (1992, p. 14), “sia l’intricata esperienza del dolore che i trattamenti indirizzati alla sua cura sono *culturalmente incorporati*”²⁶⁹ e quindi cambiano in base alle alterazioni delle condizioni storiche, sociali e culturali del contesto.

Anche la IASP (International Association for the Study of Pain, 1986), mette in luce la complessità intrinseca dell’esperienza del dolore definendolo come

[...] un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un’esperienza individuale e soggettiva, verso cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito (Ministero della Salute, 2013).

Il dolore è un’esperienza che richiama a sé diversi ordini di discorso di carattere fisiologico, sociale, culturale ed emozionale; quando ci si riferisce al dolore si parla del corpo, ma nello stesso tempo si va oltre al corpo estendendosi e interrogando “il mondo”. Il dolore, spiega Byron Good quando narra dell’incredibile sofferenza provata da Elaine Scarry²⁷⁰, *dà una forma* al mondo quando arriva a essere intenso e cronico (G. Byron, 1992), è un’esperienza talmente dirompente da essere capace di alterare momentaneamente – ma anche per lungo tempo -- la percezione dello scorrere temporale della propria esistenza individuale, mettendo a rischio il proprio *essere nel mondo*, la propria *presenza*²⁷¹.

Quando l’analisi del dolore si sposta verso il contesto sociale e culturale in cui viene rappresentato, considerando la sua natura di esperienza intersoggettiva, emerge lo spazio in cui dialogano i linguaggi della sofferenza individuali e quelli sociali che intersecano le linee del genere, del sesso, della classe sociale, dell’appartenenza etnica, del ruolo che l’individuo occupa nella società. È proprio il suo essere calato in un determinato contesto socioculturale a rendere il dolore pensabile e gestibile sia per il singolo soggetto che per il gruppo sociale in cui questo è inserito, in modo tale

²⁶⁹ “The intricate experience as much as the straightforward treatments of pain are culturally embodied” (Kleinman, Brodwin, Good B. J., DelVecchio Good, 1992, p. 14, traduzione mia).

²⁷⁰ Il titolo del libro di Elaine Scarry è *La sofferenza del corpo: la distruzione e la costruzione del mondo*, 1990.

²⁷¹ Nel pensiero di Ernesto de Martino la *crisi della presenza* caratterizza quelle condizioni nelle quali l’individuo, al cospetto di particolari eventi o situazioni (malattia, dolore, morte, conflitti morali, migrazione), sperimenta un’incertezza, una crisi radicale del suo essere storico (della “possibilità di esserci in una storia umana”, scrive De Martino) in quel dato momento scoprendosi incapace di agire e determinare la propria azione. A riguardo si consiglia la lettura di “Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria”, Einaudi, Torino, 1958, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2008 (con introduzione di Clara Gallini).

che, qualora venga espresso, possa essere anche capito, interpretato e – appunto – gestito dalla collettività e dai suoi specifici terapeuti.

Jackson (2011) ritiene che il dolore sia un'esperienza la cui essenza è caotica e disordinata²⁷² sia per il soggetto che la vive che per il gruppo sociale; possiamo pensare tuttavia che il disordine abbia una sua funzione sociale e che sia utile ad incalzare sia l'individuo che la società ad elaborare i canoni e le norme sociali attraverso cui gestirlo al fine di ricomporre l'ordine. Le tecniche e i saperi sociali preposti alla cura del corpo che soffre, sono strumenti che la società utilizza per dare una forma, un nome, un'eziologia all'esperienza di sofferenza, utili a ritrovare una regolarità nel caos utilizzando un linguaggio condiviso, normato e socialmente accettato.

In base a quanto è stato appena detto, leggo i discorsi sociali elaborati attorno al dolore femminile *tzotzil* e *tzeltal*, come specifici strumenti prodotti dalla comunità e dai suoi terapeuti per governare l'esperienza di sofferenza della gestante che nella specificità del parto è ineludibile.

Nel processo di fabbricazione dei corpi delle gestanti, il dolore è un necessario prezzo da pagare, un marchio biologico e socioculturale grazie al quale verrà segnato il passaggio a una fase differente della vita, che coincide con il diventare madri. Nelle comunità *tzotzil* e *tzeltal* coloro che occupano i ruoli sociali più influenti, con l'ausilio di pratiche di controllo corporeo che aggiungono una certa dose di sofferenza a quella che nel parto è già naturalmente prevista, imprimono sul corpo della donna specifici "modelli culturali di umanità" (Remotti, 2013). Ritualizzando la sofferenza viene segnato il passaggio della donna ad una fase successiva della sua crescita biologica e sociale. La donna, attraverso l'impronta lasciata sul corpo dall'esperienza dolorosa, prolungata e non lenita dalla comunità, prende coscienza del passaggio ad un nuovo ciclo di vita di cui sarà l'indiscussa protagonista.

Le gestanti *tzotzil* e *tzeltal* vengono spinte dalle loro madri e dalle levatrici a sopportare quanto più possibile il dolore fisico e a non esprimerlo, quasi al fine di mantenere incisa nella loro mente e nel corpo l'idea che il coraggio e la sopportazione delle emozioni, insieme a una buona dose di forza fisica e di resilienza, siano caratteristiche fondamentali per poter essere buone madri, donne, lavoratrici e spose nelle aree indigene degli altipiani del Chiapas.

Le gestanti

²⁷² Jackson J. E., "Pain and bodies", p. 372, 2011.

[...] attraverso la sofferenza, proprio attraverso il dolore, sono costrette a prendere coscienza, e quindi inevitabilmente ad assumere una certa distanza critica rispetto non solo a sé stesse e alla società, ma anche rispetto ai modelli di umanità che gli iniziatori sono in procinto di incidere sui corpi e sulle menti (...). Il dolore, la sofferenza, persino la violenza sono ciò che provocano la trasformazione, mentre nel contempo attivano ed esaltano la coscienza, fornendo la base ineliminabile della memoria dell'evento (Remotti, 2013, p. 207).

Nell'area di Los Altos la sopportazione della sofferenza e la repressione delle emozioni può essere letta come uno strumento attraverso cui viene mantenuta la subordinazione sociale di alcune figure femminili (le ragazze più giovani e primipare), con il fine di riprodurre una precisa gerarchia di potere comunitaria e familiare in cui gli uomini e le donne anziane occupano un ruolo più prestigioso rispetto a quello occupato dalle più giovani. L'educazione alla sopportazione del dolore può quindi essere interpretato come uno strumento funzionale ad abituare la donna ad affrontare con remissività e disciplina le difficoltà che si troveranno a vivere nella loro nuova veste di spose e madri, rispettando le gerarchie familiari e comunitarie in cui sono inserite.

Richiamando l'idea dell'utilità iniziatica e trasformativa che assume l'esperienza del dolore nel parto, come sottolinea Bonfanti nel testo "Farsi madri" (2012),

partorendo il figlio, la donna ri-produce anche sé stessa come madre. Il dolore di parto svolge dunque una funzione iniziatica rispetto alla gravità dell'evento: la potenza carnale del travaglio individuale rimane come un'esperienza indissolubile nella memoria, che può così essere trasmessa ad altri (2012, p. 27).

Tuttavia nonostante la sua ineluttabilità e la sua utilità soprattutto nell'esperienza del parto, il dolore, nella società occidentale, viene sempre più considerato un'esperienza priva di senso, la cui dirompenza viene ridotta o eliminata del tutto.

Contrariamente a ciò che accade nelle comunità *tzotzil* e *tzeltal* di Los Altos, dove il saper affrontare il dolore nel parto è un requisito fondamentale in base a cui vengono riconosciuti alle gestanti stima e valore sociale, nelle culture o società occidentali lo sviluppo, la diffusione e la facilità con la quale reperire gli analgesici, ha trasformato profondamente l'esperienza del dolore, abbassando la soglia della sua tollerabilità e alterando i suoi significati. Percepita come inutile e sterile, la sofferenza diventa un crudele anacronismo che il progresso promette di far scomparire (Le Breton, 2007).

Concepire la sofferenza come un'esperienza innecessaria e di intralcio nello scorrere veloce e concitato della vita moderna, altera il modo di intendere il valore che assume il dolore nel parto, un avvenimento che è per sua natura doloroso.

Nei paesi occidentali, l'abuso di anestetici e di farmaci analgesici, utilizzati non per risolvere la causa della patologia o del malfunzionamento della parte del corpo interessata, ma per ridurre i sintomi dolorosi, concerne anche l'ambito relativo alla gravidanza e soprattutto il travaglio e il parto. Parte del dibattito che riguarda questa tematica si condensa attorno ai diversi significati che assume l'anestesia epidurale nel travaglio e nel parto.

L'epidurale è una modalità di anestesia loco-regionale che prevede la somministrazione di farmaci anestetici attraverso un ago e/o un catetere posizionato nello spazio epidurale; è una tecnica di riduzione del dolore parzialmente in uso nei reparti di maternità italiani, con notevoli disparità regionali e locali, attorno alla quale si scontrano le opinioni di ostetriche, ginecologhe e gestanti (Bonfanti, 2012). Senza addentrarci in un dibattito complesso e caldo che ruota attorno alla più ampia tematica relativa alla medicalizzazione/demmedicalizzazione della nascita (Viulle, 2010), riportiamo le parole di un'ostetrica, intervistata da Maffi e Veltro (2010) che, proponendo un'idea di parto umanizzato e quanto più demmedicalizzato possibile, attribuisce una valenza specifica al dolore:

l'epidurale spegne i riflettori della sensibilità fisica e emotiva delle donne, ma anche delle ostetriche che le assistono. Oggi le sale parto sono luoghi silenziosi. Le giovani ostetriche, il più delle volte, non sanno stare accanto a una donna in travaglio, non riconoscono quasi più i segnali e le molteplici dinamiche di un travaglio fisiologico. Il benessere di madre e bambini è delegato alla macchina e ai farmaci. L'ostetrica è un'esecutrice di procedure. La donna è ammutolita dai farmaci, il monitor segnala le contrazioni e il battito del bambino e in base a tutto questo si valuta e si monitorizza il loro benessere (Maffi, Veltro, 2010, p. 155).

La scena che ci descrive l'ostetrica, appare molto diversa da quelle che riporteremo nel corso dell'etnografia relative ai parti ai quali io stessa ho assistito nel corso del mio lavoro di campo a San Cristóbal; nel quadro che viene da lei dipinto, durante il parto la centralità del vissuto e dell'esperienza della donna vengono scavalcate da quelli assunti dai medici, dai farmaci, dalle tecnologie sanitarie d'avanguardia. Durante il parto viene data prova del buon funzionamento dell'equipe medica e non sempre si presta attenzione alle emozioni, sensazioni, difficoltà, necessità della gestante. La nascita: asettica, silenziosa, veloce, che si svolge in molte delle sale parto dei nostri ospedali, deresponsabilizza il ruolo che assumono la gestante e il suo compagno (o la persona che si

decide presenzi l'evento), non considerando del tutto l'esperienza vissuta dal bambino: assieme a loro, attivo protagonista del parto (Leboyer, 1974).

L'anestetizzazione del dolore è quindi solo una delle diverse componenti che hanno contribuito ad alterare il valore, il significato sociale e personale, la funzione che la nascita assume nella nostra società, congiuntamente a quella che viene attribuita al dolore. Dalle parole di Maffi e Veltro emerge che l'anestetizzazione del dolore può avere effetti non solo impreveduti dal punto di vista dell'andamento fisiologico del parto, ma può essere addirittura distruttiva riguardo al modo in cui la donna si percepirà come madre nel puerperio; riportando le considerazioni ricavate dall'analisi dati raccolti dalle due autrici emerge che in alcuni casi la donna sentirà di aver abbandonato il figlio, di non essere stata abbastanza forte uscendo indebolita dal parto, cosa che può influenzare negativamente la costruzione del rapporto tra madre e figlio (Maffi, Veltro; 2010). Oggi nella società moderna e occidentale sembra esserci una sorta di amnesia del sapere legato al partorire e un'incapacità di affrontare il dolore come componente ineludibile della vita e del parto. L'annichilimento dei valori interiori e istintuali ha fatto perdere alle donne, ma non solo, la fiducia in sé stesse, nel loro corpo e nelle loro capacità di affrontare i momenti di difficoltà e di sofferenza. Di fronte alla consapevolezza che non si riuscirà ad affrontare il dolore nel parto, problematica che può diventare una fobia²⁷³, l'unico rimedio clinico considerato un ancora di salvezza è l'epidurale o sono le tecniche biomediche.

L'anestetizzazione del dolore però non è una soluzione così pratica ed efficace nemmeno per la biomedicina, che lo considera un linguaggio fondamentale per l'individuazione dell'anomalia nel corpo che soffre e lo ritiene essere una componente necessaria per elaborare una diagnosi e avviare un processo di risoluzione e cura. Tanto per le donne, quanto per i medici in sala parto o per le ostetriche, l'assenza di dolore disorienta, rende difficile la comunicazione tra i medici e la gestante in travaglio, arrivando a mettere a repentaglio la sua stessa salute. Durante il parto una volta alterata o preclusa una comunicazione efficace tra la gestante e il personale medico, e in seguito al silenziamento del dolore, risulta più facile per l'equipe medica mettere in atto pratiche sociosanitarie che possono essere annoverate all'interno della violenza ostetrica (Quattrocchi, 2019); pratiche poco rispettose e spesso violente nei confronti del sentire e del corpo femminile;

²⁷³ La fobia del dolore nel parto prende il nome di tocofobia.

una di queste è il taglio cesareo, innecessario nella maggior parte dei casi in cui viene effettuato, causa primaria di infezioni e complicazioni nel puerperio²⁷⁴.

Sebbene nella nostra società il dolore sia considerato in modo esclusivamente negativo e sia quindi trattato come qualcosa da debellare ad ogni costo, secondo l'opinione dell'ostetrica intervistata da Maffi e Veltro (2010) nella nascita andrebbe invece valorizzato e considerato un linguaggio corporeo che assume una valenza comunicativa fondamentale in quanto messaggero di salute e di effetti benefici sulla madre e sul bambino. Al di là della sua importanza dal punto di vista fisiologico e clinico

il dolore del parto per la madre le segnala la fine della gravidanza e la guida nel processo di trasformazione che la porta a divenire madre; crea coscienza e consapevolezza. Tale dolore obbedisce a meccanismi fondamentali di sopravvivenza. E' un dialogo che aiuta il figlio a nascere e la madre a metterlo al mondo. Il parto vissuto nel rispetto della fisiologia innesca meccanismi di rinnovamento che preservano la salute fisica e psichica della madre e di conseguenza del bambino (Maffi, Veltro; 2010).

Spesso l'epidurale non si limita a eliminare neurologicamente il dolore, alterando le dinamiche fisiologiche del parto (comprese le potenzialità del neonato che si affaccia alla vita), ma si sostituisce ad una piena presa di consapevolezza del processo potente e meraviglioso che la donna sta vivendo; la partoriente spesso capisce di essere dotata di risorse prima impensabili, qualora questo avvenga nella sua piena consapevolezza fisica e lucidità psichica. Questa consapevolezza, nonostante sia segnata dalla dirompenza dell'evento del parto, serve alle puerpere per iniziare il percorso di cura del proprio figlio con fiducia in sé stesse e nelle proprie potenzialità.

Le madri di oggi, nei paesi occidentali, spesso non sono consapevoli del fatto che l'epidurale di cui esse sentono fortemente la necessità, è relazionata all'abbandono e alla solitudine del parto medicalizzato che fa paura, disorienta, toglie vita.

Troppo spesso la solitudine, la paura, la frammentazione delle relazioni sociali, amicali e famigliari, l'assenza di consapevolezza del proprio corpo e di specifiche ritualità legate alla nascita, segnano la

²⁷⁴ Riportiamo a riguardo le parole di Raniso e Bastetti (2010) che scrivono "l'Italia è attualmente il paese d'Europa con il più alto tasso di cesarei, il terzo paese del mondo dopo Messico e Brasile e la tendenza all'aumento nel suo utilizzo non accenna a ridursi. Si è passati da una percentuale di ricorso del 11 per cento nel 1980, al 28 per cento nel 1996, al 30 per cento nel 2000, al 35 per cento nel 2005, al 38 per cento nel 2008. Quest'ultimo dato, oltre a essere il più alto tra i paesi dell'Unione Europea (dove la percentuale media è del 23.7per cento) e a essere lontano dalla percentuale degli USA (27.5 per cento), è quasi tre volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (pari al 10-15 per cento)", (2010, p. 119).

società e i rapporti umani in cui le gestanti sono inserite. Si crede che queste grandi assenze, incidano sulla perdita di senso e di significato della cultura della nascita, che oggi viene riempita in maniera sterile e insufficiente dalle pratiche e dai saperi biomedici.

Al contrario le madri indigene di Los Altos, che partoriscono con le levatrici tradizionali all'interno delle comunità rurali, vivono il parto come un momento "pubblico" in cui devono dar prova alla società e alla famiglia della loro forza fisica e della loro resistenza alla sopportazione del dolore, caratteristiche che oltre ad attribuire valore alla partoriente e neo-madre, si considera verranno trasmesse alla prole e quindi alla nuova società. Le gestanti che non saranno in grado di reprimere le loro sofferenze, affrontare con lucidità le loro emozioni e sopportare il dolore, vengono considerate delle donne deboli e fragili, caratteristiche che condizioneranno anche la salute dei loro figli.

Le donne che non riescono a portare a compimento il parto in autonomia, verranno giudicate incapaci di affrontare in autonomia la vita dopo il parto e verranno considerate dei soggetti ormai corrotti dalla modernità, processo che incide sul il modo in cui le donne indigene vivono, rappresentano ed esprimono le loro emozioni, tra cui il dolore nel parto.

7.3 "Hay que aguantar el dolor!": la costruzione dell'ethos emotivo femminile.

Tu hai i capelli lunghi e questo ti avvantaggia! Nel parto non si può gridare o fare troppo rumore altrimenti le donne più anziane ti sgridano. Devi mordere i tuoi capelli con la bocca per sopportare meglio il dolore e rispettare la tradizione. Noi donne dobbiamo sopportare molte sofferenze.

(Veronica, note di campo, San Cristóbal de Las Casas, Febbraio 2018)

Le donne *tzotzil* e *tzeltal* ricevono un'educazione all'espressione delle emozioni – tra cui il dolore – costruita attorno all'idea che debbano essere adeguatamente controllate e represses; le bambine fin da piccole vengono invitate a nascondere i loro stati d'animo sia di gioia, che di sofferenza e dolore. Esse devono comportarsi in modo tale da non disattendere le pretese del gruppo sociale e familiare a cui appartengono, soprattutto riguardo i linguaggi corporei e verbali attraverso cui dovrebbe essere espresso il dolore.

Se durante la loro vita i soggetti di sesso femminile devono aderire ad un *ethos* emozionale fortemente repressivo, nel parto – momento per sua natura doloroso --, le gestanti tzotzil e tzeltal devono dimostrare di “saper soffrire” e di “saper sopportare” il dolore in base all’*habitus*²⁷⁵ in cui si sono formate.

Attraverso i processi di socializzazione i soggetti interiorizzano, incorporano, in maniera non sempre consapevole, specifici comportamenti, abitudini, un determinato stile di vita: indossano un *habitus* che influenza anche i linguaggi emozionali. L’*habitus*, seguendo la teorizzazione di Bourdieu, è un insieme di strutture simboliche e pratiche *strutturanti* l’azione individuale, che convergono verso determinati schemi e norme sociali condivise; aderendovi, gli individui, sono in grado di orientarsi nel vivere sociale, agendo per non disattendere le norme del gruppo e le aspettative di quei soggetti che dispongono di un maggior prestigio sociale (Bourdieu, 1972, 1980). Nelle comunità tzotzil e tzeltal, durante il parto, le donne anziane non si esimono dall’esercitare la loro forte autorità per far rispettare alla gestante gli *ethos* emozionali femminili preposti dalla tradizione, anche attraverso rigide pratiche di controllo del corpo femminile.

Nel travaglio e nel parto, grazie a specifiche prescrizioni rituali e a un particolare lavoro imposto sul corpo della donna, le levatrici tradizionali la guidano a sopportare la sofferenza e a controllare il dolore al fine di dimostrare la sua forza e resistenza fisica, valori che la madre trasmetterà al nascituro. All’interno dello spazio sociale delle comunità tzotzil e tzeltal fra i diversi soggetti sociali che presiedono il parto, si dispiega un processo di competizione per il dominio al fine di ribadire il prestigio sociale di determinate classi di individui rispetto ad altri; coloro che si trovano in una posizione di "comando", le levatrici e le donne più anziane, attraverso forme di *violenza sia simbolica che corporale*, mantengono il proprio controllo sulle gestanti più giovani che, trovandosi in una posizione subordinata, avranno poco margine d’azione.

A casa di Marta, sedute su due sedie di legno per bambini in fondo a una stanza molto fredda, le cui finestre non avevano vetri, circondate da bambini incuriositi dalla mia presenza che andavano

²⁷⁵ Pierre Bourdieu, con il concetto di *habitus*, intende la chiave della riproduzione culturale di un gruppo sociale. L’*habitus* è il principio d’azione che gli agenti sociali esercitano all’interno del campo sociale; essendo strettamente collegato alla struttura di un gruppo sociale specifico, che si snoda attorno alla classe, fede religiosa, etnia, livello di istruzione, professione, genere, è in grado di generare comportamenti individuali regolari che condizionano la vita sociale. Per approfondire il pensiero di Bourdieu attorno al concetto di *habitus* si consiglia la lettura di Pierre Bourdieu, *Cose dette. Verso una sociologia riflessiva*, Orthotes Editrice, Napoli-Salerno, 2013.

e venivano, e galline che razzolavano dentro e fuori dall'abitazione, si sono tenute alcune delle conversazioni più intime di tutto il mio lavoro di ricerca.

Durante uno dei primi incontri, Marta mi spiega come erano state educate “emozionalmente” lei e le sue sorelle, aggiungendo che, oltre a un forte grado di repressione emotiva le gestanti nel parto vengono spinte a dimostrare un grado di resistenza fisica che arriva al limite di mettere a repentaglio le loro stesse vite. Molte levatrici tradizionali, con il consenso dei membri più anziani della famiglia, non permettono alla gestante di bere e di mangiare prima del travaglio, periodo in cui dovrebbe invece ricevere il sostentamento alimentare e i liquidi necessari per affrontare la fatica delle lunghe ore che precedono il parto e il parto stesso. Queste ferree prescrizioni alimentari prescritte alle gestanti durante il travaglio aggravano la situazione di malnutrizione che alcune donne vivono durante la gravidanza arrivando al momento del parto già fisicamente debilitate.

Marta mi spiega che molte levatrici decidono di ridurre la portata di cibo e acqua fornite alla gestante per evitare che urini o defechi durante le ore precedenti al parto o durante il parto stesso, episodi considerati “sconvenienti” e quindi accuratamente evitati attraverso prolungate privazioni di alimenti e liquidi.

Durante il parto, il controllo del dolore, passa direttamente attraverso il controllo del corpo della donna, dell'alimentazione, dei suoi orifizi e del linguaggio attraverso cui esprime le sue emozioni; è fabbricando e disfaccendo il corpo della gestante e controllando i suoi linguaggi emozionali che viene testato il carattere e misurata la tempra delle nuove madri, le quali devono dimostrare di saper sopportare il dolore, gestire le emozioni e le fatiche fisiche.

Marta, ricordando la sua infanzia, mi spiega che lei e le sue sorelle sono state educate alla repressione emozionale: dovevano dimostrare di saper sopportare bene il dolore e la sofferenza per non essere punite, castigate o per non essere percosse:

Mia mamma era molto severa e ci ha educato a non esprimere le emozioni, né quelle positive né quelle negative. Mi mamma mi diceva che io non dovevo lamentarmi, che non dovevo dire nulla, che non dovevo piangere o ridere o che era meglio farlo di nascosto. Io mi ricordo che mi dava molto fastidio questa idea che io non potevo neanche piangere perché altrimenti mia mamma mi avrebbe picchiato. Così mi sono abituata a non esprimere le emozioni, a nasconderle dentro di me²⁷⁶.

²⁷⁶ “Mi mamá era muy dura y nos educó a no expresar las emociones, ni las buenas, ni las malas. Mi mamá me decía que yo no tenía que quejarme, no había que decir nada, que yo no tenía que llorar ni reírme mucho o por lo menos que yo tenía que hacerlo escondida. Yo me acuerdo que a mí me molestaba mucho esta idea que yo no podía ni llorar porque

Che le donne non debbano farsi vedere quando esprimono le emozioni, o ridere ad alta voce, piangere e urlare, ma che vengano invece invitate a nascondere i loro stati d'animo e a sopportare le sofferenze, sono le frasi che compaiono più volte nelle interviste sottoposte a Marta. Mi confessa che le capita tuttora sovente di piangere di nascosto, senza volersi far vedere a causa della frustrazione e del senso di colpa che proverebbe se la scoprissero. Sente che il cuore le "diventa piccolo", restringendosi per poter sopportare il peso derivato dal fatto di aver pianto.

A volte piangiamo a lungo quando qualcuno ci sgrida; quando mi dicono parole dure sento che il mio cuore "diventa piccolo" perché deve sopportare il peso del pianto. Mi prende un dolore nel cuore, che diventa piccolo, però meglio non piangere di fronte agli altri, non permettere che ci vedano piangere²⁷⁷.

Tutte le donne intervistate hanno affermato chiaramente che il parto è un momento doloroso; quando ho chiesto se fosse stato loro possibile esprimere liberamente la sofferenza fisica che avevano provato, se si erano sentite libere di poter esprimere il forte dolore provato, tutte mi hanno risposto che non era ben visto gridare dal dolore e che dovevano reprimere la sofferenza, per evitare di essere castigate o punite.

Veronica, madre tzotzil di tre figli – e incinta del quarto – con la quale ho vissuto nell'Hogar Comunitario in attesa che desse alla luce, incalzata dalla mia curiosità sui modi in cui alle gestanti indigene è permesso esprimere le emozioni nel parto, mi spiega:

No, bisogna sopportare, non si può gridare, non è ben vista una donna che grida! Bisogna mordere un panno o un pezzo di stoffa e se tu hai i capelli lunghi devi mordere bene i tuoi capelli così (simula il gesto) per non gridare, le donne devono dimostrarsi silenziose²⁷⁸.

mi mamá si no me pegaba. Así me acostumbré a no expresar las emociones a guardarlas adentro." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

²⁷⁷ "A veces lloramos mucho cuando alguien nos regaña, cuando me dice palabras fuertes siento que mi corazón se hace chiquito y tengo que aguantar el llanto. Me agarra un dolor en el corazón, me se hace chichito, pero mejor no llorar en fuente a los demás, no dejar que nos vean llorar."

²⁷⁸ "No, hay que aguantar, no se puede gritar, jno se ve bien una mujer que grita! Hay que morder un trapito o un pañal o si tu tiene el pelo largo hay que morder bien tu pelo así para no gritar, las mujeres deben estar calladitas." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, Marzo 2018.

Marta afferma che la stessa posizione assunta dalla donna nel parto tradizionale maya è stata architettata per meglio perseguire il proposito di “tappare la bocca”²⁷⁹ alla gestante: essa prevede che la partorienti si posizioni in ginocchio di fronte al compagno, che può quindi agilmente premerla a sé per evitare che gridi esageratamente per il dolore.

È sempre Marta a ricordare e condividere con me alcuni episodi vissuti dalle sue sorelle che erano state sgridate nei momenti in cui si erano lasciate andare a grida di dolore nel parto:

Ho assistito ai parti di tutte le mie sorelle ed è per questo che ho deciso di non voler avere figli e addirittura non sposarmi, le ho viste soffrire troppo. Al momento della nascita, non erano presenti solo mia sorella e l'ostetrica, ma c'erano anche mia madre, il marito di mia sorella, mia zia e anche la madre di suo marito ... quando arrivò il momento del travaglio, si aprì un sipario tra la camera da letto e la cucina e i bambini più piccoli vennero fatti entrare in un'altra stanza. Ero molto arrabbiata perché sapevo che mia sorella non voleva avere lì presenti tutte quelle persone che conosceva molto poco, la suocera era una donna anziana molto severa a cui non piaceva mia sorella. (...) Durante la nascita c'erano tutti e credo davvero che a mia sorella non piacesse la situazione. (...) poi, quando stava per partorire, le donne la rimproverarono, le dissero che non poteva urlare che avrebbe dovuto sopportare il dolore, perché altrimenti avrebbe dato alla luce un bambino debole come lei. Ecco perché doveva essere forte. Gli hanno dato un panno per stringerlo tra i denti per resistere meglio al dolore, ma non poteva urlare o fare rumore, anche perché altrimenti l'avrebbero colpita o sgridata. Mi ha fatto molto male vedere mia sorella soffrire così tanto²⁸⁰.

Marta, dopo aver assistito alle angherie e alle violenze che avevano subito le sue sorelle, decide di non sposarsi né di avere figli, rifiutando di aderire al modello in base al quale la donna viene esclusivamente relegata all'interno della sfera domestica e familiare; lei stessa assiste ad alcuni parti di conoscenti e amiche per proporre un modello di assistenza alla gestante più umano, che sia in ascolto delle esigenze della partorienti, aperto alle influenze della biomedicina e della medicina

²⁷⁹ Utilizzo la stessa espressione gergale che compare nell'intervista: “tapar la boca”.

²⁸⁰ “He visto todas mis hermanas parir y es por eso que decidí que no quiero tener hijos o incluso casarme, las vi sufrir demasiado. En el momento del parto, no estaba presente solo mi hermana con la partera, sino que también estaba mi madre, el esposo de mi hermana, mi tía y también la madre de su esposo...cuando llegó el momento, se abrió un telón entre el dormitorio y la cocina y los niños más pequeños entraron en una otra habitación. También yo estaba muy molesta porque sabía que mi hermana no quería tener a todas esas personas que conocía muy poco, la suegra era una mujer vieja y muy severa a la que no le caía bien mi hermana. (...) Durante el parto todos estuvieron allí y realmente creo que a mi hermana no le gustó esto. (...) luego, en el parto, las mujeres la regañaron, le dijeron que no podía gritar que tenía que aguantar el dolor, porque de lo contrario habría dado a luz a un niño débil como ella. Por eso tenía que ser fuerte. Le dieron un paño para apretarlo entre los dientes para resistir mejor el dolor, pero no podía gritar ni hacer ruido, también porque de lo contrario la habrían golpeado o regañado. A mí me dio tanto dolor ver mi hermana sufriendo tanto.” Marta, San Cristóbal de Las Casas, gennaio 2018.

olistica. Marta vive da molti anni a San Cristóbal, dove collabora con le levatrici del Luna Maya, e ha preso le distanze dai regimi emozionali imposti alle gestanti dalla tradizione tzotzil. Crede che le donne abbiano il diritto di esprimersi emozionalmente con libertà e che possano scegliere liberamente il percorso terapeutico da seguire in gravidanza; Marta è aperta e ricettiva, e si lascia influenzare da diversi modi di vivere la femminilità e la maternità, mutuando elementi eterogenei di altre tradizioni culturali.

Una conferma del fatto che molte donne indigene non esprimono il loro dolore nel parto, nonostante questo sia intenso, mi viene fornito dalla storia di una donna molto giovane che dà alla luce il suo primogenito nell'Hogar Comunitario, e alla quale Mari si trova a fare assistenza:

[...] mi ricordo di una ragazza molto giovane che era qui nell'Hogar con noi nei momenti del travaglio; io la guardavo da lontano, la tenevo d'occhio come faccio di solito quando una donna inizia il travaglio e sembrava capace di gestirsi da sola nonostante fosse primipara; camminava, si appoggiava al muro quando le faceva male, si sedeva, si rialzava per camminare, si massaggiava la schiena. Noi diciamo chiaramente a tutte le donne che non devono avere paura di esprimersi, devono dirci quello che sentono e come si sentono perché noi non le sgridiamo come a volte succede nelle loro case e nelle loro famiglie (...). A un certo punto mi fecero cenno che deve andare in bagno, io acconsento e la seguo con lo sguardo, lei si sposta nel bagno e tempo qualche minuto, ma davvero poco tempo, partorisce in bagno, da sola, senza emettere nemmeno un suono. Judith, che era più vicina al bagno rispetto a me, ha sentito dei rumori e dato che anche lei era in allerta già da tempo, come tutte noi presenti che ci stavamo preparando al parto, mi ha subito chiamato, "*Mari la chica ya parió*", mi grida! Io corro in bagno e la ragazza stava già partorendo, la testa del bambino si vedeva già! In bagno, da sola! Era il suo primo figlio ed era molto giovane la ragazza ma non mi aveva dato nemmeno un segnale. Quando dopo il parto le abbiamo chiesto se aveva sentito dolore o no, lei ovviamente ha confermato che sì, aveva sentito un dolore tremendo! Ma niente, neanche un grido! Ma ecco sono rari i casi così in cui le donne non esprimono nemmeno un grido nel parto, ma succedono e succedono spesso tra le donne indigene molto giovani. Mentre ci sono anche quelle che nel parto iniziano a sbraitare e prendono a male parole anche le levatrici. Questo secondo me succede di più tra le donne indigene che ormai vivono a San Cristóbal e che si sono allontanate dalle comunità²⁸¹.

²⁸¹ "Recuerdo a una niña muy pequeña que estuvo aquí en el Hogar con nosotros en tiempos de su trabajo de parto; la observé desde lejos, la vigilé como siempre lo hago cuando una mujer comienza el trabajo de parto y parecía capaz de manejarse a pesar de ser una primípara; caminó, se apoyó contra la pared cuando le dolía, se sentó, se levantó para caminar y se frotó la espalda. Claramente les decimos a todas las mujeres que con nosotras en el centro no debemos tener miedo de expresarse, deben decirnos lo que sienten, cómo se sienten porque no las regañamos como sucede a veces en sus hogares y sus familias (...) Anuncio en un momento me hace señas de que tiene que ir al baño, estoy de acuerdo y la sigo con los ojos, ella se muda al baño y en unos minutos, pero muy poco tiempo, da a luz en el baño, sola, sin hacer ruido. Judith, que estaba más cerca del baño que yo, escuchó ruidos y dado que ella también había estado

Ho raccolto altri racconti di donne che durante la gravidanza, in caso di complicazioni o malesseri improvvisi, non hanno chiesto aiuto, arrivando a mettere a repentaglio le loro stesse vite, altre che hanno partorito da sole senza nessun aiuto nella *milpa* (campo di mais), a casa o mentre erano impegnate in attività lavorative o domestiche. Le donne indigene generalmente non sospendono le loro attività quotidiane durante la gravidanza, e questo ben si ricollega all'idea che debbano dimostrare di essere forti fisicamente e di sopportare i dolori e i malesseri fisici vissuti; mi spiega Micaela in uno dei primi incontri al museo della medicina maya:

una donna forte quando resta incinta deve sopportare il dolore e i malesseri fisici; una donna può lavorare, anzi è meglio che lavori perché il lavoro lascia i muscoli forti e ti permette di partorire bene e con un parto veloce²⁸².

Nel momento del parto la donna dovrà dimostrare di riuscire ad adempiere al suo compito più importante e considerato naturale, “dare alla luce un figlio” e, qualora non riuscisse a farlo rispettando gli idiomi emotivi tradizionali, potrà essere accusata di aver fallito e di non essere una donna abbastanza forte e coraggiosa rispetto ai canoni della sua comunità.

Nel raccontarmi vissuti, sensazioni ed emozioni, Carmen, in una discussione a tre voci in cui era presente la sorella, ricorda con vergogna e senso di colpa il fatto che lei non era riuscita a gestire in autonomia il suo parto e che si era dovuta far accompagnare d'urgenza in ospedale dalla sorella. Carmen, paragonandosi alla sorella, abbassa lo sguardo e mostra un chiaro senso di inadeguatezza e di vergogna. Si sente in difetto nei confronti di Maria, che era riuscita a partorire da sola, senza l'aiuto di nessuno e, soprattutto, senza aver chiesto l'intervento dei medici. Carmen, invece, durante il suo primo parto si era sentita debole fisicamente, sola, preoccupata, fredda e senza le energie

alerta durante algún tiempo, como todos nosotros presentes, porque nos estábamos preparando para el parto, inmediatamente me llamó, "Mari la chica ja parió!" Corrí al baño y la niña ya estaba dando a luz, ¡la cabeza del bebé ya estaba visible! ¡En el baño, sola! Ella fue su primer hijo y la niña era muy pequeña, pero ni siquiera una señal me había dado. Cuando le preguntamos si había sentido dolor o no después del parto, ¡obviamente confirmó que había sentido un dolor terrible! ¡Pero nada, ni siquiera un grito! Pero aquí están los casos raros en los que las mujeres ni siquiera expresan un llanto durante el parto, pero suceden y a menudo ocurren entre mujeres indígenas muy jóvenes. Si bien también hay quienes en el nacimiento comienzan a gritar y tomar las palabras equivocadas, incluso las parteras ... esto creo que ocurre más entre las mujeres indígenas que ahora viven en San Cristóbal y que se han mudado de la comunidad", Mari, *partera* dell'*Hogar Comunitario*. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas.

²⁸² “Una mujer fuerte cuando está embarazada tiene que aguantar el dolor y los malestares físicos; una mujer puede trabajar, mejor que trabajes porque el trabajo deja los músculos fuertes y te permite parir bien y con un parto rápido.” Note di Campo, San Cristóbal De Las Casas, settembre 2017.

necessarie per portare a termine il parto, e per questo si era fatta portare in ospedale, dove aveva partorito con un cesareo.

Neila Boyer, antropologa che ha a lungo fatto ricerca a Los Altos, a conferma di ciò che è stato precedentemente affermato delinea alcuni specifici tratti di ciò che abbiamo definito regime emozionale, *ethos* emotivo, *habitus* femminile *tzotzil* o *tzeltal*:

[...] l'ideale della persona *tzotzil* o *tzeltal* per eccellenza (obbediente, umile, riflessiva, tranquilla) è quello di una persona che non reagisce alle provocazioni e il cui cuore collabora con la mente per modulare e controllare l'espressione dei desideri e dei sentimenti (...) Delle donne si dice che abbiano un cuore "troppo piccolo" o una testa "piccola", fattori che le rendono più volatili e propense a lasciarsi prendere dalle emozioni. In generale le donne si collocano dentro questa categoria (Boyer, 2013, p. 12)²⁸³.

Aggiunge inoltre che:

[...] se questo è l'ideale emotivo, tanto l'eccesso come il difetto, conducono a situazioni che aumentano i problemi e le emozioni da questi derivate (Boyer, 2014, p. 3)²⁸⁴.

La configurazione emotiva femminile indigena, che parrebbe standardizzare gli aspetti affettivi ed emotivi degli individui è funzionale a edificare uno specifico *habitus* di riferimento in base a cui gli individui vengono culturalmente ed emozionalmente "fabbricati". In accordo agli *habitus* vengono costruite specifiche forme di umanità (Remotti, 2013), che connotano il genere femminile e maschile, dando ai soggetti specifiche linee guida emozionali e comportamentali. Le donne *tzotzil* e *tzeltal* dovranno essere morigerate e non espressive, sia nelle emozioni forti positive, che in quelle negative; parafrasando ciò che mi spiega Marta, le donne, più propense a lasciarsi andare al pianto rispetto agli uomini, a causa della loro volontà debole, dovranno essere maggiormente controllate, spinte ad assumere quanto più possibile un atteggiamento più razionale, che si basa su un controllo maggiore dell'emotività.

²⁸³ "El ideal de la persona *tzotzil* o *tzeltal* por excelencia (obediente, humilde, reflexiva y tranquila) es de una persona que *no reacciona a las provocaciones* y cuyo *corazón colabora con la cabeza para modular y controlar la expresión de los deseos y sentimientos* (...) De las mujeres se dice que tienen su corazón «demasiado pequeño» (*toj bikit yo'on*) o una «cabeza pequeña» (*bik'it-jol*), haciéndolas más volátiles y propensas a dejarse llevar por las emociones. Por lo general las mujeres se colocan en esta categoría."

²⁸⁴ "Si éste es el ideal emotivo, tanto el exceso como el defecto conducen a situaciones que acrecientan los problemas y las emociones de ellos derivadas."

Pur dovendo ammettere che l'ethos emotivo femminile, imperniato attorno sull'idea che la donna tzotzil o tzeltal debba sopportare il dolore e dimostrare la sua forza, contribuisce alla formazione di discorsi sul dolore severi e poco flessibili, soprattutto nelle comunità più tradizionali, occorre, però, tenere a mente alcune considerazioni proposte nell'incipit del testo. Dalle oltre 30 interviste che sono state raccolte durante il campo, è stata rilevata una naturale disomogeneità nell'espressione femminile del dolore nel parto; le donne indigene non soffrono tutte allo stesso modo e sono state le stesse levatrici tradizionali o ginecologhe a confermarci che, nonostante si possano rintracciare dei pattern emotivi, delle configurazioni emotive comuni tra le donne indigene, estremamente differenti rispetto a quelle incorporate delle donne non indigene, vi è un intuibile grado di variabilità nei modi in cui viene espresso il dolore nel parto e la sofferenza fisica in generale.

Qualora si ritenga possibile identificare degli habitus emotivi incorporati dalle donne tzotzil e tzeltal e costruiti in base a un determinato universo culturale tradizionale più o meno omogeneo, verso cui i soggetti "tendono" ad aderire, un'attenzione specifica deve essere riservata ai meccanismi attraverso cui i soggetti si oppongono strategicamente ai regimi discorsivi egemonici (Bordonaro, 2005). Coloro che, come Marta, hanno avuto la possibilità o sono stati costretti a distanziarsi dalle comunità di origine, elaborano strategie che erodono – in parte – i contorni della tradizione, resistendo ai discorsi emozionali culturalmente dominanti, e apportando a essi significative novità. Occorre riflettere sui modi attraverso cui ci si riferisce alle emozioni e ai legami esistenti tra identità femminili ed emozioni, cercando di non banalizzare la complessità delle voci femminili, ricordando che le emozioni (tra cui quelle legate all'esperienza della sofferenza e del dolore) sono sempre in qualche misura sfuggenti, straripanti, brulicanti di significati e difficilmente incasellabili in regimi discorsivi ordinati.

Nel seguire le diverse storie delle donne che hanno costruito la presente etnografia, la maggior parte delle quali sono state raccolte durante i mesi in cui è stata condotta la ricerca sul campo presso l'Hogar Comunitario, si è cercato di riordinare il caos che segnava le loro esistenze fragili e, al tempo stesso, tenaci; i traumi che avevano vissuto, l'allontanamento brusco dalle famiglie di origine, i momenti di rottura con la tradizione culturale familiare e comunitaria, assieme alle forti continuità che molte mantenevano con essa, gli sforzi che stavano compiendo per ricostruirsi una vita a San Cristóbal una volta lasciato l'opprimente, ma rassicurante e prevedibile ambiente comunitario. Incontravo le donne nel momento in cui, gravide e sole, lontane dalla comunità di origine, dovevano affrontare le nuove sfide che la maternità e la nuova vita a San Cristóbal poneva

loro, in una città dove lo stretto contatto con modelli culturali differenti invitava a sperimentare nuovi modi di essere donna, madre e compagna, influenzando inevitabilmente anche sui linguaggi emotivi.

Le parole delle donne che emergeranno all'interno dell'etnografia con tutta la loro carica emotiva, infrangono l'idea di un'appartenenza monolitica e univoca alle tradizioni culturali indigene e ai linguaggi emozionali in esse tracciati; ascoltando le storie migratorie caotiche e disordinate di alcune delle gestanti, non si manterrà la trattazione imbrigliata in ciò che Brubaker e Cooper (2001) definiscono i rischi di un costruttivismo cliché della cultura indigena e dei modi attraverso cui viene espresso il dolore, bensì si lascerà spazio alle inedite negoziazioni emotive che i vari soggetti femminili intraprendono.

Nonostante sia necessario incentrare parte dell'analisi sulle dinamiche di potere esercitate dai soggetti che riproducono i discorsi emozionali egemonici, si ritiene fondamentale considerare le micropratiche di resistenza attraverso cui i soggetti utilizzano i discorsi emotivi dominanti come una "risorsa" (Bordonaro, 2005, p. 129) disponibile e riposta nelle mani degli attori sociali stessi, che può essere in una certa misura alterata.

Possiamo quindi considerare l'ethos emozionale indigeno relativo al dolore come una mappa cognitiva e comportamentale, utilizzata per nominare e quindi per ridurre la complessità emozionale che i soggetti provano, rappresentano, percepiscono e vivono. Ma come scrive Bordonaro:

[...] il modello non crea l'esperienza emozionale, ma consente all'individuo di esprimere in modo socialmente corretto cosa sente, dando istruzioni per gestire un vissuto esperienziale (Bordonaro, 2005, p. 131).

Il fluire delle emozioni, la dirompenza del dolore nel travaglio e nel parto, emergerà nell'analisi di alcuni frammenti delle interviste fatte alle gestanti e madri dell'Hogar; ascoltando e trascrivendo le loro parole si andava, per me, concretizzando l'idea del dolore come quel "flusso di esperienza che non risiede né nel cuore né nella mente. Semplicemente fluisce" (Wikan, 1990, p. 138) portandomi oltre la distinzione tra pensieri e sentimenti, ragione ed emozione, superando il dualismo mente e corpo.

7.4 Postilla: come il dolore influenza la richiesta di cura

Pur considerando il parto un momento naturale nella vita di una donna, durante il quale può non essere necessario nessun intervento terapeutico specifico, non si può trascurare il fatto che, anche in gravidanze considerate a basso rischio, possono insorgere complicazioni; qualora si manifestassero, esse richiederebbero un intervento medico di emergenza, a volte anche di tipo chirurgico, atto a evitare che venga messa a repentaglio la vita della madre e del bambino. Il protrarsi eccessivo del travaglio, la posizione podalica del feto, eventuali emorragie che possono insorgere durante e dopo il parto, la ritenzione della placenta, sono solo alcune delle anomalie più comuni che potrebbero però trasformarsi in un rischio.

In biomedicina, nel momento in cui si presenta l'anomalia, occorre muoversi nei giusti tempi per risolvere l'emergenza, predisponendo terapie tempestive volte a evitare il decesso della donna e del feto; in questo processo la sintomatologia dolorosa manifestata dalla gestante è uno strumento che i medici adoperano per identificare la collocazione e misurare l'entità del danno, al fine di provvedere a risolverlo. Nelle interviste sottoposte alle donne *tzotzil* e *tzeltal* è parso evidente che, oltre alle variabili strutturali che limitano la loro capacità-azione (Farmer, 2003)²⁸⁵, il modo in cui vengono educate a esprimere le loro emozioni, e nello specifico il dolore, è un fattore che, assieme ad altri, spesso *ritarda i tempi* in cui viene compiuta la scelta di richiedere l'intervento di un terapeuta adatto e che abbia le giuste competenze per salvare la vita della donna e del feto.

Se medico e paziente parlano un linguaggio simile e condividono lo stesso universo culturale di riferimento per definire la malattia, la salute, la cura, avranno anche più facilità a capire il legame esistente tra la sintomatologia dolorosa e la patologia corporea; mentre la comunicazione si complica qualora medico e paziente appartengono a universi culturali eterogenei. Nella maggior parte delle interviste sottoposte al personale medico degli ospedali di San Cristobal emergeva l'opinione che le gestanti *tzotzil* e *tzeltal* fossero inclini a reprimere il dolore fino al limite della loro sopravvivenza, chiedendo aiuto spesso "troppo tardi" e mettendo così in pericolo la loro vita; l'indugiare nel richiedere un intervento terapeutico tempestivo porta molti medici ad attribuire la colpa alle gestanti che si presentavano in ospedale già in condizione di salute considerate critiche.

Nelle precedenti fasi della trattazione sono state esplorate le variabili politiche, culturali ed economiche che incidono sugli alti tassi di mortalità materna indigena; si tratta una problematica sociosanitaria emergente in Messico (Sesia, van Dijk, Aguilera, in Page Pliego, 2014, p. 241), che in

²⁸⁵ Il concetto di *capacitazione* è stato coniato da Farmer (1999, 2003, 2006); per l'autore la capacità-azione rappresenta il terreno privilegiato rispetto al quale possiamo cogliere l'intreccio tra esperienza individuale e forze di esclusione sociale. La "capacitazione" è l'emblema della violenza strutturale, che si fa patologia, principalmente limitando la capacità d'azione dei soggetti e influenzando così sui modi che alcuni gruppi umani avranno di ammalarsi, curarsi e morire.

questa sede è stata analizzata prestando una precisa attenzione all'ampio contesto sociopolitico in cui si creano le avverse condizioni che determinano gli alti tassi di mortalità materna tra donne indigene, tra cui solo nominiamo la povertà, l'analfabetismo, le dissimmetrie di genere, le inefficienze sociosanitarie ospedaliere, il razzismo.

Anche qualora i fattori di rischio che si possono correre in gravidanza, nel parto o nel postparto vengano precisamente identificati, sia dalle levatrici tradizionali che dalla gestante, e questi vengano *tradotti* in una richiesta terapeutica elaborata nei giusti tempi, la povertà e l'isolamento geografico in cui si trovano molte famiglie indigene incide sulla possibilità che riescano a raggiungere agilmente e in tempo gli ospedali più vicini²⁸⁶. All'interno degli ospedali, inoltre, la scarsità di strumenti sociosanitari e di spazi consoni, di tecnologie aggiornate e di personale medico disponibile e specializzato, sono ulteriori fattori che inficiano sulla possibilità che vengano adeguatamente risolte le emergenze. Molte donne e uomini di origine indigena, essendo analfabeti, sono mal informati riguardo i rischi che la gestante può correre in gravidanza e nel parto e al presentarsi di segnali di allarme quali perdite ematiche o maleodoranti, svenimenti, non agiscono tempestivamente per risolvere l'emergenza.

L'età e il numero di figli sono fattori che incidono sull'esperienza acquisita dalla gestante e sul suo prestigio sociale. Quelle più vulnerabili sono le madri indigene più giovani, inesperte e con meno capitale sociale, economico e culturale da rivendicare all'interno della famiglia e da utilizzare per rispondere tempestivamente ad un'emergenza. Oltre ai fattori appena menzionati, vanno citate anche le disuguaglianze di genere, le violenze e gli abusi domestici diffusi, nonché le regole matrimoniali che, essendo virilocali, precarizzano l'esistenza delle donne; queste una volta sposate o all'interno di una relazione stabile, spesso vengono costrette ad allontanarsi dalla loro famiglia di origine per risiedere in quella del compagno, al cui interno occuperanno un ruolo marginale e poco influente. Dipenderanno inoltre esclusivamente dalle disponibilità economiche del marito o della sua famiglia, che non sempre saranno inclini a spenderle per la tutela della salute della "nuova arrivata".

Nelle comunità tzotzil e tzeltal rurali e urbane stata riscontrata un'incuria generalizzata nei confronti delle donne indigene giovani (preadolescenti e adolescenti), che si affacciano alla pubertà; sono

²⁸⁶ A riguardo, per esempio, il dottor Eduardo Lopez mi spiegava che spesso lui stesso era stato costretto ad aspettare ore, e a volte anche giorni, per poter rientrare a San Cristóbal dalle comunità indigene di Los Altos, dove visitava i pazienti. "No hay autobuses ni un taxi que te lleva hasta allá", mi spiegò quando gli manifestai l'intenzione di accompagnarlo in alcune comunità dove lavorava.

difatti i soggetti maggiormente a rischio di subire abusi sessuali, violenze e di vivere gravidanze indesiderate e precoci, così come sono più in pericolo di morte in caso di complicazioni nel parto perché considerate “di poco valore” rispetto ad altri membri della famiglia.

Relativamente agli alti tassi di mortalità materna, soprattutto dal 2000 in poi, sono stati condotti svariati studi molto minuziosi, principalmente di carattere medico ed epidemiologico (Freyermuth 1994, 2003, 2010, 2015, 2017, 2018; Freyermuth e Sesia, 2013; Siesa, 2013, 2017; Page, 2014), in cui sono state esplorate nel dettaglio le diverse concause sociali, economiche e medico-sanitarie che, congiuntamente, hanno giocato un ruolo chiave nel determinare il fallimento delle politiche sociosanitarie implementate in Messico per rispondere agli obiettivi stabiliti a livello internazionale al fine di estendere il rispetto del diritto alla tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile (Quattrocchi, 2011; Sesia, van Dijk, Aguilera, in Page Pliego, 2014; Freyermuth, 2017).

È proprio Freyermuth, in alcuni suoi recenti lavori (2000, 2010), ad evidenziare che, tra le donne indigene e *mestizas* che vivono negli altipiani del Chiapas, le cause che influiscono sulle modalità differenti di soffrire, curarsi e morire sono molteplici e di varia natura. Questa considerazione apre il discorso medico-epidemiologico a quelli che l'autrice stessa definisce i “fattori culturali”, che incidono sull'aumento dei rischi di mortalità per le donne indigene rispetto a quelle *mestizas*. Come esplicita l'autrice:

[...] conoscere le circostanze, il contesto, gli antecedenti che causano la morte delle donne durante la gravidanza, il parto o il puerperio ci permette di fare un'indagine sul peso che altri aspetti possono avere sulla mortalità materna; i cosiddetti “fattori culturali”. Questioni come la disuguaglianza etnica, di genere e di generazione devono essere inclusi nell'analisi del processo salute-malattia-cura, difatti così come esistono differenze tra la distribuzione e le cause di morte tra indigene e *mestizas*, esistono anche differenze nelle circostanze che influiscono sulla morte di donne e uomini²⁸⁷ (Freyermuth, 2000, p. 8).

Nonostante siano state svolte analisi di tipo culturale e sociale, utili ad arricchire di elementi nuovi l'indagine dei fallimenti delle politiche sociosanitarie messicane in tutela della maternità indigena, non sono però state condotte ricerche antropologiche mediche approfondite e specifiche riguardo

²⁸⁷ “Conocer las circunstancias, el contexto y los antecedentes de la muerte de mujeres durante su embarazo, parto o postparto nos permite indagar sobre el peso que pueden tener en la mortalidad materna otros aspectos; aquellos llamados “factores culturales”. Cuestiones como la desigualdad étnica, de género y generacional deben incluirse en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención, pues, así como existen diferencias entre la distribución y las determinantes de la muerte de indígenas y mestizos, también las hay en las circunstancias que rodean a la muerte de hombres y mujeres.”

alle connessioni esistenti tra il discorso sul dolore diffuso nelle comunità *tzotzil* e *tzeltal*, e come ciò ricade concretamente sulla richiesta terapeutica, le tempistiche e la tipologia di azione richiesta dalle donne in caso di emergenze durante la gravidanza o il parto. Alle considerazioni già elaborate da Freyermuth sui fattori socioculturali ed economici che incidono sugli alti tassi di decessi tra le gestanti indigene, i dati qualitativi raccolti nella presente ricerca aggiungono qualche prezioso elemento sull'ethos del dolore, sui discorsi emozionali indigeni di sofferenza, e su come questi incidono nella costruzione di soggetti più vulnerabili di altri che avranno meno possibilità di beneficiare di cure adeguate in caso di emergenza.

L'analisi dei discorsi emozionali rappresenta una preziosa opzione a conferma del legame esistente tra cultura, emozioni, costruzione della persona e richiesta di cura: i regimi emozionali a cui devono aderire i soggetti femminili indigeni, costruiti in base ad un determinato habitus e incorporati dai soggetti, incidono sulle modalità attraverso cui le donne vivono le emozioni di sofferenza e dolore e richiedono una cura in caso di necessità.

Per le gestanti giovani, primipare e che vivono gravidanze fuori dal matrimonio sono più basse le possibilità di ricevere "in tempo" una cura medica in caso di emergenza e sono più alte le probabilità che il processo di negoziazione terapeutica si protragga oltre il loro limite di sopravvivenza, contribuendo ad aumentare i rischi di decesso. Per queste donne la repressione emozionale e corporea è tale da essere un fattore che, se sommato ad altri, influisce sui modi e i tempi attraverso cui richiederanno una cura adeguata.

Com'è stato già rilevato i soggetti di sesso femminile *tzotzil* e *tzeltal* vengono spinti a esprimere le emozioni, in generale, e il dolore o la sofferenza, in particolare, con modalità specifiche: l'educazione emozionale che ricevono fin da bambine influisce non solamente su *come* esprimeranno le emozioni durante la loro vita, nei mesi relativi della gravidanza, durante il parto e nel post parto, ma anche sulla formazione della loro persona. Il "come" vengono costruiti, fabbricati e fatti rispettare i discorsi emozionali femminili, influenza i modi in cui la donna vivrà ed esprimerà le sue emozioni in gravidanza e nel parto, su come percepirà il suo valore come persona sociale e sulle aspettative che i soggetti che presenziano il parto avranno nei confronti dell'espressione emozionale della partoriente.

L'ethos emotivo verso il quale la gestante *tzotzil* o *tzeltal* dovrà tendere, per essere considerata dalla famiglia e dalla comunità una donna di valore (una *buena mujer*), che rispetta la tradizione, si costruisce sull'idea che debba sopportare (*aguantar*) il dolore fisico vissuto anche durante la gravidanza e il parto, cercando di non esprimerlo in modo dissennato, bensì di controllarlo,

reprimendolo. La tensione che la partoriente vive nel tentativo di rispettare i valori culturali comunitari, costruiti attorno al prestigio attribuito alla donna che “sofferta bene il dolore” (o che sia in grado di reprimerlo), può causare, per alcune gestanti, complicazioni di vario tipo nel percorso terapeutico: incalzando la donna a sopportare il dolore, viene *drasticamente rallentato* il processo decisionale attraverso il quale, il soggetto, la famiglia o la levatrice richiedono l'intervento di un terapeuta, in caso di bisogno²⁸⁸.

Durante un'emergenza, il tempo è un elemento prezioso; il fatto che nel parto la donna indigena venga incentivata a resistere, a non lamentarsi, a sopportare il dolore, si somma al già lento processo decisionale in base al quale la famiglia valuta i rischi, i costi, i benefici del percorso terapeutico da intraprendere. La variabile emozionale legata al modo in cui le donne vengono socializzate al dolore è uno dei vari fattori culturali che, sommati a quelli economici, sociali e politici, limita la possibilità che le donne indigene di Los Altos ricevano una tutela della loro salute sessuale e riproduttiva nella gestazione e nel parto, tale da salvar loro la vita in caso di complicazioni o rischi.

Le modalità attraverso cui un gruppo sociale più o meno omogeneo viene socializzato emozionalmente, influenza quindi il percorso terapeutico scelto durante la gravidanza e il parto.

Le considerazioni ricavate dalla ricerca svolta in Los Altos, ci forniscono degli utili elementi per poter analizzare alcune peculiari caratteristiche della realtà socioculturale italiana o occidentale in generale. Nei paesi occidentali vengono proposti strumenti, tecniche, farmaci utili a ridurre la portata e la dirompenza del dolore nella vita dei soggetti, le partorienti rappresentano una categoria che più di altre è stata progressivamente medicalizzata e il parto è stato “anestetizzato” concettualmente, emotivamente e fisiologicamente. Nelle comunità tzotzil e tzeltal al contrario, la capacità di sopportare il dolore, senza adoperare farmaci chimici, è invece lo strumento attraverso cui viene misurato il valore dell'essere umano, soprattutto quello delle donne e attribuito un senso all'individuo e al gruppo sociale che si prepara ad accogliere un nuovo membro.

Nella presente ricerca ci si interrogava su come poter modulare un'assistenza biomedica al parto efficiente ed efficace, in contesti composti prevalentemente da gruppi indigeni in cui il legame tra dolore, corpo e cura ha una natura completamente differente rispetto a quella che viene esperita in occidente, dove la biomedicina è nata, si è diffusa e tutt'ora impera. In Los Altos quanto una donna

²⁸⁸ A riguardo si raccomanda la lettura di *Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México* (Freyermuth, Meneses Navarro, Romero Martínez, 2015) e *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva. Nuevas experiencias en contraloría social* (Freyermuth, María Sesia, Paola Sesia, 2013).

riesce a affrontare il dolore nel parto con resilienza, forza, capacità di concentrazione, riceve considerazione e stima sociale, nonostante ciò possa anche arrivare ad essere letale per la sua salute.

Ciò che pare essere realmente in gioco, non è solo il valore attribuito alla donna ma, attraverso l'esperienza della gestazione della donna, vengono discussi il senso profondo e i valori della società e della collettività indigena negli altipiani del Chiapas; circa i saperi e le tecniche preposte all'assistenza alla gestante, soprattutto nel parto, si elaborano discorsi sul senso che assume non solo la vita della donna, ma quella del nascituro e quindi della società. Attraverso i saperi e le tecniche di assistenza maya utilizzati durante la gestazione, viene messa in atto una resistenza all'avanzata di un sapere, quello bio-medico, che non sembra portare solo vantaggi all'interno delle comunità indigene di Los Altos, un sapere la cui riflessione sulla salute, sulla vita, sulla morte è completamente differente rispetto a quella elaborata nelle comunità indigene tzotzil e tzeltal.

La donna, nelle comunità indigene di Los Altos, deve saper resistere, conoscere i suoi limiti e le sue capacità, deve dimostrare di essere forte; sul suo corpo di gestante e di futura madre viene giocata la sopravvivenza della comunità indigena in un senso culturale, contro la cui possibile dissoluzione è importante che la gestante resista, incarnando e rappresentando un modello di umanità differenze rispetto a quello moderno e occidentale. La donna resiste quindi anche agli abbagli forniti dalla biomedicina, un sapere che nell'opinione di molte gestanti intervistate, propone solo soluzioni parziali e inefficaci ("la biomedicina ti risolve un problema ma te ne crea un altro" diceva Carmen). La gestante tzotzil e tzelatl quindi deve e può farcela da sola, l'ostetrica è un'accompagnatrice, un canale, una mediatrice che interviene con i suoi saperi, senza esautorarla del suo potere e della sua forza generatrice.

Alleata di gestanti indebolite, disorientate, sole, che non ricevono un accurato sostegno umano e medico in gravidanza e nel parto, utile per far scoprire loro potenzialità e risorse, troviamo la bio-medicina; apparato medico che in Los Altos mostra molte delle sue criticità, soprattutto quando si parla di assistenza medica fornita alle gestanti indigene.

8. Violenza di genere e *nel* genere. Vulnerabilità femminile e richiesta di cura negli altipiani del Chiapas

8.1 Dalla solidarietà femminile all'analisi dei "regimi di genere" tra le donne *tzotzil* e *tzeltal*

Le donne sono divise da attitudini sessiste, razziste, dai privilegi di classe e da molti altri pregiudizi. I legami duraturi tra donne possono mantenersi solo quando si affrontano le divisioni e vengono prese le misure necessarie per eliminarle. Le divisioni non saranno eliminate da desideri speranzosi o da un romantico fantasticare sull'oppressione comune²⁸⁹.

(Hooks B., 1986, p. 126)

Che ruolo assume la comunità femminile tradizionale nella costruzione emotiva delle donne indigene? Possiamo parlare di solidarietà femminile o di genere? Che peso hanno sulla cura della gestante le relazioni tra donne soprattutto in caso di emergenza in gravidanza?

Nonostante nella tradizione maya si dica che la gestante debba essere assistita esclusivamente dalla levatrice tradizionale e dal marito²⁹⁰, il parto non mi è sempre stato descritto dalle le donne *tzotzil* e *tzeltal* che ho conosciuto e intervistato come un momento intimo e tranquillo; la scena può anzi arrivare a essere abbastanza affollata, caotica e concitata. Le persone che decidono di presenziare l'evento si raggruppano nelle stanze della casa della gestante e aspettano la nuova nascita, intrattenendosi con chiacchiere, facendo previsioni, dando consigli alla gestante e alla levatrice, o cucinando per la famiglia.

I bambini più piccoli generalmente vengono allontanati dalla stanza predisposta per il parto, per evitare che intralcino i movimenti della levatrice o che rimangano scossi dall'evento; la levatrice, avvisata con anticipo, ne monitora e guida il buon andamento, mantenendosi in ascolto della

²⁸⁹ "Women are divided by sexist attitudes, racism, class privilege, and a host of other prejudices. Sustained woman bonding can occur only when these divisions are confronted and the necessary steps are taken to eliminate them. Divisions will not be eliminated by wishful thinking or romantic reverie about common oppression."

²⁹⁰ Così mi spiega la *partera* Teodora e me lo conferma il professor Jaime Page in un'intervista, durante la quale asserisce: "en el clásico parto tradicional Maya hay la mujer, la partera y el marido y ya está! ¡No hay más gente presente!" (note di campo, San Cristóbal de Las Casas, settembre 2017).

partoriente e avviando un dialogo con le donne più anziane della famiglia, già madri di diversi figli, che spesso presenziano *attivamente* al parto dando consigli o ammonimenti, sia alla levatrice che alla gestante.

Le anziane hanno spesso più voce in capitolo della levatrice stessa e la loro opinione sul come procedere, in caso insorgano complicazioni, dovrà passare al vaglio dell'opinione delle altre donne presenti (tra cui quella della suocera), e sottostare all'autorità altrettanto determinante del compagno della partoriente.

Quando il parto si svolge in casa della gestante e le doglie non avvengono prematuramente, in momenti imprevisi o inattesi, si iscrive naturalmente nella vita della donna e in quella della famiglia, alterandone solo per breve tempo il consueto ritmo quotidiano; non tutte le donne gravide, tuttavia, avranno la fortuna di partorire in casa, con la levatrice e la famiglia accanto. Al contrario, spesso accade che le gestanti più giovani e inesperte siano impegnate in attività lavorative, anche pesanti fisicamente (lavoro nei campi o al mercato), fino agli attimi precedenti alle contrazioni che preannunciano il parto trovandosi quindi molto distanti da casa e senza avere a disposizione i mezzi per ritornarvi velocemente, avvisare la levatrice o recarsi all'ospedale più vicino.

La gestante non sempre dispone del denaro necessario per pagarsi il trasferimento in una struttura ospedaliera e le cure in caso di emergenza dipendono interamente dalle scelte che prenderanno il marito, la suocera o qualche parente che si farà carico di aiutarla in caso di bisogno; per coloro che si sono allontanate dalle loro reti familiari più strette è ancor più difficile avere a disposizione i sostegni amicali o familiari necessari a garantire che l'andamento della gravidanza, del parto e del puerperio venga assistito, monitorato e proceda in sicurezza. La sopravvivenza della gestante dipende anche dalla qualità delle reti sociali intessute con i soggetti più influenti della famiglia, alcuni dei quali saranno presenti al momento del parto per decidere il trattamento terapeutico da riservarle; se il rapporto che la gestante ha costruito con la suocera, il marito o la famiglia è fragile o è stato compromesso da litigi o battibecchi, non le verranno assicurate le cure di cui avrebbe bisogno.

Come ribadisce anche Freyermuth (2010), sono il compagno e la suocera che dispongono del denaro e della capacità decisionale necessaria per scegliere come procedere in caso di complicazioni; spetterà a loro valutare quale percorso terapeutico sarà più opportuno seguire e non sempre ciò coinciderà con la scelta di provvedere a garantire il benessere della donna.

Recarsi in ospedale è spesso l'ultima tra le opzioni possibili contemplate dalla famiglia perché e spesso la più dispendiosa in quanto, oltre alle spese di trasporto, implica un grosso impiego di

tempo, denaro e forze per la famiglia che assisterà la gestante durante i giorni di degenza²⁹¹. Solo quando la levatrice, assieme alle altre donne presenti e al marito della gestante, avrà valutato attentamente la situazione economica in cui versa la famiglia, congiuntamente a quella in cui si trova la gestante, si deciderà il percorso terapeutico più opportuno.

In caso di emergenza, il primo passo è quello di chiamare un'altra levatrice vicina di casa della gestante o un medico tradizionale, e nel frattempo si cercherà tra i presenti, conoscenti o familiari qualcuno che abbia a disposizione un mezzo di trasporto per raggiungere l'ospedale pubblico più vicino; chiedere l'intervento di un medico non tradizionale o trasferire la gestante d'urgenza in ospedale, come si intuisce da quanto appena detto, non è mai una scelta che risponde meramente alla volontà della donna -che vive l'emergenza ostetrica-, bensì è l'esito di un lungo processo di patteggiamento e negoziazione tra i soggetti che presenziano il parto e che hanno ruoli sociali, autorità e disponibilità economiche differenti.

Il momento della nascita mi è stato descritto dalle donne di alcune famiglie *tzotzil* e *tzeltal* urbane che ho frequentato e intervistato, come un evento *sociale* in cui la presenza delle componenti anziane della famiglia è inevitabile, ma non sempre accettata di buon grado dalla partoriente, che preferirebbe più intimità, ma che non sempre ha molta libertà di scelta. La presenza di donne anziane con cui la partoriente non è in confidenza, in particolar modo quella della suocera, condiziona il modo in cui si svolgerà il travaglio, il parto e il processo terapeutico da seguire in caso emergenza. Nel travaglio e nel parto i presenti agiscono in accordo con i rispettivi ruoli sociali e ognuno si muove dando più o meno rilevanza alla posizione che ricopre nella famiglia; la voce e le necessità della partoriente, soprattutto se giovane e primipara, non sempre occuperanno posto di rilievo.

Nello stesso modo in cui Santiago Bastos (2007)²⁹² rileva che occorre de-culturalizzare e studiare più approfonditamente le relazioni di potere all'interno della presunta *omogenea* comunità maschile (Santiago Bastos, 2007, p. 106), anche i componenti della comunità femminile non hanno tutti lo stesso valore e la stessa importanza, bensì sono inseriti all'interno di gerarchie di genere e di

²⁹¹ A riguardo mi spiega Marta: "non bisogna dar per scontato che la prima cosa che la famiglia farà è portare la donna all'ospedale, prima di chiedere aiuto ai medici la donna verrà invitata a sopportare il dolore, a non lamentarsi a non gridare", note di campo, San Cristóbal de Las Casas, novembre 2017

²⁹² L'autore conduce uno studio molto interessante sulle gerarchie di potere e di genere all'interno di alcuni nuclei famigliari di Città del Guatemala grazie al quale frammenta sia l'idea omogenea di femminilità che di mascolinità. A riguardo si raccomanda la lettura di "Familia, género y cultura. Algunas propuestas para la comprensión de la dinámica de poder en los hogares populares" di Bastos Amigo, Santiago, CLACSO, 2007.

dinamiche di potere differenziale tra i generi. La gestione dell'espressione delle emozioni è un potente strumento di dominio culturale attraverso cui le donne più autorevoli della comunità esigono che quelle più giovani rispettino la loro autorità e l'*ethos* emotivo dominante. Attraverso il controllo degli idiomi emozionali delle partorienti vengono confermati i regimi di genere tradizionali e vengono sedati, contenuti e gestiti quei comportamenti individuali che contrastano la tradizione. Le parenti più anziane e autorevoli -rispettando specifiche gerarchie *interne* ai regimi di genere (R.W Connel, 1987, in Oliart, 1991; Bastos, 2007) - incarnano i regimi emozionali e morali della tradizione comunitaria e veicolano l'espressione del dolore e della sofferenza della gestante, interpretando le emozioni da lei espresse, accompagnandola nella gestione delle sue paure e preoccupazioni. Come custodi della tradizione cercheranno di far rispettare alla donna l'*ethos emotivo* tradizionale imperniato sull'idea che il suo valore sia misurabile in base alla sua resistenza fisica, alla sopportazione del dolore e al controllo emotivo che è capace di mostrare. Non sarà quindi gradito che la gestante ecceda nella manifestazione delle sue emozioni – tra cui il dolore – perché, come ben ribadisce una mia informatrice, Veronica: “non è ben visto che una donna manifesti tanta sofferenza nel parto, che emetta grida e rumori. Le donne della comunità non devono gridare, devono sopportare il dolore fino a quando riescono!”²⁹³.

I momenti concitati del parto assumono una sfumatura inedita se osservati alla luce della visione turneriana del concetto di *dramma sociale* (Turner, 1974), in base alla quale viene definito

[...] un momento in cui la pace apparente si tramuta in aperto conflitto e gli antagonismi latenti si fanno visibili. Si prende partito, si formano fazioni e a meno che il conflitto non possa essere rapidamente confinato in una zona limitata dell'interazione sociale, la rottura ha la tendenza ad espandersi e a diffondersi fino a coincidere con qualche divisione fondamentale nel più vasto insieme delle relazioni sociali rilevanti, cui appartengono le fazioni in conflitto (Turner, 1974, p.35).

Il parto è un momento “drammatico” in cui è probabile che tra i presenti emergano tensioni, dissidi, litigi, che durante il suo svolgimento vengano disattese le aspettative sociali, i pronostici del gruppo e della comunità femminile e che si palesino discordie tra i membri della famiglia.

Mari, a conferma della drammaticità di un evento in cui possono esacerbarsi conflitti, tensioni e squilibri sociali, mi racconta un episodio successo qualche tempo prima presso l'*Hogar Comunitario*,

²⁹³ “¡No se ve bien que una mujer en el parto sufra tanto, que grite y que haga ruidos! ¡Las mujeres de las comunidades no tienen que gritar, tienen que aguantar el dolor hasta sus límites máximo! “Mi spiega Veronica, quando le chiedo come si può comportare una donna durante il parto...note di campo. San Cristóbal, marzo 2017.

durante il quale ha dovuto impedire alla madre e alla suocera di una gestante primipara e molto giovane di prendere parte al momento del suo parto.

La levatrice è consapevole che la consuetudine maya, in base alla quale le donne anziane della famiglia dovrebbero presenziare l'evento del parto, non sempre porta a esiti positivi: qualora i rapporti tra i membri della famiglia e la gestante siano tesi, quest'ultima può arrivare a sentirsi scomoda e a disagio a tal punto da inficiare il buon esito del parto. Molte delle complicazioni che avvengono in fase di gestazione, tra cui la dilatazione dei tempi del travaglio, dipendono anche dal grado di stress e di pressione che vive la gestante e che si acuisce qualora si trovi a dover rispondere al volere e alle esigenze di parenti o conoscenti che vorrebbero presenziare il parto.

Con queste parole Mari mi spiega:

qui all'Hogar viveva una ragazza molto giovane che stava per partorire, il giorno delle doglie arrivarono tutti i membri della famiglia per assistere all'evento: la madre, la suocera, la sorella con gli altri figli! Conoscevo la storia di questa donna ancora prima che entrasse in travaglio, mi aveva raccontato che la famiglia l'aveva respinta a causa della gravidanza. La povera ragazza aveva vissuto svariati momenti di sconforto prima di partorire, non voleva che la suocera e la madre fossero presenti durante il parto, aveva paura, provava angoscia. Mi intromisi quando arrivarono le donne per dir loro che avrei deciso io come si sarebbe svolto il parto e che le regole nell'Hogar non erano quelle alle quali loro erano abituate; la famiglia non poteva presenziare al parto se la gestante non voleva, perché il parto rischia di complicarsi se insorgono emozioni forti e negative nei confronti dei familiari. La suocera e la madre erano molto invadenti e aggressive, la loro presenza inibiva la gestante. Le donne delle famiglie tradizionali generalmente sono molto dure, soprattutto con i giovani, li sgridano duramente e non vogliono che la tradizione venga modificata. Per questo le donne più giovani non possono esprimere con libertà le loro emozioni e si sentono sopraffatte dai parenti che le controllano²⁹⁴.

²⁹⁴ “¡Vivía una chica en el Hogar que estaba el punto de dar a la luz y el mismo día llegaron otros parientes, la mamá, la suegra, la hermana con los otros hijos de la mujer, todas las mujeres llegaron para ver su parto! Yo tenía que asistir al parto y conocía la mujer que estaba embarazada desde antes, eran ya algunas semanas que estaba en el Hogar y que me hablaba muy mal de como la su familia le había rechazada a causa del embarazo. La chica pobre estaba muy triste y lloraba antes de parir, lloraba porque no quería que la suegra y la mama fueran allá presenciando su parto, tenía miedo y le daba angustia y pena. Yo me puse en el medio y cuando llegaron las mujeres le dije que yo ero la que tenía que decidir y que las reglas en el Hogar no eran estas, que la familia no podía estar adentro porque el parto para la mujer es un momento muy importante y se estaban presentes persona que la mujer no quería que estén el parto se complica, la mujer se bloquea el parto no sale bien. La suegra y la mamá eran muy intrusivas y agresivas y esto bloqueaba la mujer. Las mujeres de las familias tradicionales, las mujeres más viejas son duras, muy duras con las jovencitas, las regañan duro, mandan, y no quieren que se modifique la tradición. Las mujeres más jóvenes no pueden expresar bien sus emociones, se sienten apresuradas por parte de las parientes que las regañan.” Note di campo, San Cristóbal de Las casas, gennaio 2018.

La madre della partoriente e la suocera sono coloro che mettono maggiormente alla prova la gestante, spesso con intimidazioni fisiche e verbali, poiché vogliono che dimostri di essere una donna capace di sopportare a lungo sia il dolore che le prove fisiche ed emotive vissute nel parto. Lo stress emozionale provato dalle gestanti più giovani, l'inesperienza e l'incuria diretta nei loro confronti, sono tutti fattori che incidono sui rischi che potrebbe correre in caso di complicazioni. Intuiamo quindi che i regimi emozionali che si basano sulla repressione del dolore femminile, sono discorsi che assumono un'importanza specifica qualora vengano tradotti in pratica e adoperati per misurare il valore che assume la gestante e scegliere per lei il percorso terapeutico più consono e che si merita.

A riguardo pare esemplificativo il breve aneddoto che Mercedes ha condiviso con me in seguito al decesso della moglie del fratello, che ha avuto luogo durante un difficile parto gemellare; Mercedes asserisce chiaramente che vi sono alcune donne il cui decesso è "meritato", perché avviene a seguito di errori e inadempienze della donna stessa.

Quella non era una donna di valore; quando persero il primo figlio, il primo maschio della famiglia, impazzì. Usciva da sola per strada, senza chiedere il permesso al marito. Quando lui tornava a casa senza aver ancora cenato, lei non aveva cucinato né i fagioli, né le tortillas, non aveva fatto niente in casa, io penso bevesse, per questo quando il marito rientrava tardi la sera non c'era cibo pronto. La donna rimase incinta e forse il padre era un altro uomo! Non era chiaro cosa faceva questa donna ... (...) l'ostetrica scoprì che era incinta di due bambini, erano gemelli e per questo il parto si complicò e la levatrice non sapeva come aiutarla. Con il primo bebè tutto andò bene ma il secondo no, è rimasto bloccato. Alla fine decisero di chiamare un medico tradizionale quando già la donna era fredda e bianca e il guaritore non sapeva più cosa fare per aiutarla. La donna aveva davvero bisogno di andare in ospedale; è morta povera, ma secondo me non era una brava donna e non stava facendo bene quello che tutte noi dovremmo fare: cucinare, restare a casa, crescere i figli. Quindi meglio che sia morta, dico io²⁹⁵.

²⁹⁵ "Esta mujer no era una buena mujer, hace cuando perdieron un hijo, el varoncito de la familia, el primer hijo, la mujer se volvió loca; salía sola en la calle, sin pedir permiso al marido y no regresaba, no hacía más la comida, no cocinaba los frijolitos, no masaba las tortillas, ja no hacía nada en la casa, tomaba, pienso yo... Y cuando el marido regresaba a la noche no había comida lista todavía. ¡Se quedó embarazada la mujer y quién sabe si el papá es mi hermano o un otro hombre! No se sabe bien qué hacía esta mujer...(…) la partera descubrió que eran dos los bebés adentro, eran géminis y por esto el parto se puso complicado y la partera no sabía cómo hacer para ayudar a la mujer. Salió el primero pero el segundo no, se quedó atrapado adentro. Al final decidieron llamar un curandero ja cuando la mujer se puso fría y blanquita y el curandero no sabía qué hacer para ayudarla. La verdad necesitaba ir a un hospital la mujer. La mujer se murió pobre, pero en mi opinión como no era una "buena mujer" y no hacia bien lo que todas las mujeres tienen que hacer, cocinar, estar en casa, criar los hijos, así mejor que se murió digo yo." Mercedes, note di campo, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018.

Come si rileva da queste parole, al contrario di quanto si pensi a proposito dell'idea stereotipata che tra le donne indigene vi sia un certo tipo di solidarietà femminile, si evince che spesso sono le invidie, le violenze e le pressioni sociali a dare significative connotazioni ai rapporti che si creano tra le donne; e la qualità delle relazioni femminili è un fattore che incide in maniera determinante sulla possibilità che le gestanti possano esprimere senza timore le loro necessità, le loro preoccupazioni, il loro dolore e in base a ciò, che vengano loro elargite le cure adeguate in caso di necessità.

Il mondo femminile indigeno conosciuto sul campo mi è parso estremamente disomogeneo, ma soprattutto non sempre solidale, al contrario è spesso attivo moltiplicatore di dissidi e sede di violenze e silenzi omertosi.

Le relazioni squilibrate di potere sono marcate tra madri e figlie, tra donne con più figli e donne con meno figli o senza figli, tra partorienti, levatrici e tra sorelle. All'interno del mondo femminile sono i membri più anziani e con una prole più numerosa coloro che meglio rispecchiano l'idea della donna lodevole e di valore, come mi è stato ripetuto spesso, mentre le donne senza figli, giovani, che non vivono una relazione stabile, che magari rimangono incinte fuori dal matrimonio, sono quelle meno rispettate, più a rischio di subire abusi sessuali, violenze e allontanamenti forzati da parte della famiglia di origine o del compagno, che le ripudia in caso vivano gravidanze non pianificate o non volute.

Tra donne, nell'opinione di Patricia Oliart, si instaura un *complesso di timore e repressione* simile a quello che si instaura da donne e uomini, (Oliart, 1991) che incide sul modo in cui la gestante vivrà i momenti delicati della gravidanza, del parto e del puerperio.

Come ben riassumono Bruce e Bravo López (2017):

[...] il concetto di *costituzione frammentata di femminilità* aiuta a prendere visione delle dissonanze, delle inimicizie, così come delle difficoltà nel costruire spazi di dialogo, mutua cooperazione e reti di supporto sociale tra donne. La non identificazione tra donne risveglia emozioni quali il timore, l'invidia che riproducono la rivalità, la competizione e la ricerca del potere²⁹⁶ (Bracco Bruce; Ruíz-Bravo López, 2017, p. 52),

²⁹⁶ "La *constitución fragmentada de feminidades* ayuda a comprender las disonancias y enemistades, así como las dificultades para construir espacios de diálogo, cooperación mutua y redes de soporte social. La no identificación entre mujeres despierta emociones como temor y envidia ya que reproduce la rivalidad, la permanente competencia y la búsqueda por el poder. En este caso, el poder estaría representado por recursos económicos que brindan autonomía y el tener una pareja no violenta".

fattori che non creano le condizioni favorevoli e adatte a tutelare le gestanti in difficoltà o che hanno bisogno di aiuto o sostegno durante la loro gravidanza²⁹⁷.

Patricia Oliar considera utile nell'analisi rilevare le *gerarchie di genere (regímenes de género)* che danno forma a costruzioni frammentate e plurali di femminilità.

Riprendendo le parole di Patricia Oliart:

[...] risulta molto utile l'idea di R. W. Connel (1987) circa l'idea che le società si organizzino intorno a *regimi di genere*, è dire attorno a relazioni gerarchiche tra i generi che si plasmano non solamente sul paradigma maschile e su quello femminile, ma in base alla presenza di diverse mascolinità e femminilità²⁹⁸ (P. Oliart, 1991, p. 3).

Riassumendo. Il parto è un momento peculiare nella vita della donna, della famiglia e della comunità, in cui le eterogenee aspettative sociali dei familiari nei confronti della gestante vengono alla luce, si condensano in ruoli sociali, norme morali, discorsi emotivi, all'interno di una scena rituale in cui, come in ogni dramma sociale (Turner, 1974), i momenti di equilibrio vengono alternati a disguidi, litigi e rotture. Le donne più anziane della comunità e le levatrici, custodi privilegiate della tradizione, impartiscono i principi *antropo-poietici*, o meglio *matro-poietici* (Bonfanti, 2012), utili a ricordare alla partoriente il modo in cui è socialmente approvato mostrarsi donna e futura madre, e le *configurazioni emotive* comunitarie sono i canoni normativi grazie ai quali si ricorda alla gestante come vivere ed esprimere le sue emozioni, ivi compreso il dolore.

Colei che si dimostra forte e capace di sopportare il dolore, nonché fedele alle tradizioni locali, partorirà figli altrettanto forti e rispettati dalla comunità, mentre le madri che vivranno un parto difficile e particolarmente doloroso, che si lamenteranno troppo o che non dimostreranno di essere sufficientemente resistenti, metteranno al mondo figli fragili e di salute cagionevole. Maria, una donna *tzotzil* con un figlio molto piccolo che soffre di congiuntivite, una mattina, nell'*Hogar*, delinea chiaramente questa connessione tra valore della madre e quello del nascituro, spiegandomi:

²⁹⁷ Parlare di *femminili* e non del *femminile* è una buona scelta utile a diffrangere i confini di un mondo non omogeneo e non sempre solidale al suo interno che, al contrario, spesso è attivo creatore di relazioni di forza e vulnerabilità tra donne.

²⁹⁸ "Resulta muy útil la idea de R.W Connel (1987) acerca de que las sociedades se organizan también en torno a "*regímenes de género*", es decir, a las jerarquías de las relaciones entre los géneros, que se conforman no sólo alrededor de un paradigma masculino y otro femenino, sino a la existencia de diversas "masculinidades" y "feminidades" - vinculadas a las relaciones raciales y de clase- en constante conflicto".

mio figlio ha una malattia agli occhi, vedi? Sembra brutto il bambino. Piange sempre e devo pulirgli gli occhi altrimenti si infettano. Credo che questa malattia gli venne perché io ho avuto un parto complicato e non sono riuscita a partorire bene, mi faceva male tutto e mi sono stancata, non sono riuscita a spingere fino alla fine. Mio figlio è nato malato perché io mi sono sentita molto debole nel mio parto e durante la mia gravidanza, senza forza. E questa stanchezza l'ho passata a mio figlio, povero²⁹⁹.

La donna gravida è un canale fondamentale attraverso cui si garantisce la sopravvivenza della famiglia e della comunità tradizionale, sia da un punto di vista biologico che socioculturale e morale; la forza fisica della madre, la capacità di non lasciarsi andare a emozioni dissennate, sembrano essere caratteristiche che, quando possedute dalla gestante, certificano che anche il nascituro, e quindi la futura discendenza, potrà avere una buona tempra caratteriale, morale e fisica.

Nonostante ciò la modernità rende più fluide le relazioni interpersonali, trasforma il modo di vivere le emozioni soprattutto per le donne giovani, le cui traiettorie di vita seguono percorsi che introducono elementi innovativi rispetto alla tradizione. Le nuove generazioni erodono progressivamente i contorni dei modelli culturali ed emotivi dominanti, sperimentando nuovi modi di vivere i legami familiari, le relazioni di coppia, l'educazione dei figli, la femminilità, così come i modi di concepire l'idea di famiglia, di amare o soffrire.

Queste figure femminili, che si discostano dall'*ethos* dominante, incarnano la possibilità, tanto temuta e ostracizzata dai soggetti più autoritari e anziani, del *cambiamento e dell'alterazione* delle tradizioni comunitarie. Coloro che oltrepassano i rigidi canoni tradizionali, corrono il rischio di perdere il sostegno familiare, emotivo, economico e sociale che garantirebbe loro una possibilità più alta di sopravvivenza in caso di gravidanze in cui insorgono complicazioni.

8.2 Machismo e violenza di genere: incorporazione, naturalizzazione e “invisibilizzazione” della violenza

²⁹⁹ “¿Mi hijo tiene una enfermedad a los ojos, ves? Se ve feo el chiquito. Siempre llora y tengo que limpiarlo siempre si no se infecta en los ojos. Yo creo que llegó esta enfermedad a este niño porque yo tuve un parto difícil y no pude parir bien, me dolía todo y me cansé, no logré empujar hasta el final. Mi hijo salió enfermo porque yo me sentí muy débil en mi parto y en mi gravidez, sin fuerza. Y esto cansancio lo pasé al mi bebe, pobre”. Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, ottobre 2018.

Le donne qui non valgono nulla, ci insegnano fin da piccole che non valiamo niente e questo diventa un grave problema anche per la nostra salute, soprattutto quando rimaniamo incinte.³⁰⁰

(Mari, note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017)

In base alla tradizione, i mariti possono applicare misure “correttive” nei confronti delle donne, quando queste hanno commesso dei “delitti”. Questi delitti vanno dal non aver svolto i lavori domestici, agli incidenti che capitano ai bambini la cui causa è attribuita all'incompetenza della madre- fino all'adulterio e all'infertilità³⁰¹.

(Freyermuth, 2010, p. 191)

Nel saggio di Freyermuth *La muerte prematura en mujeres de Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia* (2011), l'autrice descrive e analizza le forme in cui i diversi livelli di violenza si concatenano nello scorrere della vita delle giovani donne indigene chiapanecche in età riproduttiva, incidendo sui loro prematuri decessi. Seguendo gli spunti che ci fornisce l'autrice, pare opportuno dirigere l'analisi verso le relazioni sociali interne all'ambito familiare, in cui la violenza viene prodotta, normalizzata, invisibilizzata, naturalizzata e *culturalizzata* (Bastos, 2007) condizionando in modo determinante il modo in cui le donne si percepiscono come persone di maggior o minor valore. Freyermuth scrive:

[...] la "violenza mediata dall'azione umana" può verificarsi quotidianamente ed essere culturalmente modellata nella misura in cui vi è una distribuzione iniqua del potere nella società e può manifestarsi attraverso il controllo e il dominio di una persona sull'altra, causando danni fisici, psicologici o di altro tipo ai soggetti più vulnerabili. Questa violenza può essere esercitata intenzionalmente o involontariamente, attraverso atti di commissione o di omissione. In generale, le relazioni sociali inique e diseguali tra le persone,

³⁰⁰ “Las mujeres aquí no valen nada, hace cuando somos chiquita nos enseñan que no valemos nada y esto es un problema grave para nuestra salud, sobre todo cuando estamos embarazadas.”

³⁰¹ “De acuerdo con los usos y costumbres, los maridos pueden aplicar medidas «correctivas» a las mujeres cuando éstas «tienen delito». Tales «delitos» van desde el incumplimiento en las labores del hogar y los accidentes sufridos por los hijos —atribuidos siempre al descuido de la madre—, hasta el adulterio y la incapacidad para concebir.”

legate al sesso, alla razza o alla generazione, si verificano all'interno di spazi istituzionali come la famiglia, la scuola o le strutture sanitarie, quindi i fautori delle violenze possono far parte delle istituzioni del governo federale, statale o comunale, delle organizzazioni comunitarie o della famiglia stessa. Pertanto, queste inique e diseguali relazioni sociali, in un quadro di deregolamentazione e impunità, rendono possibile il perpetuarsi della violenza strutturale e producono modelli sociali violenti che plasmano le istituzioni e danno forma alla società³⁰² (Freyermuth, 2011, p. 184).

La *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas* (Ensademi, 2008) mostra che delle otto regioni messicane che sono state incluse nell'indagine, Los Altos presenta i tassi più alti di violenza, aggressioni e abusi consumati all'interno della coppia, specialmente a danno delle donne (41,4%); questo dato conferma l'alta somma di denaro pubblico spesa in Chiapas per far fronte ai ricoveri femminili avvenuti in seguito a lesioni prodotte da atti di violenza domestica, stimata sui 594 pesos in media a persona (Freyermuth, 2010, p. 207).

Negli altipiani del Chiapas la violenza di genere e il machismo sono dimensioni *strutturali e strutturanti* per gli individui e la società; sono fenomeni che influiscono nella costruzione della "persona", nella definizione dei ruoli sociali femminili e maschili, e che incidono nell'espressione dell'emotività femminile, determinando la possibilità per le donne di rivendicare uno spazio in cui possano essere rispettate e tutelate dal punto di vista fisico, psichico, sessuale e non solo.

Il machismo e la violenza domestica femminile e infantile sono spesso compresenti all'interno di molte coppie e famiglie indigene, concorrendo congiuntamente all'edificazione di un clima in cui spesso regnano aggressività, repressione e paura nei confronti degli uomini e delle donne più anziane, limitando, per gli individui più vulnerabili (come le donne indigene che si affacciano all'adolescenza), la possibilità di esprimersi liberamente.

La violenza domestica viene incorporata dai membri delle famiglie, che la naturalizzano progressivamente, e viene taciuta dalla società, e dai servizi pubblici e sociali, tutti ambiti in cui si contribuisce a produrre un'anestetizzazione alla violenza di genere; a ciò fa seguito una

³⁰² "La «violencia mediada por las personas», puede darse de manera cotidiana, conformada culturalmente en la medida en que exista una distribución inequitativa del poder, y manifestarse mediante el control y el dominio de unas personas sobre otras, a las que ocasionan daño o perjuicio físico, psicológico o de otra índole. Esta violencia puede ser ejercida intencionalmente o sin intención, mediante actos de comisión o de omisión. Generalmente, las relaciones sociales inequitativas y desiguales entre personas, ya sea por su género, raza o generación, ocurren en espacios institucionales como la familia, la escuela o los centros de salud, por lo cual los perpetradores pueden ser parte de las instituciones del gobierno federal, estatal o municipal, de organizaciones comunitarias, o de la propia familia. Es así que estas relaciones sociales inequitativas y desiguales, en un marco de desregulación e impunidad, hacen posible la perpetuación de la violencia estructural y van configurando marcos de referencia que, aunque pueden ser violentos, moldean a las instituciones y éstas a la sociedad."

minimizzazione degli effetti della violenza domestica, l'omissione delle cause e la riduzione delle possibilità che questa venga denunciata da coloro che la subiscono. Difatti i casi di violenza domestica a danno delle donne indigene che si avvicinano all'età riproduttiva vengono scarsamente denunciati, e il più delle volte i colpevoli rimangono impuniti.

Proporsi di parlare di una violenza molto diffusa che include abusi sessuali sui minori, incesti, violenze e aggressioni coniugali, che resa spesso invisibile e viene coperta da una patina di omertà, non è un compito semplice; sono tematiche, queste, estremamente delicate, che spesso non emergono chiaramente all'interno delle interviste formali. Nella mia ricerca questi temi sono affiorati grazie al rapporto confidenziale che ho instaurato con alcune donne che mi hanno raccontato le loro storie, in alcuni casi con molta naturalezza.

Occupandomi di salute sessuale riproduttiva femminile indigena e di mortalità materna, non ho potuto silenziare la violenza che si consumava all'interno della famiglia e della coppia; se l'avessi fatto avrei contribuito a reiterare l'omertà che in Messico dilaga attorno a questi temi.

Presso l'*Hogar* le storie o gli episodi di violenza e abusi erano inoltre un *leit motive* che emergeva spesso e sotto varie forme, sia durante le conversazioni che in momenti del tutto informali. Quasi tutte le gestanti o madri che ho conosciuto nella casa del parto avevano vissuto la medesima storia di abbandono da parte del compagno e della famiglia a causa di gravidanze indesiderate, non pianificate, scomode, frutto di relazioni extraconiugali o di abusi sessuali che si erano consumati all'interno della coppia o del nucleo domestico. Le gravidanze frutto di abusi e incesti, oltre a essere non volute dalla gestante, venivano considerate "scandalose" dalle stesse famiglie e dalla comunità, diventando il motivo del prodursi di pesanti fratture famigliari, processi spesso molto bruschi che mettevano fortemente a repentaglio la salute psicofisica delle donne più giovani che, una volta trovatesi sole, private dell'appoggio dei genitori e dei fratelli, vivevano situazioni di vulnerabilità estrema.

La maggior parte delle donne che ho conosciuto aveva ricoperto prevalentemente il ruolo di moglie o di madre e non disponeva del salario necessario per godere di un grado minimo di indipendenza economica dalla famiglia e dal marito; la pressoché totale dipendenza femminile dai genitori, dai fratelli o dal compagno, è il motivo per cui le disgregazioni famigliari, la fine delle relazioni coniugali o di coppia, l'abdicazione del compagno dal ruolo paterno, sono episodi particolarmente drammatici che privano le donne delle reti tradizionalmente designate a farsi carico del loro sostentamento e quindi della loro sopravvivenza.

Le adolescenti indigene sono i soggetti più vulnerabili: si affacciano alla vita sessuale spesso in modo violento, precoce, a causa di abusi sessuali domestici, molte restano incinte giovanissime in seguito a rapporti sessuali occasionali non formalizzati da matrimonio. La situazione di instabilità relazionale in cui si trovano, l'essere donne o giovani madri sole, causa una forte stigmatizzazione sociale da parte della comunità domestica che le priva deliberatamente del sostegno materiale necessario alla loro sopravvivenza anche durante i delicati momenti della gravidanza, del parto e del puerperio.

Come intuisce Francesca Gargallo nel suo saggio *Los feminismos de las mujeres indígenas: acciones autónomas y desafío epistémico* (2014), la costruzione e la socializzazione emozionale delle donne (e degli uomini) che avviene in contesti di genere fortemente gerarchizzati, violenti e asimmetrici, in cui si privilegiano la durezza emozionale e la repressione emotiva, inficia sulla possibilità che si creino relazioni familiari e di coppia intime, complementari e non-violente, che assolvano la responsabilità di farsi carico anche dei soggetti più vulnerabili.

Scrive Gargallo:

[...] *occorre chiedersi quanto* una costruzione di genere che privilegia la durezza e il vigore mascolino possa finire per limitare l'affettività, la comprensione e il piacere di una vera complementarietà tra donne e uomini nella loro vita intima e sociale³⁰³ (Gargallo, 2011, in Espinosa Miñoso, Gómez Correal, Ochoa Muñoz, 2014, p. 375, *corsivo mio*).

In situazioni che Mari ha definito efficacemente in un'intervista, di *deprivazione affettiva*²⁸⁷, viene limitata la possibilità di creare relazioni familiari, coniugali e filiali non-gerarchizzate, rispettose e attente alla tutela della salute sessuale e riproduttiva delle giovani adolescenti, gestanti e madri. In merito Graciela Freyermuth, che a lungo ha svolto ricerche tra le comunità indigene di Los Altos, ritiene che sia la cellula matrimoniale il luogo entro cui spesso si riproducono e diffondono relazioni di genere gerarchiche e fortemente asimmetriche, al cui interno si reitera l'idea che la donna abbia meno valore rispetto all'uomo. Scrive l'autrice

[...] ritengo che il matrimonio sia il bastione in cui si costruisce la posizione sociale (*tra donne e uomini*) e si stabiliscono le relazioni sociali tra i generi e le differenti relazioni di potere che avranno luogo durante la vita,

³⁰³ "Hay feministas que han dedicado su reflexión a la afectividad, preguntándose cuánto de una construcción de género que privilegia la dureza y la fortaleza masculinas termina por imposibilitar el afecto, la comprensión y el goce de una verdadera complementariedad entre hombres y mujeres en la vida íntima y social." ²⁸⁷ Mari, note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017.

e che incideranno non solo sulla presa di decisione sulla salute, ma sulla possibilità di sopravvivere in situazione di crisi³⁰⁴ (Freyermuth, 2000, p. 274, *corsivo mio*).

Oltre alle autorevoli parole dell'autrice, dalle testimonianze raccolte durante il campo, trapela che le relazioni coniugali siano spazi molto conflittuali dove spesso regnano diffidenza e paura, sentimenti che in genere le donne sentono nei confronti dei loro mariti o compagni, ma anche nei confronti della figura paterna.

In molte interviste è emerso che nonostante le donne fossero consapevoli che il machismo e la violenza fossero non solo molto diffusi, ma soprattutto presenti anche all'interno delle loro famiglie, erano ben poche coloro che riuscivano a sfuggire alle aggressioni verbali, alle minacce e agli abusi sessuali occasionali che avevano luogo già dalla tenera età. Sono una minoranza le donne che riescono ad opporsi in maniera netta e risoluta agli aggressori, denunciando gli abusi³⁰⁵. È parso che le donne indigene degli altipiani abbiano sviluppato un grado di tolleranza, accettazione e sopportazione alle vessazioni che le porta a giustificare molti atti violenti che subiscono, deresponsabilizzando i carnefici, anche per paura di venir abbandonate.

Le considerazioni riportate sono fondamentali perché utili a dare visibilità ai retroscena familiari e comunitari indigeni più silenziati, naturalizzati e "invisibilizzati" che caratterizzano e segnano la vita di molte donne indigene che vivono sia nelle comunità rurali che nelle periferie urbane di San Cristóbal.

La naturalizzazione e l'invisibilizzazione della violenza di genere in coppia e in famiglia incide in maniera determinante sui modi in cui le donne si autorappresentano e misurano il loro valore.

³⁰⁴ "Los factores socioeconómicos, la pertenencia a una etnia, a un género y a una generación se construyen también en espacios que colocan a los individuos en una situación particular de vulnerabilidad/fortaleza que determinan una manera especial de enfermarse, atenderse y morir. (...) considero que es el matrimonio el bastión en donde se construye su posición social y se establecen las relaciones sociales entre los géneros y, en consecuencia, las distintas relaciones de poder que tendrán a lo largo de su vida, y que marcará no solamente la toma de decisiones en cuanto a su salud, sino sus posibilidades de sobrevivir en situaciones de crisis".

³⁰⁵ Non è un caso che Freyermuth ritenga che una delle cause dell'ampia diffusione della violenza di genere negli altipiani del Chiapas sia la sua "l'internalizzazione" da parte dei soggetti che la subiscono, che vengono privati della capacità di prendere decisioni drastiche per opporsi nettamente allo status quo. Citando le parole dell'autrice: "un elemento che permette di perpetuare la violenza è la sua "internalizzazione" da parte delle persone interessate o delle vittime a causa del loro status di subordinazione che dà loro una limitata capacità di prendere decisioni all'interno di ambiti quali la famiglia, le istituzioni comunitarie o governative, o di far valere i loro diritti, permettendo il perpetuarsi della violenza strutturale. (...) L'appartenenza a un gruppo etnico, un genere o a una generazione in particolare sono gli elementi che singolarmente o insieme determinano il formarsi di relazioni strutturate o incidono sulla posizione del soggetto, operando come punti di riferimento, collocandolo in una situazione di vulnerabilità/forza che incide sul modo in cui verranno gestiti gli atti violenti che spesso vengono tollerati, giustificati e minimizzati dalle vittime stesse" (Freyermuth, 2011, p. 185).

L'importanza riconosciuta alle donne in quanto membri fondamentali della famiglia e della comunità, il loro autorappresentarsi come soggetti di valore o al contrario come individui di poco conto, influisce sui tempi e sulle modalità attraverso cui chiederanno aiuto, cura o assistenza in caso di necessità, malesseri o malattie in gravidanza e durante l'arco della loro intera vita.

8.3 “La única opción que me quedaba era dejar mi familia, así que tuve que irme”³⁰⁶”

La maggior parte delle donne che bussavano alla porta dell'*Hogar* erano state cacciate dalla comunità o erano state costrette a fuggire dalla loro famiglia di origine che non era più disposta a farsene carico. Altre essendo state abbandonate dal compagno si trovavano costrette a lasciare le comunità rurali in cui erano cresciute per cercare lavoro in città al fine di mantenere se stesse e gli altri figli.

Solo una minoranza sceglieva *deliberatamente* di migrare dalle verso la città con la speranza di trovare un'occupazione lavorativa che avrebbe dato loro un grado di indipendenza economica tale da permettergli di emanciparsi dalla famiglia e dalla comunità.

Il percorso migratorio femminile nonostante spesso si svolgesse all'interno dell'area degli altipiani del Chiapas, rappresentava un momento di svolta decisivo per le donne che lo vivevano, che spesso prima di allora non avevano mai lasciato la loro comunità di origine. Possiamo intuire quale carico emozionale portasse con sé la loro migrazione; un allontanamento spesso coatto che veniva vissuto in modo traumatico soprattutto dalle donne più giovani che si trovavano sole e senza nessun sostegno economico a dover ricominciare una nuova vita in un luogo a loro sconosciuto. Per molte il primo periodo trascorso a San Cristobal era caratterizzato da forti ristrettezze economiche e una solitudine relazione estrema.

A San Cristóbal, l'*Hogar Comunitario*, così come altre associazioni e organizzazioni non governative, ricevono e accolgono presso le loro strutture le donne indigene che migrano in città e si trovano senza un sostegno materiale ed umano. Molte di loro essendo in stato di gravidanza anche avanzato, vivrebbero un alto rischio di mettere a repentaglio la loro salute e quella del feto, se non venissero adeguatamente soccorse.

Quando le incontravo presso l'*Hogar* molte avevano bisogno di un aiuto materiale per sopperire a necessità basiche quali cibo, acqua, vestiti pesanti per affrontare l'inverno, pannolini e abiti per il

³⁰⁶ “L'unica opzione che mi rimaneva era andarmene, e così feci” Veronica, note di campo, San Cristóbal de Las Casas (traduzione mia).

bebè, cercavano inoltre un luogo dove poter partorire e riposare i primi giorni del puerperio. Dovendo spesso provvedere anche al sostentamento degli altri figli, avevano bisogno di un aiuto concreto, almeno durante la settimana del parto e nei giorni dopo il parto, periodo in cui la neomamma non dovrebbe sottoporsi a fatiche fisiche eccessive e avrebbe bisogno di essere a sua volta accudita.

L'Hogar Comunitario si faceva interamente carico del fabbisogno materiale delle gestanti e dei loro figli nelle ultime settimane prima del parto, durante il parto e nel puerperio.

Alcune ragazze gestanti o madri indigene che lasciavano la loro comunità di origine, bussavano alle porte delle famiglie benestanti di San Cristóbal, chiedendo di poter alloggiare presso la loro abitazione il tempo necessario a portare a termine la gravidanza e il puerperio in cambio di lavori domestici spesso non retribuiti; in caso la famiglia ospitante non era disposta ad accoglierle a lungo, già dopo qualche settimana dal parto o una volta svezzato il bambino, cercavano un altro lavoro per poter avere una propria indipendenza economica e poter affittare una stanza, solitamente nei quartieri cittadini più periferici.

Carmen ricorda quando a 12 anni era stata costretta a lasciare la sua famiglia assieme alla sorella per prendere servizio come domestica presso una famiglia abbiente di San Cristóbal; la sua esperienza è un chiaro esempio di come la condizione di fragilità psichica, emotiva e fisica in cui versano molte donne indigene *tzotzil* e *tzeltal* che lasciano le loro comunità si acuisca soprattutto nelle fasi iniziali del percorso migratorio sia che siano in fase di gestazione, sia che non lo siano.

Io avevo paura, non sapevo nulla della città quando mi ci mandarono! (...) Ero una bambina in quel periodo! La famiglia che mi ospitò mi maltrattava, i figli dei miei padroni di casa mi maltrattavano, non ricevevo un salario sebbene lavorassi molto. Per questa ragione ho cambiato molto spesso lavoro, perché non mi sono trovata bene con nessuno fino ad adesso con la ragazza argentina che mi ha dato lavoro³⁰⁷.

Nell'intervista aggiunge che anche suoi i rapporti di lavoro successivi furono segnati da abusi di vario genere.

Anche quando ho iniziato a lavorare al ristorante con un signore italiano lui mi rimproverava spesso davanti ai clienti, mi sentivo come una schiava, è per questo che ho lasciato il lavoro, ma ho minacciato il proprietario

³⁰⁷ “¡Yo tenía miedo, no sabía nada de la ciudad cuando me enviaron allá! (...) Ero una niña yo en aquellos tiempos! la familia que me hospedó me maltrataba, los hijos de los dueños de casa me maltrataban, no tenía yo un sueldo semanal y trabajaba muchísimo. Por esto cambié muchas veces familias, porque no me encontré bien con nadie hasta ahora con la chica argentina que me dio trabajo.” Note di Campo, San Cristóbal de Las Casas, Novembre 2017.

dicendogli se non mi avesse dato tutti i soldi che doveva darmi per il mio lavoro, avrei chiamato alcune di queste associazioni per il rispetto dei diritti indigeni! Questo perché ero già più grande all'epoca... ma molti mi maltrattavano e io non dicevo nulla, perché la mia famiglia mi ha cresciuto così, sono abituata a non dire nulla a non lamentarmi e a lavorare sodo. (...) ora i tempi sono diversi, ora molte donne la pensano diversamente, non ho fatto crescere le mie figlie come me, dico sempre alle mie figlie che non devono avere paura³⁰⁸.

Non è nostra intenzione approfondire in questa sede le complesse dinamiche che legano in maniera intersezionale lavoro domestico indigeno, razzismo, sessismo³⁰⁹, tuttavia è bene notare che questi sono fenomeni il cui grado di diffusione non rimane esclusivamente confinato all'interno del nucleo domestico o della coppia, estendendosi nel contesto socioculturale urbano sancristobalese³¹⁰.

L'*Hogar* è per molte donne indigene gravide e senza risorse un luogo di passaggio, un ponte tra la vita nelle comunità rurali e quella che avrebbero dovuto affrontare da sole in città; questa casa del parto è un luogo dove le donne generalmente si sentono al sicuro, distanti dalle pressioni sociali, familiari e comunitarie che avevano vissuto fino a poco tempo prima, uno spazio dove possono godere di assistenza terapeutica, dove possono nutrirsi adeguatamente e riposare. In queste condizioni molte donne hanno la possibilità di stabilizzarsi anche a livello emotivo e psichico per affrontare il parto quando più possibile in maniera serena.

Presso l'*Hogar* le levatrici tradizionali e le operatrici, alcune delle quali indigene, diventano dei punti di riferimento importanti per le gestanti; la quotidianità condivisa giornalmente presso l'*Hogar* rende possibile la costruzione di rapporti basati sulla reciproca intimità e fiducia e crea le condizioni adatte affinché molte donne riescano a condividere le loro storie di migrazione, gli abusi vissuti all'interno della loro relazione di coppia o in famiglia, i ricatti subiti dal compagno o dai genitori.

³⁰⁸ "¡También cuando empecé a trabajar en el restaurante con el hombre italiano, él me regañaba en frente a los clientes, como una esclava yo me sentía, por esto me fui también de allí, pero amenacé el dueño que, si no me daba todo el dinero que tenía que darme por mi trabajo, mi intención era llamar algunas de estas asociaciones indígenas por el respeto de los derechos indígenas! Esto porque yo ero ja más grande en aquella época...pero cuando yo ero pequeñita no, muchos me maltrataban y yo no decía nada, porque mi familia me educó así, a no decir dada, a no quejarme y a trabajar mucho. (...) ahora ja los tiempos son diferentes, ahora muchas mujeres ja piensan diferentes, yo no crecí mis hijas, así como yo, siempre le digo a mis hijas que no tienen que tener miedo". Carmen, note di campo, San Cristóbal de Las Casas, gennaio 2018.

³⁰⁹ A riguardo, si consiglia la lettura di Valeria R. Corossacz che, tra i vari suoi testi, in *Whiteness, Maleness, and Power: a study in Rio de Janeiro* (2015), ha scritto di intersezionalità riguardo al lavoro domestico nero in Brasile.

³¹⁰ Segnaliamo che, nonostante i molti episodi di abusi e la precarietà contrattuale che caratterizzano il lavoro domestico e di cura, per alcune gestanti sole che ho conosciuto, l'aver lavorato in famiglie benestanti ha rappresentato l'unica possibilità di sopravvivere alla gravidanza, al parto e al puerperio.

In queste circostanze, spesso nell'attesa che le gestanti dessero alla luce, ho conosciuto Veronica, Mari Pérez, Mari tre donne che, come tante altre, avevano lasciato la loro comunità di origine in seguito all'esplicito rifiuto delle loro famiglie di provvedere al loro fabbisogno e a quello del figlio che portavano in grembo. Confessata la gravidanza, erano state incolpate dalla famiglia di essere rimaste incinte fuori dal matrimonio, in seguito a rapporti occasionali adulterini non concertati con i genitori. I pettegolezzi che circolavano in famiglia e in comunità sul loro conto, una volta scoperta la gravidanza, spesso non erano fondati e la loro diffusione veniva orchestrata per nascondere abusi e violenze sessuali ben più gravi, che si erano consumati all'interno della stessa famiglia e che non si voleva rendere pubblici. Spesso queste donne o giovani ragazze rimaste incinte poco più che adolescenti, frustrate dallo scandalo generato dalla gravidanza, tentano l'aborto clandestinamente, senza una corretta assistenza terapeutica, danno il figlio in adozione o scappano dalla comunità.

Mari Pérez, decide di non abortire optando per dare in adozione il bambino appena dopo il parto; come fu per lei a molte donne non viene permesso di rimanere in famiglia per la durata della gestazione e su consiglio di conoscenti o tramite reti ecclesiastiche diffuse nelle comunità indigene, sono costrette a spostarsi nelle città più vicine dove alloggiano presso associazioni umanitarie o enti religiosi che danno loro un aiuto durante la fine della gestazione, nel parto e nel puerperio, per poi occuparsi dell'adozione del bambino.

Queste fratture famigliari e comunitarie non vengono facilmente riparate nel tempo; molte donne si rifanno una vita autonoma in città, perdendo definitivamente i contatti con molti dei loro parenti o famigliari.

Nel caso di Veronica o di Mari la gravidanza è stata la causa della disgregazione della relazione di coppia che non era stata precedentemente formalizzata attraverso un vincolo matrimoniale. Le gravidanze precoci all'interno di coppie di ragazzi giovani sono molto diffuse nell'area di Los Altos ed è la scoperta della gravidanza da parte del compagno a motivare la scelta di abbandonare la gestante, la quale spesso perde non solo un importante punto di riferimento umano e relazionale, ma anche la sua unica fonte di sostentamento materiale.

Anche in questi casi, come fu nell'esperienza di Veronica, le donne sono vittime di sospetti infondati diffusi dal compagno che le incolpa di essere rimaste incinte in relazioni adulterine esterne alla coppia. La reità, infondata, della donna viene usata come alibi dal compagno per fuggire facendo spesso perdere definitivamente le sue tracce. Qualora le maldicenze venissero diffuse anche all'interno della famiglia e della comunità la donna rischierebbe di perdere la credibilità anche nei confronti dei suoi famigliari.

Quando incontro le gestanti presso l'Hogar, molte sono fisicamente affaticate, sia perché vicine al termine della gravidanza sia a causa delle difficoltà che avevano dovuto affrontare una volta lasciata la famiglia di origine o in seguito all'abbandono da parte del compagno; molte erano in stato confusionale, manifestavano segni di depressione, erano malnutrite, trascurate, svogliate, poco collaborative.

I comportamenti delle donne, il loro stato generale di salute, il modo in cui si relazionavano ai figli, nascondevano traumi stratificati e profonde storie di violenza. Molte erano dilaniate dal senso di colpa perché la responsabilità della gravidanza, della fine della relazione e della migrazione era stata fatta ricadere unicamente su di loro.

L'arrivo in città era stato vissuto da molte donne che ho conosciuto in maniera traumatica; avrebbero dovuto relazionarsi con abitudini, usi e costumi molto differenti da quelli tradizionali, con la burocrazia, con le visite in ospedale, con i ritmi di vita frenetici urbani, alieni alle comunità rurali da cui molte provenivano. Presso l'Hogar potevano beneficiare della mediazione culturale e linguistica che le operatrici fornivano loro accompagnandole nella ricerca della casa o di un lavoro, guidandole nel rapporto complesso con le istituzioni socio-sanitarie locali, con il percorso di inserimento dei figli a scuola o con l'iscrizione a corsi per alfabetizzarsi allo spagnolo.

La mia disponibilità ad ascoltare le loro storie di vita ha favorito il reciproco scambio di esperienze, sensazioni, emozioni, stati d'animo, processo attraverso cui ho potuto tessere assieme alcuni loro tasselli autobiografici: gli episodi per loro più traumatici, le angherie che avevano dovuto sopportare prima e dopo il percorso di migrazione, lo spaesamento che vivevano presso l'Hogar, le aspettative che avevano in serbo per il futuro. Mi accorgevo che la profondità della loro sofferenza non poteva essere carpita a pieno se non osservando il loro linguaggio del corpo, che pareva più esaustivo delle parole. I loro sguardi spesso assenti, i gesti stanchi, le posture introversive che assumevano durante le riunioni di gruppo, la disattenzione con cui si prendevano cura dei loro figli e di sé stesse.

I passi indecisi con cui si muovevano nei luoghi, le caute confidenze che riservavano alle operatrici, i lunghi silenzi, ma anche gli improvvisi episodi di sfogo e di pianto erano i linguaggi, insieme verbali e non verbali, attraverso cui queste donne esprimevano la loro vulnerabilità ed incertezza.

Veronica è la prima donna che incontro presso l'Hogar che mostra dei chiari segni di incuria e trascuratezza nel suo aspetto fisico e in quello dei figli, assieme ad una profonda tristezza che si riflette nel suo sguardo. È una donna *tzeltal* sola, incinta del suo quarto figlio, nullatenente, che è stata da poco abbandonata dal compagno e dalla famiglia di origine; accusata di adulterio e costretta ad emigrare.

Veronica, quasi al termine della sua gravidanza pareva fisicamente molto affaticata; doveva spendere parte delle sue energie nel badare agli altri due figli più piccoli, che le richiedevano costanti attenzioni. Rimango stupita dall'atteggiamento assunto da Cesar, il figlio più piccolo di circa tre anni, che non si allontana quasi mai dalla madre e che piange e si lamenta molto spesso. Veronica quasi a giustificare i pianti del bimbo, ricorda l'episodio dell'abbandono da parte del marito:

Mio marito prima lo voleva il Cesar, poi a un certo punto non l'ha più voluto. Non ha voluto più né abbracciarlo né accarezzarlo, non lo toccava più. Così se n'è andato senza pagarmi gli alimenti e senza darci più niente, credo che Cesar soffra anche per questo³¹¹.

Veronica, nonostante sia stata lasciata, subisce costanti minacce telefoniche da parte del compagno che con pesanti intimidazioni asserisce di volerle togliere i figli, accusandola di adulterio. Lei mi confessa più volte che l'ex compagno assumeva un atteggiamento intimidatorio per poter limitare le rivendicazioni di Veronica, che esigeva da lui il pagamento mensile degli alimenti dei figli. Veronica è costretta a lasciare la sua famiglia di origine in seguito alle dicerie sui suoi presunti comportamenti adulterini e immorali che iniziarono a circolare; il padre e la madre della donna poco preoccupati di smentire le malelingue, le tolgono la custodia della figlia più grande, già quasi adolescente e la cacciano da casa, dove aveva sempre vissuto con gli altri figli e con il compagno.

Veronica decide di raggiungere San Cristobal, nella speranza di lasciarsi alle spalle l'accaduto, ma quando la conosco è ancora visibilmente scossa e disorientata, senza nessun aiuto o idea su come affrontare il suo futuro prossimo. Mi viene riferito da terzi che i giorni prima dell'arrivo all'Hogar dormiva in strada con i figli non avendo un posto dove alloggiare e tantomeno i soldi per pagare un affitto.

Veronica è disperata a causa dell'inspiegabilità dell'atto attraverso cui la famiglia l'ha costretta ad allontanarsi dalla comunità; si interroga insistentemente sui motivi in base ai quali i genitori e il compagno l'hanno ripudiata nel momento delicato della gravidanza.

³¹¹ "Mi esposo primero quería a César, pero en algún momento ya no lo quería más. Ni siquiera quería abrazarlo y acariciarlo, ya no lo tocaba. Así que se fue sin pagarme la pensión alimenticia y sin darnos nada, creo que César también sufre de esto".

Mari è una giovane donna *tzotzil* che ho accompagnato durante il suo secondo parto. A causa della gravidanza che stava portando a termine, frutto di una relazione extraconiugale, la sua famiglia di origine l'aveva privata della possibilità di vedere il figlio più piccolo, radiandola dalla comunità.

Mari è una donna ricettiva e proattiva, parla poco di sé rispetto a Veronica, ma pare già proiettata verso il futuro e non intrappolata in un passato recente ricco di sofferenza. Mari è rimasta incinta in una relazione con un ragazzo molto più giovane di lei, che la famiglia non appoggiava. Il ragazzo appena rivelatagli la gravidanza, lascia Mari a sé stessa non volendo farsi carico né di lei né del figlio. La famiglia, come nel caso di Veronica rifiuta di aiutarla, giudicandola una donna di facili costumi e la incita a lasciare la comunità.

Mari presso l'Hogar pare ritrovi una certa tranquillità e i giusti aiuti per trovare la forza di cercare una casa in città in cui poter fare la domestica in cambio di vitto e alloggio. Mari prende parte ad alcune delle attività che si svolgono nell'Hogar, diversamente da Veronica che spesso rimane in disparte, manifesta la voglia di imparare a leggere e a scrivere in Spagnolo e si dedica con metodo ai corsi di artigianato che si svolgono in settimana.

Mi è rimasto impresso il disagio di Mari quando provavo a darle una mano nei momenti precedenti al parto, in cui aveva più bisogno di assistenza, proprio a lei, così abituata a essere maltrattata e a prestare servizi ad altri da non essere in grado di riconoscersi come un soggetto verso il quale potevano essere diretti semplici favori e gentilezze.

Riferendosi a Mari, la levatrice dell'*Hogar* mi spiegò:

le donne qui sono ingranaggi necessari per la sopravvivenza delle famiglie e della comunità, servono per crescere i figli e svolgere i lavori domestici, ma non hanno una propria individualità, non si pensano come soggetti con un valore. Quando arrivano qui nell'Hogar non riescono a rendersi conto subito che questo è un luogo dove possono riposare, che non devono cucinare o svolgere le faccende domestiche. Non si lasciano aiutare facilmente, a volte non si fanno portare nemmeno un bicchiere d'acqua³¹²!

Mari e Veronica sono donne le cui storie di migrazione, spesso timidamente taciute, aprono uno spaccato sulla relazione viziata e complessa esistente tra violenza di genere, abusi domestici,

³¹² "Las mujeres aquí son pedacitos necesarios para las familias y para la comunidad, son necesaria a crear los hijos y a trabajar en la casa, pero no tienen una propia individualidad, no se piensan como sujetos con una personalidad, no se ven como sujetos de valor. Cuando llegan aquí en el Hogar no entienden que este es un lugar donde ellas pueden descansar, porque no tienen que cocinar y hacer tareas domésticas. ¡No se dejan consentir, por ejemplo, no entienden que otras mujeres puedan consentirlas, ni se dejan traer un vaso de agua!". Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, settembre 2017.

percorso di migrazione, malattia e cura. L'*Hogar* fungeva da cassa di risonanza di drammi, preoccupazioni, timori e ferite profonde che nei racconti di molte ragazze non trovavano pace e spiegazione, e che venivano condivise tra le mura di quelle stanze, in cui ci si preparava assieme al parto, un momento spesso emotivamente e psicologicamente sofferto perché da alcune di loro il bambino era la causa dell'abbandono da parte della famiglia e del compagno.

Nell'*Hogar* ho incontrato donne molto trattenute nell'espressività emotiva e donne più aperte, alcune estremamente controllate e altre che, trovandosi lontane dalla famiglia di origine, si lasciavano andare emotivamente con più disinvoltura³¹³.

Ho intervistato, ascoltato e rassicurato donne e madri molto vulnerabili, che stavano vivendo una profonda trasformazione, i cui discorsi emozionali, spesso circonvoluti e confusi, erano la chiara espressione delle incertezze provate quando si vive un importante momento di passaggio e di transizione. Erano donne la cui condizione di madri sole imponeva loro di dover ricomporre velocemente i pezzi delle loro esistenze per rispondere adeguatamente alle sfide quotidiane che la vita poneva loro.

Per quanto la nascita possa essere un momento che ogni donna vive soggettivamente, elaborandone il senso in base alla storia personale, alle aspettative, a determinati principi e modelli culturali, è pur sempre un lasso di tempo in cui si condensano interrogativi, ansie, paure, desideri e dubbi. Presso l'*Hogar Comunitario*, i momenti in cui mi dedicavo alle interviste alle gestanti, che spesso accompagnavo verso il travaglio, erano caratterizzati da un'intensità rara; le nostre chiacchierate seguivano il loro flusso emotivo a volte molto caotico e drammatico a cui per molte faceva seguito una metamorfosi attraverso cui si spingevano verso la ricerca di nuovi spazi di autonomia.

Grazie al passaggio nell'*Hogar*, veniva ricostruita la "donna nuova"³¹⁴ senza abdicare al ruolo di madre, considerato dalle operatrici del centro, un compito "naturale e imprescindibile" per qualsiasi donna.

³¹³ Come vedremo nel capitolo in cui nel dettaglio si parlerà dell'*Hogar Comunitario*, una pratica comune che il personale invitava le donne indigene ad assimilare era quella di esprimere e lasciarsi andare liberamente alle emozioni, diversamente da come veniva insegnato loro nelle famiglie dove erano cresciute.

³¹⁴ Le gestanti, una volta ospitate, venivano incoraggiate a prendersi cura del bambino dopo la nascita e a non darlo in adozione, a costruirsi in quanto donne nuove, rinnovate, "*Yachil Antzetik*", come dichiara l'epiteto *tzotzil* che affianca il nome della casa di parto. L'esperienza del parto, nella filosofia dell'*Hogar*, avrebbe portato le gestanti a riscoprire il senso di una nuova vita come madri sole, donne indipendenti e capaci di poter vivere con indipendenza e dignità sia la maternità che la vita a essa successiva.

Nelle prossime pagine si sceglie di raccontare le storie di vita di Mari Pérez e di Carmen, le cui parole sono chiare testimonianze della modalità attraverso cui la violenza femminile si consuma e si rinnova all'interno della coppia e della famiglia, incidendo sulla "costruzione" della donna che spesso si percepisce come soggetto di poco valore e scarsa importanza. Attraverso le loro parole emergeranno alcuni dettagli del loro percorso migratorio e del rapporto che complesso con la loro famiglia di origine e con la comunità.

Ho scelto di riportare e tradurre alcuni frammenti che ho ritenuto essere significativi delle interviste che mi hanno rilasciato Mari Pérez e Carmen, che hanno avuto la fiducia e l'audacia di condividere con me vissuti e ricordi per loro molto dolorosi. Due donne che hanno sentito sufficiente fiducia da lasciarsi andare, mostrandomi le loro debolezze, ma anche la loro forza.

Scrivo di loro considerando le loro storie, poco conosciute e decisamente "invisibilizzate", preziose testimonianze grazie alle quali possiamo risalire alle caratteristiche del contesto rurale che hanno lasciato per desumere alcuni dettagli di quello urbano che hanno incontrato con la migrazione; riporto le loro parole per dare una dignità e un riconoscimento alla loro storia di vita. Le storie di Carmen e Mari sono solo due esempi scelti con la finalità di dare due volti specifici ad una serie di problematiche sociali, culturali, politiche che effettivamente incidono sulla salute psicofisica delle donne indigene durante tutto il corso della loro vita, influenzando anche sul numero di decessi in gravidanza, nel parto e nel postparto.

La violenza diffusa e quotidiana, che colpisce con più forza le donne indigene gravide e giovani, crea soggetti vulnerabili, soli che non si considerano meritevoli di cure e di affetto, soggetti emozionalmente induriti e impauriti che difficilmente chiederanno aiuto in caso di difficoltà e di emergenza.

Spesso le esperienze di sofferenza femminile vengono considerate irrilevanti, consumandosi nell'anonimato, fatti "naturali" e ormai consustanziali alla conformazione culturale e sociale della regione indigena di Los Altos. Al contrario, però, la violenza di genere, l'abbandono, la migrazione non sono problematiche incorporee, bensì fenomeni che incidono segni concreti e indelebili sulla storia, sui corpi, sull'emotività, sulla salute delle donne indigene che li vivono, e su quella dei loro figli. La scienza antropologica ha sufficienti strumenti metodologici, ma soprattutto dovrebbe avere la responsabilità, di raccontare queste storie.

8.4 Mari Pérez: l'allontanamento dalla comunità come percorso di emancipazione

“Gracias a Dios que dejé la comunidad, no quería que mi hija creciera con tanta violencia a su alrededor.”

Mari Pérez, San Cristóbal de Las Casas, marzo 2018

Mari Pérez è una donna *tzotzil* di 32 anni, rimasta incinta la prima volta a 19 a seguito di una violenza consumatasi in famiglia; quando scoprì di essere gravida, la madre le consigliò di “sbarazzarsi” del bambino dopo averlo dato alla luce, per non mettere a repentaglio la sua salute abortendo clandestinamente. Mari non se la sentì di seguire il duro consiglio elargitole dalla madre, e decise di portare a termine la gravidanza e dare in adozione il bambino quando era ancora in fasce. Fu costretta dalla madre ad abbandonare la sua famiglia di origine a causa “dell’immoralità” della sua gravidanza, che era diventata motivo di aspri dissidi tra lei e gli altri componenti della famiglia.

L’abuso sessuale da lei subito non venne denunciato: al contrario, la madre coprì il colpevole e insabbiò l’accaduto, invitando la figlia ad andarsene. Così una notte Mari, grazie all’aiuto del fratello, fuggì dalla comunità e si diresse a San Cristóbal; su consiglio di un parroco decise di bussare la porta dell’*Hogar* chiedendo aiuto alle levatrici tradizionali che a quel tempo vi lavoravano.

In quel periodo le gestanti potevano rimanere anche alcuni mesi presso l’*Hogar*, cosa che oggi non viene più permessa a causa della scarsità dei fondi di cui dispone il centro. Mari invece beneficiò della possibilità e si stanziò qualche mese presso la casa del parto. Durante la permanenza, cominciò a frequentare i seminari che vi si svolgevano la domenica, in cui venivano trattate tematiche relative alla violenza di genere e alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, e con il tempo divenne la responsabile della preparazione e del coordinamento dei seminari.

Mari oggi ricopre un ruolo fondamentale nell’*Hogar*, oltre a quello svolto dalla levatrice tradizionale, è un punto di riferimento per molte donne che, riconoscendosi nella sua storia, prendono esempio dalle scelte che lei ha compiuto dando al percorso di migrazione un valore positivo ed emancipatorio.

Intervisto Mari dopo averla già a lungo conosciuta e mi mostro interessata alla sua storia perché intuisco che la forte empatia e sagacia con cui si rivolge alle donne che la ascoltano durante i seminari domenicali, potevano essere legate al suo intenso vissuto familiare. Mari, quando iniziamo

a scendere nei dettagli della sua vita intima, si rivela estremamente vulnerabile ed emotiva, si commuove e trattiene a stento le lacrime ricordando gli episodi che segnarono il suo allontanamento dalla comunità di origine.

Chiara³¹⁵: Mari vorrei che mi raccontassi un po' di te, come io ti ho raccontato di me! Che mi parlassi un po' del tuo parto, della tua gravidanza, della tua famiglia...Tu non sei nata a San Cristobal vero? Di dove sei?

Mari: Sono di una comunità che sta a due ore e mezza da San Cristobal, quando avevo 15 anni sono stata costretta a fuggire dalla mia comunità...me ne sono dovuta andare di nascosto perché non potevo più stare là...

Mari assume un atteggiamento molto vago dimostrando una forte reticenza nel raccontarmi le motivazioni che l'hanno spinta ad allontanarsi dalla sua famiglia. Abbassa lo sguardo, si prende lunghi momenti di pausa, percepisco un certo imbarazzo e una certa vergogna sul suo volto.

C: Sei andata via da sola?

M: Mi ha accompagnato mio fratello. Infatti devo ringraziarlo per questo...una notte sono scappata per San Cristobal. Quella notte, che mi ricordo come se fosse ieri, accompagnata da mio fratello sono partita e su consiglio di un prete che mi aveva detto che esisteva l'Hogar comunitario dove accettavano donne incinte senza risorse economiche.

Mari serba qualche istante di silenzio per poi aggiungere:

Mari: Non potevo più stare là, la situazione era insopportabile per me... C: Ma i

tui genitori sapevano che volevi scappare?

Mari: Mio padre no. A mia madre avevo detto qualcosa...mio padre è un uomo molto violento e non mi ha mai appoggiata, ho visto molte volte mio padre picchiare mia madre e mia madre non ribellarsi. Mia madre mi ha coperto senza svelare a mio padre l'accaduto e io sono riuscita a scappare...

C: Ma non avevi paura? Eri molto giovane...

Mari: Avevo paura! Ero una bambina...ero piena di dubbi, preoccupazioni, frustrazioni...però in città ho trovato un lavoro come donna di servizio, mio fratello mi ha aiutata i primi giorni e non smetterò mai di

³¹⁵ C ed M sostituiranno d'ora in poi nell'intervista i nomi propri in forma estesa.

essergli grata per l'appoggio che mi diede nel momento più difficile della mia vita. C: Perché sei scappata Mari? Eri incinta di Camilla? L'ho conosciuta lo scorso seminario tua figlia!

Mari: Camilla è la mia seconda figlia. Io ero incinta del mio primo figlio in quel momento e avevo deciso di partorire nel Hogar comunitario, come mi aveva detto il prete perché non potevo stare nella mia famiglia...

C: Ah ok, ma il tuo primo figlio vive con te? Io ho conosciuto solo Camilla! Quanti anni ha?

Mari è molto evasiva ed evita di approfondire la questione, sorvola i dettagli, distoglie lo sguardo, nasconde commozione. Sembra si senta colpevole per qualche motivo che non vuole confessare, come se volesse nascondere una colpa che nonostante il tempo trascorso sia ancora viva e faccia ancora male.

Mari: No...ho deciso di darlo in adozione, non potevo e non volevo tenerlo, ero giovane e inesperta...e la mia famiglia non mi appoggiava e era un *figlio sbagliato*, io non potevo tenerlo.

C: Sbagliato?

Mari: Non volevo essere madre allora e dire che ero incinta nella mia famiglia e nella comunità sarebbe stato uno scandalo, mia madre mi ha detto di scappare e di non tornare e che non poteva aiutarmi...io ho sofferto perché sono stata violentata e sono rimasta incinta, ma non potevo stare con la mia famiglia...io non ero preparata, ero giovane e inesperta e dovevo affrontare tutto da sola, avevo bisogno di un posto dove sfogarmi, dove poter piangere la notte senza le pressioni familiari costanti, questo è già tanto...ma non stavo bene non volevo il bambino e l'ho dato in adozione. Mi mamma voleva che lo ammazzassi "*pues...matalo, no?*" mi diceva, ma io non riuscivo a pensare una cosa del genere...non l'avrei mai fatto...

L'esistenza di Mari Perez, similmente a quella di Veronica e Mari, ha cambiato il suo corso a causa di una gravidanza non voluta, non pianificata, frutto di un rapporto sessuale non consensuale che è stato insabbiato, piuttosto che denunciato. Nell'omertà diffusa, in una società fortemente maschilista come quella indigena degli altipiani, si generano pettegolezzi e dicerie che fanno ricadere interamente la responsabilità degli atti violenti sulle donne, considerate pericolose e provocatrici.

L'opinione femminile ha meno valore rispetto a quella maschile, le voci femminili faticano a trovare uno spazio d'espressione e spesso non ricevono credito, venendo messe brutalmente a tacere, anche attraverso l'estromissione forzata della donna dalla comunità. I famigliari sono spesso coloro

che si coalizzano contro il parere e il volere della donna che, qualora rimanga incinta fuori dal matrimonio (in seguito ad abusi o all'interno di relazioni occasionali), viene giudicata negativamente, considerata la unica colpevole e incolpata di essere provocatrice.

C: Come ti sei sentita dopo l'adozione?

Mari: Malissimo, con un senso di colpa grandissimo, perché in famiglia e in comunità sono stata considerata la "mala madre" per eccellenza, perché una donna che ha rapporti fuori dal matrimonio e che non è sposata e che decide di rifiutare la maternità dando in adozione il bambino è una donna sbagliata, non è una vera donna. Poi la comunità ti rigetta e oltre il rifiuto della comunità e della tua stessa famiglia c'è anche la colpa che senti con te sé stessa...

C: Ma poi hai avuto Camilla?

Mari: Sì dopo due anni sono rimasta incinta di Camilla, ma anche in quel momento il mio compagno non ha riconosciuto la gravidanza anche se di lui ero innamorata. Lui aveva un'altra famiglia e non voleva riconoscere la paternità del figlio, ho cercato di chiederglielo quando ci ha lasciate perché avevo bisogno di un sostegno economico, ma niente, non voleva darci i soldi. Non voleva essere il padre di Camilla e non voleva contribuire economicamente anche perché aveva un'altra famiglia...³¹⁶

³¹⁶ Chiara: Mari ¡Quiero que me hables un poco de ti, como te dije de mí! Para contarme un poco sobre tu nacimiento, tu embarazo, tu familia... No naciste en San Cristóbal, ¿verdad? ¿De dónde eres?

Mari: Soy de una comunidad que está a dos horas y media de San Cristóbal, cuando tenía 15 años me vi obligado a huir de mi comunidad. Tuve que irme en secreto porque ya no podía soportar el... (Mari toma una actitud muy vaga demostrando una fuerte reticencia a decirme las motivaciones que lo llevaron a dejar a su familia).

C: ¿Te fuiste sola? M: Mi hermano me acompañó. De hecho, tengo que darle las gracias por esto...una noche me escapé a San Cristóbal. Esa noche, que recuerdo como si fuera ayer, acompañada de mi hermano salí por San Cristóbal porque un cura me había dicho del Hogar Comunitario. Mari guarda unos momentos de silencio y luego agrega:

Mari: Ya no podía soportarlo, la situación era insostenible para mí ...

C: ¿Pero tus padres sabían que querías escapar?

Mari: mi padre no. Para mi madre tenía algo ... mi padre es un hombre violento, vi muchas veces a mi padre golpear, mi madre y mi madre no se rebelaba. Mi madre encubrió lo que le había sucedido a mi padre y logré escapar a San Cristóbal ...

C: ¿Pero no tenías miedo? Eras muy joven ...

Mari: ¡Tenía miedo! Era una niña ... estaba llena de dudas, preocupaciones, frustraciones ... pero en la ciudad encontré un trabajo como sirvienta, mi hermano me ayudó los primeros días y nunca dejaré de estar agradecido con mi hermano por este apoyo en el momento más difícil de mi vida.

C: ¿Por qué escapaste Mari? ¿Estabas embarazada de Camilla? ¡Conocí a tu hija el último seminario!

Mari: Camilla es mi segunda hija. No estaba casada en el tiempo de mi primer hijo en ese momento y había decidido dar a luz en la casa de la Comunidad, e porque no podía arreglar las cosas en mi familia. C: Ah, está bien, pero ¿vive tu primo hijo contigo? ¡Solo conozco a Camilla! Qué edad tienes

Mari: No, decidí dejarlo en adopción, no podía y no quería tenerlo, era joven y no sabía nada ... y mi familia no me apoyaba, era un hijo equivocado, no podía tenerlo ... C: ¿Equivocado?

Mari: No quería ser madre y decir que yo estaba embarazada porque en mi familia y en la comunidad hubiera sido un escándalo, mi madre me dijo que huyera y que no volviera y que no podía ayudarme ... Sufrí porque fui violada y quedé embarazada, pero no podía quedarme con mi familia ... No estaba preparada, era joven e inexperta y tenía que enfrentar todo por mi cuenta, necesitaba un lugar para aliviarme en el Hogar, donde podía llorar de noche sin presiones familiares

Quando Mari scopre di essere rimasta incinta per la seconda volta, riceve un altro rifiuto e viene nuovamente abbandonata dal compagno che non si vuole prendere la responsabilità di mantenere Mari e la figlia, avendo una seconda famiglia.

L'intervista con Mari è molto intensa, sia per me, che nel farle le domande non vorrei farle rivivere ricordi troppo dolorosi, sia per lei; al ricordo degli episodi di violenza che segnarono la sua prima gravidanza, vive un forte disagio, ma lentamente lascia fluire le sue emozioni mescolandole a ricordi, sensazioni, momenti di sofferenza. Nel parlarmi della seconda gravidanza a cui fece seguito un ennesimo abbandono, fa trapelare un senso di sfiducia profonda nei confronti degli uomini che lei stessa definisce "violenti, machisti e donnaioli".

Il senso di colpa per aver dato in adozione un figlio che lei stessa definisce "sbagliato", di cui non voleva farsi carico, la assedia per tutta la vita, come rimarrà per lei un peso il fatto di essere rimasta incinta una seconda volta fuori dal matrimonio. La famiglia nel discorso di Mari viene descritta come una gabbia di segreti, uno spazio angusto in cui vengono perpetrate le violenze e gli abusi più gravi perché non vengono denunciati, uno spazio in cui le donne si costruiscono come soggetti di poco valore, "cose" di cui ci si può sbarazzare. Queste faticano a riconoscere e denunciare gli abusi essendo ormai anestetizzate rispetto alla violenza che subiscono quotidianamente.

Nella seconda parte dell'intervista Mari mi spiega come le bambine vengono abituate alla violenza fin da piccole e mi parla del ruolo che assume la tradizione nel perpetrare dinamiche di genere asimmetriche. Mi racconta della sua gravidanza e del rapporto generalmente poco stretto che si crea tra la gestante e il feto, dell'amore coniugale e di come, secondo lei, il modo in cui le donne indigene vivono gli affetti e le relazioni di coppia sia molto dissimile da quello che io immaginavo.

constantemente, esto ya es mucho ... pero no me sentía bien, no quería al bebé y lo dejé en adopción. Mi mamá quería que lo matara "pues ... mávalo, ¿no?" Él me decía, pero no podía pensar en tal cosa ... Nunca lo habría hecho ... C: ¿Cómo te sentiste después de la adopción?

Mari: Malísimo, con un gran sentimiento de culpa, porque en la familia y en la comunidad me consideraban la "mala madre" por excelencia, porque una mujer que tiene relaciones fuera del matrimonio y que no está casada y que decide no ser madre dando en adopción el niño, es una mujer equivocada, no una buena mujer. Entonces la comunidad te rechaza y más allá del rechazo de la comunidad y la familia también existe la culpa que una sientes consigo misma ...

C: ¿Pero entonces tuviste a Camilla?

Mari: Sí, después de dos años me quedé embarazada de Camilla, pero aun así mi pareja ni siquiera quiere un embarazo a pesar de que estaba enamorada de él. Tenía otra familia y no quería reconocer la paternidad de su hijo, traté de preguntarle cuándo nos dejó porque necesitaba ayuda estatal, pero nada, no quería darnos el dinero. No quería ser el padre de Camilla y no quería pagar porque tenía otra familia..." Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017.

Con una certa malinconia riflette sulla scelta da lei compiuta di non aver fatto crescere Camilla nella sua comunità indigena rurale di origine volendo preservare la figlia dalle violenze e dagli abusi domestici che lei aveva subito e che avevano segnato in maniera determinante la sua vita costringendola, ad esempio, a nascondere lo scandalo della sua prima gravidanza allontanandosi definitivamente dalla comunità.

C: Come vengono educate le bambine nelle comunità? Come imparano ad essere donne e madri?

M: Molte volte nelle comunità le cose sono difficili, io le ho vissute direttamente e i processi non cambiano facilmente...i ruoli femminili e maschili sono molto marcati e le donne nascono per fare i figli e per sposarsi, solo per questo nasciamo. Non veniamo considerate in altro modo, una donna nasce così, il suo ruolo è molto marcato ed è quasi impossibile cambiarlo. Le donne sono oggetti e non hanno diritti o non possono fare scelte che vadano contro i ruoli che dà loro ci si aspetta, devono essere sempre e costantemente disponibili nei riguardi di ciò che i mariti dicono, vogliono, fanno. Per questo restano incinte un sacco di volte nella loro vita, perché tutte le volte che i mariti hanno voglia di fare del sesso o tornano a casa ubriachi devono mostrarsi disponibili, se si rifiutano vengono picchiate, violentate o subiscono violenze verbali. Questo è il ruolo tradizionale che deve rispettare la donna indigena oggi! Per questo il lavoro che stiamo facendo qui presso l'Hogar è un lavoro sulla consapevolezza che le donne sono soggetti di diritti e non solo oggetto di abusi, che ogni donna possa esprimere il suo dissenso o consenso e che possa esprimere dissenso senza che venga punita con violenza. Ma è molto difficile che le donne riescano a raggiungere questa meta. Sono incasellate in ruoli tradizionali molto forti.

C: La tradizione è molto forte...

M: Sì, la tradizione è molto forte e non può essere corrosa facilmente. I ruoli tradizionali non lasciano spazio ad alternative, la donna non può uscire a fare la spesa al mercato da sola perché viene derisa e si dice di lei che provoca e che va in giro da sola per cercare marito, che è una donna "di strada", deve sempre andare al mercato accompagnata, se ride con le amiche viene derisa dagli uomini attorno che la ritengono superficiale, provocatrice, una che vuole attirare l'attenzione maschile su di sé.

C: Cosa dovrebbe fare una donna per tradizione?

Mari: La donna tradizionalmente deve essere madre, donna di casa, moglie e quando esce dai suoi ruoli tradizionali allora è una donna che provoca, che gioca, è un poco di buono è una donna che fa paura, è una provocatrice.

C: Come hai vissuto tutto ciò all'interno della tua famiglia?

Mari: Male. Stavo male. La famiglia non è un luogo accogliente e aperto dove poter crescere consapevoli dei nostri diritti e della libertà di essere come vogliamo, la famiglia è un luogo buio e chiuso, è un luogo di

deprivazione affettiva, dove i bambini vengono accuditi solo nelle loro esigenze basiche “quando uno ha riso e fagioli per mangiare questo basta”, dicono spesso le madri. I bambini non vengono coccolati o ascoltati non si parla delle sofferenze o dei problemi che ciascuno vive. I genitori generalmente sono duri, sono coloro che dicono come si deve vivere, ma non ascoltano, non consolano e considerano il dare attenzioni non solo un atto superfluo ma anche negativo. I genitori non sono persone con cui ci si confida e con cui si instaura un rapporto di intimità. Le mamme sono a volte un poco più permissive e meno dure dei padri, ma non sempre...i padri sono solo padri-padroni che comandano e chiedono. E le donne soffrono molto, ma intimamente, muoiono con i loro abusi e le loro tristezze che si tengono dentro, muoiono ricordando le violenze, le percosse, le parolacce...

C: Ma c'è qualcosa che riconosci come positivo delle tue radici culturali?

M: C'è una parte degli usi e costumi indigeni che hanno dei lati positivi. Nelle comunità si insegna il rispetto...

C: Si insegna il rispetto per chi?

M: Per la natura, per i campi di mais che devono essere coltivati e continuano ad essere protetti da rituali, per l'acqua che è importante per la vita. Per gli anziani, i più vecchi devono essere rispettati, bisogna farli passare per primi se li si incontra per strada, dagli permesso, dar loro del “Lei”, queste cose a me sembrano positive... Ma c'è l'altra faccia della tradizione: la donna non rientra nella sfera del rispetto, la donna non viene rispettata come individuo ma nemmeno come oggetto...Le donne hanno paura, ma gli uomini anche, hanno paura di restare senza donne, le donne sono funzionali alla famiglia, fondamentali, perché gli uomini soli non sanno come e cosa fare, hanno bisogno dell'appoggio e del lavoro femminile. Non sanno farsi le *tortillas* da soli...per questo quando muore una donna ne cercano subito un'altra....

C: E l'amore?

M: L'amore come lo intendi tu non esiste, se intendi per amore il rispetto, la comprensione, l'accettazione. Non esistono. Ma c'è una parte di...io credo che in coppia gli uomini e le donne comunque si vogliano bene, ma che non esprimano il loro amore, se c'è è nascosto, non trapela, quella che emerge invece è la violenza, l'aggressività, i soprusi, ma non si vede l'amore, la complicità, il rispetto, la stima reciproca. C'è deprivazione affettiva, ignoranza affettiva, i sentimenti si esprimono solo con aggressività.

C: Come si costruisce una donna in relazione alla sua maternità? Come vede il diventare madre?

M: La maternità è una cosa normale, una donna nasce per restare incinta, quindi quando rimane incinta è una cosa normale, lei non si percepisce in un'altra maniera perché fin da piccola la preparano per questo, la maternità non è un momento speciale nella vita di una donna, o comunque lo è per quello che succede nel

corpo e nell'anima, ma non lo è nel senso sociale, culturale. Le donne gravide non vengono considerate con più attenzione, rispetto, cautela perché vengono al mondo per questo e devono saperlo fare.

C: Si accorgono che il corpo sta cambiando?

M: La relazione con il loro corpo non cambia, non si chiedono perché sta cambiando il loro corpo, perché è un fatto naturale e normale, non si fanno troppe domande, così è e così deve essere.

Vanno a lavorare, raccolgono la legna, vanno nei campi fino agli ultimi giorni prima del parto...

Prima le cose erano molto peggiori, ora già stanno cambiando, si stanno modificando un po'. Prima era molto peggio. Per molte donne giovani il bambino nella pancia non è qualcosa che è stato voluto o desiderato, ma è qualcosa di capitato, resta un peso che fa paura, che è stato il frutto di violenze o che è capitato a caso, che non è stato cercato. Essere madri non sempre è una gioia o una scelta, è un fatto che a volte viene vissuto senza sogni, senza romanticismo, senza la *possibilità* di sognare cose romantiche. Ma è una responsabilità che crea preoccupazioni e che fa paura.

C: Hai usato molto spesso la parola paura....

M: Le donne hanno paura, per questo preferiscono non lamentarsi e stare in silenzio. Anche gli uomini hanno paura che le donne cambino e per questo non vedono di buon grado i seminari sulla violenza o sull'educazione sessuale che facciamo qui all'Hogar. Non si parla facilmente con loro di pianificazione familiare o di usare il preservativo o cose del genere, non esistono queste cose nelle famiglie...difatti molti progetti di educazione alla sessualità nelle comunità falliscono o non vengono nemmeno iniziati.

C: Parlando di parto...il parto è un momento doloroso...ma come esprimono la loro sofferenza?

M: Le donne soffrono e soffrono molto nel parto, il parto è per tutte doloroso. Le donne non parlano del dolore del parto perché è normale, ma legato al dolore c'è il sentimento di non essere delle donne capaci o abbastanza valorose per vivere il loro dolore in silenzio, le donne che gridano o si lamentano molto nelle comunità sono donne che non vengono considerate buone madri, degne di partorire e fare figli, sopportare e vivere ciò senza lamentarsi e senza discutere o questionare. A volte vengono sgridate se si lamentano....

C: I parti difficili o molto sofferti come vengono visti?

M: Molto spesso le donne si sentono non solo in colpa, ma anche inadatte o sentono che la loro sofferenza è legata a colpe o errori che hanno fatto nel passato con i genitori o con i loro ragazzi da giovani. Spesso i parti difficili sono associati alla colpa e all'idea di non essere adatte, alle preoccupazioni, alla paura.... Per

questo la levatrice nell'Hogar comunitario da assistenza psicologica alle donne, per farle esprimere e per far sì che riescano a creare un rapporto intimo con i loro figli, con sé stesse e con la gravidanza, che si vedano e che vedano la gravidanza come qualcosa di diverso e che l'esprimere questi sentimenti sia utile alla creazione di un attaccamento positivo madre-figlio. È molto difficile cambiare ciò in così poco tempo, ma alcune donne riescono a farcela e tornano ad ascoltare i nostri seminari sulla violenza!

C: Tu torni nella comunità a volte?

M: Non vedo molti cambiamenti, non mi sembra che le cose stiano cambiando, è tutto molto difficile, le novità nelle famiglie non vengono accettate, i miei fratelli mi deridono per quello che dico e penso, per questo non torno con piacere nella comunità. Vorrei ritornarci da un lato, ma dall'altro non voglio che mia figlia Camilla cresca in quel clima violento e con tutte quelle difficoltà, per questo non tornerò... Le donne non solo non possono scegliere il loro marito, ma non possono nemmeno scegliere e lottare per essere ereditiere di un pezzo di terreno che la famiglia dovrebbe dare loro, non sono ereditiere di nulla, non hanno e non sono nulla, diventano qualcosa in base a come cucinano le tortillas e i fagioli e in base a quanti figli fanno³¹⁷.

³¹⁷ C: ¿Cómo se educa a las niñas en las comunidades? ¿Cómo aprenden a ser mujeres y madres?

Mari: Muchas veces en la comunidad las cosas son difíciles, las viví directamente y no cambian fácilmente ... los roles femeninos y masculinos están muy marcados y las mujeres nacen para ser niños y se casan, esa es la razón por la que las mujeres nacen. No se considera lo contrario, una mujer nace así, su papel es muy marcado y es casi imposible cambiarlo. Las mujeres son objetos y no tienen derechos o no pueden tomar decisiones que van en contra de los roles que se espera de ellas, las mujeres deben estar siempre y constantemente disponibles sobre lo que sus esposos dicen, quieren y hacen. Es por eso que quedan embarazadas muchas veces en sus vidas, porque cada vez que los esposos quieren tener relaciones sexuales, las mujeres deben estar disponibles, si se niegan se arriesgan por ser golpeadas y violadas o sufren violencia verbal. Este es el papel tradicional que la mujer indígena debe respetar hoy. Es por eso que el trabajo que estamos haciendo aquí es un trabajo sobre la conciencia de que las mujeres son sujetos de derechos y no solo de abuso, que todas las mujeres pueden expresar su disidencia o consentimiento y que ellas pueden ver su disidencia expresa no castigada violentamente. Pero es muy difícil para las mujeres alcanzar este objetivo. Están encasillados en roles tradicionales muy fuertes. C: La tradición es muy fuerte ...

Mari: Sí, la tradición es muy fuerte y no se puede modificar fácilmente. Los roles tradicionales son fuertes y no dejan lugar a alternativas, la mujer no puede salir de compras sola al mercado porque se burla y dice de ella que provoca y anda buscando un marido, que es una mujer "de camino", siempre debe ir al mercado acompañada, si ella se ríe con sus amigos se burla de los hombres que la consideran superficial y provocativa.

C: ¿Qué debe hacer una mujer por tradición?

Mari: La mujer es vista tradicionalmente como madre, alma de casa, esposa y cuando sale de sus roles tradicionales, es una mujer que provoca, que juega, es una mala mujer, es una mujer que da miedo, una provocadora.

C: ¿Cómo experimentaste esto dentro de su familia?

Mari: La familia no es un lugar acogedor y abierto donde poder ser conscientes de nuestros derechos y nuestra libertad de ser lo que queremos y podemos, la familia es un lugar oscuro y cerrado, es un lugar de privación emocional, donde se cuida a los niños solo en sus necesidades básicas "cuando uno tiene arroz y frijoles para comer esto lo suficiente", dicen las madres. Pero no son escuchados, no hablan de sufrimiento o problemas. Los padres son generalmente duros, son quienes dicen cómo vivir, pero no escuchan, no consuelan y consideran estas cosas no solo superfluas sino también negativas. Los padres no son las personas en las que hay que confiar. Las madres a veces son un poco más permisivas, pero no mucho ... los padres son solo padres-padrones que ordenan y piden. Y las mujeres sufren mucho, pero

íntimamente, mueren con sus abusos y sus tristezas que se guardan en su interior y que son profundas, mueren recordando la violencia, los golpes, las malas palabras ...

C: ¿Pero hay algo que reconozca como positivo acerca de sus raíces culturales?

Mari: Hay una parte de los usos y costumbres indígenas que tienen lados positivos. El respeto se enseña en las comunidades ...

C: ¿Enseñamos respeto por quién?

Mari: Por la naturaleza, por los campos de maíz que deben cultivarse con específicos rituales, por el agua que es importante para la vida. Para los ancianos, los mayores deben ser respetados, debemos hacer que vayan primero si los encontramos en la calle, les damos permiso, estas cosas me parecen positivas ... Pero existe el otro lado de la tradición. La mujer no está en la esfera del respeto, la mujer no es respetada como un individuo, pero ni siquiera como un objeto...Las mujeres tienen miedo, pero los hombres también tienen miedo de quedarse sin mujeres, las mujeres son funcionales para la familia, fundamentales. Los hombres solitarios no saben cómo o qué hacer, necesitan el apoyo y el trabajo de las mujeres. No saben cómo hacerse tortillas ... por esta razón, cuando una mujer muere, ellos buscan inmediatamente otra ...

C: ¿Y el amor?

Mari: El amor tal como lo entiendes tu no existe, si te refieres al amor, el respeto, la comprensión, la aceptación. No existe, pero de todos modos hay una parte de cariño. Creo que los hombres y las mujeres se aman, pero que no expresan su amor, si lo hay está súper escondido, no se puede ver, lo que ves es violencia, agresividad, abusos, pero amor, complicidad y respeto no se ven. Hay privación afectiva, ignorancia afectiva, los sentimientos se expresan con agresividad, sufrimiento y dolor.

C: ¿Cómo se construye una mujer en relación con su maternidad? ¿Cómo ves convertirte en madre?

Mari: La maternidad es algo normal, una mujer nace para quedar embarazada, así que cuando queda embarazada es algo normal, no se percibe a sí misma de otra manera porque desde que era una niña estaba preparada para esto, la maternidad no es un momento especial en la vida de una mujer, es por lo que sucede en el cuerpo y en el alma, pero no es en el sentido social, cultural. Las mujeres embarazadas no se consideran con más atención, respeto y precaución porque las mujeres vienen al mundo por esto y deben saber cómo hacerlo.

C: ¿Se dan cuenta de que el cuerpo está cambiando?

Mari: La relación con su cuerpo no cambia, no preguntan por qué está cambiando su cuerpo, no preguntan por qué, porque es un hecho natural y normal, no hacen preguntas, así es y así debe ser. Van a trabajar, recogen leña, van al campo hasta los últimos días antes de dar a luz ...

Mari: Antes las cosas fueron mucho peores, ahora ya están cambiando, están cambiando un poco. Antes era mucho peor. Aquí, para muchas mujeres jóvenes, el niño en el vientre no es algo que se ha querido o deseado, pero es algo que ha sucedido, sigue siendo un peso que da miedo y que fue el resultado de la violencia o que sucedió por casualidad. Ser madres no es una alegría o una elección, es un hecho que se vive sin sueños, sin romance, sin la posibilidad de soñar con cosas románticas ... pero es algo que crea preocupaciones y da miedo.

C: Usaste la palabra miedo muy a menudo ...

Mari: Las mujeres tienen miedo de los hombres por eso prefieren no quejarse y estar en silencio. Los hombres también temen que las mujeres cambien y, por esta razón, no agradecen los seminarios sobre la violencia o educación sexual que hacemos. Y es por eso que no se puede hablar con ellos sobre la planificación familiar o el uso de condones o algo así, no se habla de estas cosas en las familias ... Es por eso que muchos proyectos de educación sexual en las comunidades fracasan o ni siquiera se inician.

C: Hablando de parto ... el parto es un momento doloroso ... pero ¿estás expresando sufrimiento de loro?

Mari: Las mujeres sufren y sufren mucho en el parto, el parto es doloroso para todos. Las mujeres no hablan sobre el dolor del parto porque es normal, pero relacionado con el dolor existe la sensación de no ser capaz de vivir el dolor en silencio, las mujeres que gritan no se consideran buenas madres, dignas de dar a luz y tener hijos, apoyar y vivir sin quejarse, discutir o cuestionar. A veces son regañadas...

C: ¿cómo ves los partos difíciles?

Mari: Muy a menudo las mujeres se sienten no solo culpables, sino también inadecuadas o sienten que su sufrimiento está relacionado con fallas o errores que cometieron en el pasado con sus padres o con sus hijos cuando eran jóvenes. Los partos difíciles están asociados con la culpa y la idea de no ser adecuadas...Por esta razón, la partera en el hogar comunitario brinda asistencia psicológica a las mujeres, para que se expresen y para garantizar que puedan crear una relación íntima con sus hijos, consigo mismas y con el embarazo, que se vean a sí mismas y que vean el embarazo como algo diferente y que expresar estos sentimientos es útil para crear un vínculo positivo madre-hijo. ¡Es muy difícil cambiar esto en tan poco tiempo, pero algunas mujeres logran hacerlo y regresan aquí para escuchar los seminarios sobre violencia!

Mari racconta del rapporto complesso e contraddittorio che sente nei confronti della sua comunità di origine. Il suo improvviso allontanamento dalla famiglia in cui era cresciuta è stato un episodio che ha segnato in maniera importante la sua vita di giovane donna e madre, al quale hanno fatto seguito sofferenze e traumi che ancora oggi Mari sente irrisolti. Nonostante ciò, lei pare consapevole che il brusco allontanamento dalla sua famiglia di origine abbia positivamente influito sul suo percorso di crescita grazie al quale ha raggiunto una piena autonomia relazionale, affettiva ed economica. Sembra comunque viva con un certo grado di ambivalenza l'aver lasciato un ambiente rurale pressoché isolato, dove i ritmi di vita e le attività lavorative seguono i ritmi stagionali e sono meno frenetiche rispetto a quelle urbane.

Nelle comunità rurali la prossimità relazionale tra i membri della famiglia e della comunità è, soprattutto per le donne, un canale fondamentale attraverso cui viene garantito il loro sostentamento materiale e quindi la loro sopravvivenza; tuttavia, com'è parso chiaramente dalla storia di vita di Mari, la famiglia può diventare un luogo opprimente in cui vengono perpetrate violenze e mascherati abusi di vario genere. Lei stessa ritiene opportuno in questi casi, lasciare deliberatamente la comunità, nonostante per le donne ciò comporti il dover affrontare il rischio di rimanere senza una fonte di sostentamento.

Il doversi ricostruire una vita in un ambiente urbano sconosciuto, percepito spesso inizialmente come ostile e molto diverso da quello comunitario che avevano appena lasciato, ha rappresentato una complessa sfida per molte donne indigene migranti, sole e senza risorse. Tuttavia l'aver iniziato una nuova vita all'interno di un ambiente urbano vivace e multiculturale com'è quello di San Cristobal, ha dato ad alcune donne come Mari la possibilità di entrare in contatto e di sperimentare modelli di vita, di relazione, di consumo completamente diversi da quelli tradizionali, favorendo una presa di consapevolezza dei limiti dei modelli educativi, relazionali, emozionali e di genere tradizionali, in cui queste donne erano cresciute.

La migrazione seppur con risvolti non sempre indolori, è un percorso a cui spesso segue una profonda negoziazione dei modelli culturali, dei ruoli sociali e di genere più tradizionali, negoziazione

C: ¿Vuelves a la comunidad a veces?

Mari: ... no veo muchos cambios, no me parece que las cosas están cambiando, todo es muy difícil, las novedades en las familias no son aceptadas, mis hermanos se ríen de lo que digo, por eso no quiero volver a la comunidad. Me gustaría volver por un lado, pero por el otro lado no quiero que mi hija Camilla crezca con esa pesadez y con esas dificultades, así que no volveré...Las mujeres no solo no pueden elegir a su esposo, sino que ni siquiera pueden elegir y luchar para ser herederas de un pedazo de tierra que la familia debería darles, no son herederas de nada, no tienen y no son nada, se convierten en algo definido sobre cómo cocinan tortillas y frijoles y cuántos niños hacen.” Note di campo, San Cristóbal de Las Casas, dicembre 2017.

dalla quale, come nel caso di Mari, può scaturire un sentimento di netta opposizione e di rifiuto dei valori, degli usi e dei costumi tradizionali. Ricordando quindi le parole decise di Mari (...) “non torno con piacere nella comunità. Vorrei ritornarci da un lato, ma dall’altro non voglio che mia figlia Camilla cresca in quel clima violento e con tutte quelle difficoltà, per questo non tornerò”, emerge nettamente il suo rifiuto di ritornare a vivere nel luogo in cui era nata, rifiuto a cui ha fatto seguito un distacco definitivo dalla sua famiglia di origine.

Com’è stato per Mari, qualora la gestazione coincida con il percorso di migrazione o ne rappresenti il movente, la compresenza dei due fenomeni, può facilmente determinare l’acuirsi della vulnerabilità sociale e materiale delle donne indigene migranti; queste spesso affrontano le prime fasi della migrazione senza ricevere nessun sostegno materiale della famiglia, che era preposta a garantirne la sopravvivenza durante la gravidanza e soprattutto all’insorgere di complicazioni improvvise nei nove mesi di gestazione, nel parto o nel puerperio.

L’essere contemporaneamente donne, indigene, migranti, sole e in fase di gestazione incide quindi sull’alto grado di problematicità che queste devono affrontare e aumenta la vulnerabilità sociale, economica e fisica di coloro che la vivono.

La storia di Mari, però rivela assieme all’importante grado di fragilità relazionale, emotiva e di precarietà economica che la giovane donna ha vissuto quando ha dovuto lasciare la sua famiglia, i miglioramenti che a lungo termine hanno fatto seguito alla migrazione stessa. Quando l’ho conosciuta, Mari mi è parsa una donna forte, determinata, sicura di sé, attivamente impegnata socialmente e molto attenta nell’educazione della figlia; è ad oggi un importantissimo punto di riferimento presso l’Hogar Comunitario: gestisce i seminari settimanali sulla violenza di genere e sull’emancipazione femminile, coordina le attività di artigianato che si tengono nel centro, si rende disponibile ad aiutare le gestanti ospiti presso l’Hogar nei compiti domestici (lavare i panni, cucinare, fare la spesa), aiutandole anche ad affrontare i primi passi che devono compiere una volta “dimesse” dopo il parto (cercare una casa, un lavoro, inserire i figli a scuola, registrarli all’anagrafe e quant’altro).

Mari è inoltre madre di Camilla, la sua seconda figlia di circa 12 anni, alla quale dedica molte attenzioni e tempo; Camilla è una giovane ragazza molto indipendente e autonoma che frequenta spesso l’Hogar dando il suo contributo nelle attività quotidiane che al suo interno vengono svolte.

8.5 Carmen: la forza della disobbedienza

“Non tornerei mai indietro, sto meglio ora che sono sola e indipendente a livello economico, che riesco a badare a me stessa e alla mia famiglia senza chiedere niente a nessuno”. Carmen, San Cristóbal de Las Casas, note di campo, 2018

Carmen è stata la prima donna ad avermi raccontato nel dettaglio gli episodi di violenza che aveva vissuto durante la relazione con il suo ultimo compagno, padre della sua figlia più giovane, dopo aver avuto un altrettanto burrascoso rapporto con il padre naturale della primogenita.

Quando incontro Carmen è una donna di circa 45 anni, con due figlie, volutamente nubile; vive nella periferia di San Cristóbal in una casa in affitto modesta ma, come evidenzia lei stessa nel nostro primo incontro, completa di tutto il necessario. Svolge differenti lavori che la rendono autonoma economicamente, non dipendente dai soggetti di sesso maschile della sua famiglia di origine: ripara vestivi a casa, produce e vende formaggi di capra al mercato, svolge lavori domestici qualche ora alla settimana in una famiglia messicana *mestiza* e benestante di San Cristobal. Il fatto che sia ormai una donna indipendente a livello economico, sia dalla famiglia che dal precedente compagno, la rende sicura di sé, gratificata e, soprattutto, determinata a non voler cambiare il suo stile di vita di donna nubile.

Rispetto ad altre ragazze, che faticavano a raccontarmi di questioni intime legate alle loro relazioni violente con i coniugi, Carmen sembra a suo agio quando le pongo alcune domande relative alla sua sfera privata; condivide con me le angherie da lei subite con uno sguardo lucido e diretto a denunciare le violenze e gli abusi sessuali che aveva dovuto sopportare durante la sua vita e verso cui non era riuscita a opporsi con facilità.

Carmen ha avuto due figlie a distanza di molti anni l'una dall'altra; la prima gravidanza, vissuta all'età di 19 anni, è stata portata a termine con un intervento cesareo, che Carmen ricorda poco e di cui parla malvolentieri. Asserisce diverse volte, ricordando la sua prima gestazione, che a quel tempo era molto giovane e poco consapevole, che il suo compagno di allora era un suo coetaneo che conosceva bene da lungo tempo e che rispettava profondamente. Nonostante Carmen lo stimasse e ricordasse quella relazione come basata su reciproca fiducia e rispetto, quando rimase incinta lui le confessò che, oltre alla relazione con lei, aveva un'altra famiglia con altri figli da dover mantenere, cosa che le aveva tenuto nascosta fino a quel momento.

Questa menzogna è ciò che, a detta di Carmen, determinerà l'insorgere dei primi problemi nella relazione e porterà alla decisione presa dal compagno di terminarla bruscamente, nonostante Carmen fosse già incinta di qualche mese. La ragazza si trova quindi sola, gravida e lontana dalla famiglia di origine a causa della sua precoce migrazione in città.

A quel tempo, Carmen viveva già a San Cristóbal, dove faceva qualche lavoro saltuario come domestica. Durante la chiacchierata si giustifica per gli errori commessi a quel tempo e ripete spesso:

ero così giovane, così giovane quando conobbi il mio primo compagno che abbiamo commesso molti errori, soprattutto non abbiamo usato mai precauzioni. Per questo sono rimasta incinta.

Abbiamo deciso di separarci perché lui mi aveva mentito, aveva un'altra famiglia, ma lui non smise di cercarmi e dopo qualche mese mi disse che voleva tornare con me ma io non volevo. Io ero incinta e la fortuna fu che per qualche mese della mia gravidanza lui mi aiutò con gli alimenti³¹⁸.

Nonostante il primo compagno avesse tenuto nascosto a Carmen il fatto che aveva un'altra famiglia, Carmen me ne parla ricordandolo con molto affetto, conservando una buona opinione e una certa stima nei suoi confronti, soprattutto mettendolo in relazione con il rapporto che aveva con il secondo compagno. Dice:

Lui mi rispettava come donna e come essere umano, non mi picchiava, non era machista e non mi sgridava come fanno molti uomini. Lui non beveva³¹⁹.

A un certo punto, però, lui decide di emigrare negli Stati Uniti per lavoro, abbandonando anche la sua seconda famiglia, e Carmen ne perderà definitivamente le tracce.

Successivamente mi racconta del secondo compagno, padre della sua seconda figlia che è oggi adolescente e vive con la mamma, come la primogenita Irene, che è già mamma di una bambina di quasi un anno.

³¹⁸ "Ero tan joven en aquel momento, tan joven cuando conocí a mi primer esposo, que cometimos muchos errores, sobre todo, nunca tomamos precauciones. Por eso me quedé embarazada. Decidimos separarnos porque me mintió, tenía otra familia, pero no dejó de buscarme y después de unos meses me dijo que quería volver conmigo pero yo no quería. Estaba embarazada y la suerte fue que durante unos meses de mi embarazo me ayudó con la comida..." Note di campo, San Cristóbal, marzo 2018.

³¹⁹ "Me respetaba como mujer y como ser humano, no me golpeó, no era machista y no me regañó como hacen muchos hombres. No bebí", Ibidem.

Quando Carmen mi parla della sua seconda relazione, più recente, matura e duratura rispetto alla prima, si rabbuia, sente un forte malessere nel rivivere alcuni dei momenti più difficili della sua vita ricordando le sofferenze provate; l'espressione del suo volto cambia, così come si modifica la sua gestualità, che rivela la memoria dei pesanti tormenti vissuti all'interno della sua prima relazione. Carmen utilizza spesso la parola machismo asserendo:

Il machismo esiste, certo che esiste! Qui è molto diffuso! Tutti gli uomini qui sono machisti. È l'uomo che comanda e che vuole comandare da solo su tutto. Questo è il machismo e se una donna si oppone, viene picchiata o spesso abbandonata. In tutte le famiglie ci sono uomini machisti e purtroppo in queste famiglie molto violente e machiste è un circolo vizioso perché accade molto spesso che i figli seguiranno le orme dei padri³²⁰.

Carmen lega il machismo e la violenza all'abuso di alcol, una pratica che lei ritiene essere molto diffusa nella comunità maschile indigena in Los Altos; Carmen si mostra visibilmente preoccupata rispetto al fatto che molti figli maschi assumono dai padri l'abitudine di bere, pensando che sia una tradizione virile che dimostra il valore assunto dagli individui di sesso maschile della comunità:

iniziano a uscire la sera, a bere, spendendo tutto il denaro che guadagnano, tornano a casa ubriachi come se fosse una cosa normale. Si sentono più "uomini" bevendo, credo³²¹.

In relazione ai comportamenti aggressivi che il suo compagno assumeva quando era sotto gli effetti dell'alcol, ricorda che quando rincasava la sera tardi, il più delle volte ebbro, e lei non gli faceva trovare cibo e bevande pronte in tavola, la maltrattava verbalmente e spesso capitava la percuotesse, minacciandola di abbandonarla qualora si fosse ribellata. Capitava che quando il compagno era ebbro, Carmen doveva concedersi alle sue avance per paura di essere picchiata o abbandonata.

³²⁰ "El machismo existe, por supuesto, existe y está muy extendido aquí. Todos los hombres son machistas. Es el hombre quien manda y quien quiere mandar todo por sí mismo. Esto es machismo y si una mujer se opone, es golpeada o abandonada. En todas las familias hay hombres machos y desafortunadamente en estas familias es un círculo porque los niños seguirán los pasos de los padres." Ibidem.

³²¹ "Comienzan a salir por la noche, beben, gastan todo el dinero que ganan, regresan a la casa borrachos como si fuera algo normal. Se sienten más "hombres" bebiendo, creo." Ibidem.

A partire da un certo momento in poi, in particolare dopo aver avuto la sua seconda figlia, in casa di Carmen cominciarono a transitare diverse donne oltre a lei; “el era un *mujeriego*”, un dongiovanni, diremmo noi, e nonostante avesse provato a opporsi a queste sue nuove abitudini sessuali in svariati momenti, il più delle volte chiudeva un occhio per evitare l’insorgere di ulteriori sue reazioni violente. Non la rispettava, le diceva che ormai era vecchia, brutta e che non valeva più nulla, che non era più una donna desiderabile:

[...] il mio compagno, in un preciso momento della relazione, già non mi voleva più, non voleva più venire a letto con me e nemmeno avere relazioni sessuali con me, mi diceva che dopo il parto il mio corpo era diverso e che ero cambiata, non gli piacevo più. Io ho iniziato a soffrire tantissimo, mi sono sentita vecchia e brutta, ho sentito davvero che il mio corpo era diverso e che io non valevo nulla. Piangevo spesso da sola. Da un certo punto in poi, iniziò a portare altre donne a casa, donne più giovani e, se provavo a lamentarmi, mi picchiava. Mi prendeva a parolacce, soprattutto quando rientrava dopo aver bevuto. La mia autostima cominciò a diminuire, come se nessuno mi volesse e come se io non valessi nulla. Avevo anche molta paura. Questo periodo difficile durò a lungo (...). Io non sapevo cosa fare, volevo lasciarlo ma non volevo che le mie figlie perdessero loro padre. Un giorno però presi coraggio e fui io a picchiarlo! Con una padella l’ho picchiato in testa e in faccia. Mi ha visto così tanto arrabbiata quel giorno che se ne andò per sempre e non ritornò più. Si rese conto di quello che aveva fatto credo (...). E non tornò più³²².

Ricorda che il marito aveva abusato sessualmente di lei diverse volte nel corso della loro relazione, che quando era sotto gli effetti dell’alcol, nonostante le dicesse che non la vedeva più attraente, voleva comunque avere relazioni sessuali con lei; questi episodi hanno iniziato a far sentire Carmen impotente, impaurita e depressa, “sin vida”, asserisce.

Quando lui era ubriaco e voleva avere relazioni con me, io spesso non riuscivo a oppormi perché lui mi prendeva con la forza.

³²² “Mi pareja en un momento específico de la relación ya no me quería, ya no quería acostarse conmigo ni tener relaciones sexuales conmigo, me dijo que después del nacimiento mi cuerpo era diferente y que había cambiado, no gustaba más a él. Empecé a sufrir tanto, me sentí vieja y fea, realmente sentí que mi cuerpo era diferente y que no valía nada. A menudo lloraba sola. Desde un cierto punto comenzó a traer a otras mujeres a casa, mujeres más jóvenes, y cuando traté de quejarme, me golpeó. Solía maldecirme, especialmente cuando regresaba después de beber. Mi autoestima comenzó a caer, como si nadie me quisiera y como si yo no fuera nada. También tenía mucho miedo. Este momento difícil duró mucho ... No sabía qué hacer, quería dejarlo, pero no quería que mis hijas perdieran a su padre. ¡Pero un día tomé coraje y fui yo quien lo venció! Con un sartén lo golpeé en la cabeza y la cara. Me vio tan enojada en ese día que se fue para siempre y nunca regresó. Se dio cuenta de lo que había hecho, creo...y nunca volvió.” Ibidem.

Questa situazione durò diversi anni, fin quando Carmen riuscì a opporsi con altrettanta veemenza, mandandolo via di casa. Lui non tornò più.

adesso sto bene, sola, senza nessun uomo che mi dia fastidio. Faccio ciò che voglio e vivo qui con le mie figlie. Però a quel tempo ero triste, molto triste, mi sentivo senza vita, come se fossi una donna inutile. Alcuni uomini sono cattivi, meglio stare sole. Questo dico alle mie figlie. La mia figlia maggiore stava anche lei con un uomo violento, sentivo che a volte la picchiava anche a casa, ma un giorno ho sgridato così tanto quel giovane che sembra che abbia capito e che ora non la picchi più³²³.

Carmen ha lasciato la sua comunità rurale di origine quando era ancora una bambina, non in seguito ad abusi e violenze familiari, ma perché i genitori a causa delle ristrettezze economiche in cui si trovavano avevano spinto alcuni dei figli, tra cui lei e la sorella, ad andarsene in cerca di un lavoro. Così Carmen in tenera età è stata mandata da una lontana parente residente a San Cristobal, assieme alla sorella di poco più grande. Ha iniziato a lavorare in città come donna di servizio, chiedendo ospitalità ad alcune famiglie benestanti in cambio di vitto, alloggio e servizi domestici.

Carmen durante la sua vita ha cambiato diversi lavori avendo sempre dovuto mantenersi senza l'aiuto economico di genitori e familiari; quando la conosco riconosce con orgoglio di essere una donna indipendente dal punto di vista materiale, capace di pagarsi autonomamente l'affitto e di mantenere le figlie senza dover dipendere dalla relazione con uomini che per tradizione dovrebbero occuparsi del sostentamento della compagna e dei figli.

Carmen ha lavorato spesso con stranieri, tra cui un ristoratore italiano, una pasticciera tedesca e una venditrice di formaggi argentina, con la quale tutt'ora collabora; questi rapporti lavorativi con soggetti di diverse nazionalità, che in alcuni casi sono diventati anche amicali, hanno reso Carmen una donna molto più aperta rispetto ad altre che ho conosciuto in campo, perfettamente a suo agio nell'intavolare discussioni con persone estranee a lei sia culturalmente che linguisticamente.

Il fatto di aver assimilato esperienze variegata ed estremamente diverse rispetto a quelle che avrebbe vissuto se fosse rimasta all'interno della sua famiglia e cultura di origine, ha permesso a Carmen di

³²³ "Pero ahora estoy bien, sola, sin ningún hombre que me moleste. Hago lo que quiero y vivo aquí con mis hijas. Pero en aquel momento estaba triste, muy triste sin vida me veía, sin fuerza, con mucho miedo, una mujer inútil. Algunos hombres son malos, mejor estar solas. Les digo a mis hijas. Mi hija mayor también estaba con un hombre violento, que sentía que a veces incluso la golpeaba en casa, pero un día lo regañé tanto a ese joven que parece haberlo entendido y ahora ya no la golpea mas..." Ibidem.

emanciparsi dalle norme culturali comunitarie in cui era cresciuta che imponevano alla donna di restare confinata entro le mura domestiche. Ciò che racconta e condivide Carmen è quindi una storia che oltre ad essere stata segnata da momenti di difficoltà estrema, segue una parabola di emancipazione, libertà ed autonomia che probabilmente non avrebbe vissuto se non avesse migrato a San Cristobal.

Si è scelto di riportare alcuni dettagli della storia di vita di Carmen anche perché un tema che con lei è stato affrontato a lungo è quello relativo alla violenza domestica; descrive difatti la sua relazione con il secondo compagno annettendo alla narrazione dettagli intimi della vita di coppia che non mi è capitato mi venissero raccontati spesso in altre interviste. Ciò mi ha permesso di intuire quanto sia stato annichilente per Carmen avere accanto un compagno violento, dichiaratamente poligamo, fortemente machista e aggressivo nei suoi confronti. Carmen si confessa e mi fornisce una chiara evidenza del fatto che la prevaricazione degli uomini sulle donne è estremamente diffusa nelle famiglie di Los Altos, prevaricazione che varia dall'essere di tipo fisico, verbale, sessuale e che esautorava spesso la donna della capacità e della forza di ribellarsi.

Dalla storia di Carmen si evince che lei era riuscita ad opporsi alle angherie e alle vessazioni che il compagno agiva quotidianamente, allontanandolo definitivamente da casa; il fatto di essersi liberata di lui è un forte motivo di orgoglio per Carmen. E' un atto che la distingue dalla maggior parte delle donne indigene di Los Altos che spesso non solo non riescono a contrastare le vessazioni che subiscono quotidianamente, ma sembrano a volte non sapere nemmeno come identificarle.

La sicurezza e la determinazione acquisite da Carmen si rivelano strumenti utili per opporsi alla relazione di coppia altrettanto violenta che stava vivendo la sua primogenita di poco più di vent'anni: Carmen difatti minacciò il ragazzo di sua figlia che avrebbe sporto denuncia se si fossero ripresentati episodi di pestaggio a danno della ragazza.

I frammenti di interviste che ho riportato nel testo, rilasciati da Mari e Carmen sono una preziosa testimonianza del modo in cui la violenza domestica e familiare si è manifestata nelle loro vite, del fatto che spesso venga taciuta dalla famiglia e dal compagno, naturalizzata e quindi difficilmente denunciata da colei che la subisce.

Le loro storie sono però state scelte come esempi ben rappresentativi di una serie di problematiche collaterali alla mera violenza (abbandono, vulnerabilità sociale ed economica, gravidanze indesiderate) che colpiscono maggiormente i soggetti indigeni di sesso femminile, la cui ampia

diffusione nell'area di Los Altos è stata accertata da diverse autorevoli e recenti fonti (Freyermuth-Enciso, 2014, 2013, 2010).

Gli abusi domestici, il contesto familiare e sociale ostile in cui molte giovani ragazze crescono e diventano donne, mogli e madri, incide sul grado di autostima che queste possiedono e sulla possibilità che riescano a sporgere denuncia; il fatto che le donne adolescenti indigene siano soggetti molto vulnerabili e assieme invisibili, sono fattori che riducono le possibilità che hanno di denunciare gli abusi e le violenze subite, che vengono così omertosamente silenziate e perpetrate.

L'educazione che le donne indigene ricevono all'interno della famiglia si costruisce attorno al valore differenziale attribuito ai soggetti di sesso femminile e maschile, ed è nella coppia e nel nucleo domestico che il suddetto valore si traduce in una maggiore vulnerabilità e invisibilità dei soggetti femminili rispetto a quelli maschili, fattori che, oltre a influire sulla diffusione incontrastata delle violenze, limitano la possibilità che le donne hanno di ricevere una tutela della loro salute sessuale e riproduttiva durante la loro vita e la gravidanza.

Attraverso le storie di Carmen e di Mari si evince che il percorso di migrazione che queste hanno intrapreso sia stato per loro fondamentale perché gli ha fornito un ventaglio maggiore di strumenti pratici e cognitivi grazie ai quali hanno potuto affrontare più efficacemente le difficoltà relazionali, economiche, affettive che si sono presentate nelle loro vite. Le due donne anche grazie al periodo trascorso a San Cristobal, in stretto contatto con realtà associative, lavorative e culturali eterogenee, hanno intrapreso un percorso di autonomia ed emancipazione complesso, ma dal valore inestimabile.

Grazie alle parole di Carmen e Mari abbiamo la possibilità di riconoscere l'esistenza di uno spazio di agency femminile entro il quale vengono ridisegnate le relazioni di coppia e di genere, i rapporti genitoriali, quelli lavorativi, amicali e i linguaggi emozionali attraverso cui le donne si esprimono.

A San Cristobal la vita di quelle donne che brutalmente o deliberatamente hanno dovuto migrare in città segue un corso profondamente differente rispetto a quello che avrebbe preso se fossero rimaste nelle loro comunità indigene rurali; parafrasando le parole di Carmen e Mari, il significato che si è aggiunto alla loro esistenza ha il profumo della libertà di scelta, dell'autonomia e dell'emancipazione.

9 Postilla. Dall'ordine al non-ordine. Nuovi spazi espressivi femminili al tempo del *"nuevo vivir"*

9.1 Migrare: oscillare tra due mondi

È interessante chiedersi qual è la soglia a partire dalla quale iniziamo a vedere “*indios truchos*”³²⁴ e nello stesso modo quali sono gli standard sui quali ci basiamo per definirli, ricordando che Gramsci diceva che quanto più una cosa ci pare ovvia tanto più è ideologica³²⁵.

(Briones, 2006, p. 79)

Tanto nell’esperienza di molte donne come nei testi della letteratura contemporanea si possono incontrare messaggi carichi di rifiuto o di ambiguità nei confronti delle “*donne mutanti*”³²⁶.

(García 1973, p. 92, in Oliart, 1991)

L’esperienza della continuità personale (...) è illusoria. Quando consideriamo il flusso temporale dell’esperienza, osserviamo che gli individui ricostruiscono continuamente se stessi in nuovi sé in risposta agli stimoli esterni.

(Ewing, 1990, p. 258)

In questa fase finale della narrazione, si vorrebbe proporre un dialogo tra i cambiamenti sociali che interessano il contesto in cui è stata svolta la presente ricerca etnografica, i percorsi di migrazione intrapresi dalle donne indigene di Los Altos e i linguaggi emozionali femminili. La finalità vorrebbe essere quella di contrastare un’idea omogenea ed essenzialista dei linguaggi emozionali femminili, annettendo alla loro analisi elementi quali l’imprevedibilità e il non-ordine, che caratterizzano l’espressione emozionale delle donne che abbiamo intervistato.

³²⁴ Indigeni non autentici, posticci.

³²⁵ “Es interesante que nos preguntemos cuál es el umbral a partir del cual empezamos a ver «indios truchos», y asimismo cuáles son los estándares en que nos basamos para ello, recordando que Gramsci decía que cuanto más obvio algo parece, más ideológico es.”

³²⁶ “Tanto en la experiencia de muchas mujeres como en textos de la literatura contemporánea se pueden encontrar mensajes cargados de rechazo o ambigüedad hacia las “mujeres mutantes”.

Propongo quindi alcune considerazioni finalizzate a spingere la riflessione ad andare oltre la ricerca della coerenza dell'ethos del dolore indigeno, riconoscendo il potenziale di cambiamento, negoziazione e trasformazione che la migrazione femminile può contribuire a generare sui linguaggi che il soggetto utilizza per esprimere le proprie emozioni.

Come antropologa "di campo", resto convinta del fatto che il nostro compito non sia solamente quello di spiegare le ragioni culturali dell'esistenza di determinate pratiche sociali, abitudini o tradizioni, ma le considero elementi preziosi e utili sia per alimentare che per sfidare le nostre teorie. Produzione teorica, osservazione della pratica sociale, elaborazione dei dati raccolti sul campo e ridefinizione delle teorie di partenza dovrebbero essere attività praticate simultaneamente, con costanza e determinazione da noi antropologi.

Spesso abbiamo la tendenza a ingabbiare le pratiche e i linguaggi culturali altrui entro teorie antropologiche eccessivamente pulite e rigorose; questa diffusa inclinazione antropologica mi è parsa sempre più limitante e poco appropriata per affrontare il mio caso studio. Ho ritenuto essere molto più produttivo cercare di tenere assieme sia le coerenze che le incoerenze insite nelle pratiche e nei discorsi socioculturali, la cui variabilità puntualmente sfida le nostre teorizzazioni.

Sul campo non tutto può essere sistematizzabile o soggetto a categorizzazione; più l'analisi si avvicina al reale, più emerge la sensazione che vi siano delle componenti profondamente imprevedibili e indeterminate nel modo in cui i soggetti agiscono e si esprimono nel loro contesto sociale, soprattutto quando ci si riferisce alle emozioni.

Gli attori sociali si muovono in una zona liminale posta tra l'ordine e il caos, che Renato Rosaldo definisce efficacemente come spazio del *non-ordine* (1993, p. 160); il non-ordine, nell'opinione di Rosaldo, non è semplicemente uno stato di caos indifferenziato, ma ammette la possibilità dell'esistenza di un certo grado un margine di *incertezza* nei moventi dell'azione umana, tollerando la possibilità che i soggetti agiscano anche spinti dall'improvvisazione in modi non del tutto voluti o previsti. Riconoscere che esista uno spazio di non-ordine è un atto strategicamente funzionale a pungolare le rigide e ordinate cornici teoriche in cui spesso pretendiamo di inserire i discorsi e le pratiche culturali altrui.

Nello specifico della presente ricerca, mentre, durante il campo, si stava facendo chiarezza sulla relazione esistente tra i linguaggi del dolore femminile e la richiesta di cura elaborata dalle gestanti in caso di emergenza nel parto, l'idea di definire rigidamente i caratteri dell'ethos del dolore femminile indigeno lasciava aperti svariati interrogativi e sollevava non poche criticità.

Riflettendo sulle storie di vita delle donne *tzotzil* e *tzeltal* che ho raccolto durante la ricerca, ho trovato certamente dei “motivi emozionali” ricorrenti connessi al modo in cui, all’interno della loro tradizione, vengono educate a esprimere le loro emozioni e a vivere i loro stati d’animo.

Nel campione di interviste che sono state sottoposte alle gestanti, le evidenti ricorrenze relative ad alcune loro espressioni emozionali (quali la tendenza alla sopportazione del dolore e alla repressione emozionale), mi hanno permesso di ipotizzare l’esistenza di fattori causali comuni, radicati e diffusi nel territorio delle comunità indigene chiapanecche che, condizionando le esistenze delle donne indigene *tzotzil* e *tzeltal*, influiscono anche sui loro linguaggi emozionali.

La povertà, il machismo, la violenza di genere, la rigida educazione impartita ai soggetti femminili, l’analfabetismo che colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini, sono solo alcuni dei fattori che insieme concorrono alla “fabbricazione” di un modello di donna remissiva, silenziosa, docile, ma che deve mostrarsi capace di sopportare le sofferenze per poter affrontare l’asprezza della vita negli altipiani del Chiapas.

Nelle interviste, le gestanti e madri che transitavano nell’*Hogar Comunitario* di San Cristóbal, sollecitate dalla mia curiosità sui discorsi relativi al dolore, mi hanno descritto i modi in cui si ritiene essere culturalmente più consono che le donne esprimano le loro emozioni e i loro stati d’animo tra cui il dolore e la sofferenza. Le mie “informatrici” mi hanno fornito svariati dettagli concreti, riportati in precedenti sezioni del testo, relativi alle usanze con cui le levatrici tradizionali e le donne anziane delle comunità esercitano veri e propri atti di repressione emozionale e corporale sulle partorienti indigene; le gestanti, dimostrando di essere in grado di sopportare il dolore e di reprimere le sofferenze, danno prova del loro coraggio, della loro forza e della loro resistenza fisica e psichica, caratteristiche che la donna dovrebbe trasmettere alla prole.

Ho quindi raccolto una mole sufficiente di elementi tale da rendere possibile la ricostruzione dei tratti più salienti e visibili dei discorsi emozionali dominanti nelle comunità *tzotzil* e *tzeltal* limitrofe a San Cristobal³²⁷.

Il fatto che, presso l’*Hogar*, io abbia avuto la possibilità di osservare direttamente i complessi linguaggi verbali, corporei ed emozionali attraverso cui le gestanti indigene si esprimono, soprattutto durante il travaglio e il parto, ha rivelato un quadro molto più complesso e sfaccettato rispetto a quello che era stato desunto dall’analisi delle loro descrizioni verbali.

³²⁷ Ricordiamo che questi erano incentrati sull’idea che la donna indigena debba reprimere le emozioni e “aguantar el dolor” (sopportare il dolore), nel corso dell’intera sua vita e, soprattutto, nel parto.

Una volta dimostrata l'effettiva influenza che il modo di esprimere il dolore femminile aveva sulla richiesta di cura delle gestanti (soprattutto primipare, giovani e inesperte), è stato quindi necessario fare un passo indietro; all'idea che vi fosse un modo corretto e coerente per esprimere il dolore femminile *tzotzil* o *tzeltal* sono stati annessi quegli elementi *disordinati* e *poco prevedibili* che realmente caratterizzavano l'espressione emozionale femminile durante le ore del travaglio e durante il parto.

Mari, la levatrice tradizionale del'*Hogar*, in un'intervista mi spiega che generalmente le donne indigene sono emotivamente trattenute nel travaglio, nel parto e nel puerperio a causa dell'educazione repressiva che ricevono nelle loro famiglie di origine; tuttavia, la sua esperienza ventennale come levatrice tradizionale le ha permesso di riconoscere l'estrema variabilità e imprevedibilità dei linguaggi emozionali di ogni singola gestante. Difatti Mari mi spiega:

[...] mi sono capitate donne che urlano e gridano nel momento del parto, alcune arrivano anche a dire parolacce dal dolore, poi ce ne sono altre che rimangono in silenzio, senza dire nulla, senza esprimere neanche un'emozione (...). Molte delle donne che chiedono ospitalità all'*Hogar Comunitario* non sanno cosa vuol dire esprimere la loro opinione, manifestare le loro esigenze o i loro desideri, le donne indigene nelle comunità sono delle pedine utili a soddisfare le esigenze degli altri, ma non hanno valore come singoli individui, non sanno dire "io" e questo si vede soprattutto quando sono malate, quando stanno soffrendo fisicamente, quando hanno bisogno di aiuto, quando durante il travaglio hanno sete o hanno bisogno di assistenza, quando si sentono male e devono essere portate all'ospedale. A volte prima di lamentarsi svengono, perdono i sensi. Per me, come levatrice tradizionale, a volte è molto difficile seguire le donne indigene nel parto, perché non si esprimono adeguatamente, non dicono e non chiedono nulla, non esprimono il loro dolore e le loro sofferenze; io quindi devo stare attenta a tutta un'altra serie di elementi non verbali, devo stare attenta al linguaggio del corpo, perché loro non dicono nulla, sono state abituate a tacere e sopportare in silenzio. Non possiamo dire che tutte soffrono allo stesso modo! Ci sono molte differenze, oltre alle somiglianze³²⁸!

³²⁸ "He escuchado a mujeres gritar en el momento del parto, algunas incluso llegan a decir malas palabras por el gran dolor, luego hay otras que guardan silencio, no dicen nada, sin expresar incluso una emoción (...): Muchas de las mujeres que vienen a la comunidad Hogar no saben lo que significa expresar su opinión, expresar sus necesidades o deseos, las mujeres indígenas en las comunidades son peones útiles para las necesidades de los demás, no tienen una singularidad, no pueden decir "Yo" y esto se ve cuando están enfermas, cuando están sufriendo físicamente, cuando necesitan ayuda, cuando están en el parto y tienen sed o necesitan asistencia, cuando están perdiendo su fuerza en el trabajo de parto y tienen que ser trasladados al hospital. A veces se desmayan antes de quejarse, pierden el conocimiento. Para mí, a veces es muy difícil seguir a las mujeres indígenas en el parto, porque no se expresan, no dicen nada, no piden nada, no expresan dolor, tengo que estar atenta a otro conjunto de elementos, tengo que tener cuidado con lenguaje corporal, porque no dicen nada, se han acostumbrado a guardar silencio y aguantar en silencio el dolor. ¡Pero de todos modos no podemos decir que todos sufren de la misma manera! ¡Hay diferencias, pero también similitudes!", Note di campo, San Cristóbal, novembre 2018.

Dall'analisi della complessità e dell'estrema variabilità dei dati desunti dall'osservazione delle pratiche emozionali delle gestanti, si intuisce che costruire un discorso monolitico attorno ai loro linguaggi emozionali, fisserebbe l'identità delle donne e le loro voci entro canoni troppo rigidi che riproducono uno sguardo profondamente forzato e oggettivante sull'Altro. Così facendo l'etnografia non renderebbe conto dell'estrema variabilità dei comportamenti individuali e dei linguaggi emozionali soggettivi.

Un elemento la cui rilevanza ha segnato in maniera importante i risultati della mia ricerca -- che nelle interviste inizialmente è rimasto in secondo piano -- è connesso al riconoscimento del peso che assume il percorso migratorio intrapreso dalle donne *tzotzil* e *tzeltal* sui loro linguaggi emozionali. La migrazione è un processo attraverso cui il soggetto negozia i modelli culturali tradizionali dai quali si è allontanato; molte donne migranti che ho intervistato hanno avuto la possibilità di accumulare nuove esperienze, grazie alle quali hanno apportato significative contro-narrazioni o narrazioni alternative ai linguaggi emozionali che avevano incorporato nelle loro comunità di origine. I contorni dell'ethos del dolore femminile indigeno, che sono stati delineati grazie agli elementi desunti dalle interviste³²⁹, hanno subito una profonda alterazione grazie all'apporto di nuove esperienze da parte di quei soggetti che hanno vissuto la migrazione.

La mia ricerca di campo è stata svolta interamente a San Cristobal; i soggetti della ricerca spaziavano dall'essere donne indigene migranti gestanti o neo madri che incontravo giornalmente o settimanalmente presso l'*Hogar Comunitario*, oppure donne indigene che erano migrate a San Cristóbal qualche tempo prima, in stato di gravidanza o già madri di altri figli, che sporadicamente visitavano l'*Hogar* partecipando agli incontri pubblici domenicali o frequentando il *bazar*³³⁰. Avendole conosciute quando si trovavano già in città, ho ricostruito a ritroso il loro percorso migratorio di allontanamento dalla famiglia; attraverso le loro storie di vita ho cercato di tenere assieme frammenti di racconti, vissuti personali, ricordi, ambientati all'interno delle comunità rurali di Los Altos, intrecciandoli ad altri che si riferivano alla vita che seguì il loro allontanamento dalla comunità.

Conoscere i soggetti della ricerca a San Cristobal è stato prezioso perché grazie al loro sguardo sulle comunità che avevano appena lasciato mi presentavano il processo di allontanamento e

³²⁹ Si sta facendo esplicito riferimento a quanto detto relativamente al fatto che le donne indigene *tzotzil* e *tzeltal* vengono educate a reprimere le emozioni a sopportare il dolore e le sofferenze.

³³⁰ Un mercato di vestiti di seconda mano che veniva gestito a turno dalle donne ospiti e che veniva però frequentato da molte donne esterne all'*Hogar*.

trasformazione che le aveva interessate; grazie all'esperienza di migrazione, i luoghi natii e le parole con cui vi facevano riferimento nelle loro narrazioni, venivano rivisitati e presentati attraverso lo sguardo di chi li aveva appena lasciati.

Per alcune donne appena arrivate all'Hogar i traumi che avevano accompagnato il loro allontanamento dalla città erano freschi e dolorosi; queste giovani donne, molte in stato avanzato di gravidanza, non avevano ancora accuratamente elaborato le esperienze violente che avevano segnato la loro migrazione dalla famiglia e dalla comunità di origine, che affioravano vivide e tormentate. Attraverso le narrazioni spesso confuse, caotiche, sofferte ed emotivamente coinvolgenti di queste donne migranti, ho dato valore alla loro singolare e personale visione dei cambiamenti che stavano vivendo una volta lasciata la comunità, leggendo le loro parole come preziose lenti attraverso cui indagare i mondi da cui provenivano e le loro trasformazioni.

Tutte le donne che hanno preso parte a questa etnografia vivevano con ambivalenza il rapporto con la loro comunità di origine: serbavano sentimenti contrastanti di rancore, rifiuto, ma anche di malinconia e rimpianto per aver lasciato uno stile di vita rurale più salutare e a contatto con la natura. Carmen che ormai da anni vive a San Cristobal mi spiega, per esempio, che le abitudini alimentari diffuse in città sono insalubri rispetto a quelle che vengono mantenute all'interno delle comunità:

oggi in città ormai tutti bevono *refrescos* e mangiano *galletas*, *papitas*, *sabritas*. Nelle comunità non è così; stanno arrivando anche lì questi nuovi alimenti ma è un processo più lento, mentre qui in città è più veloce. Nelle comunità si mangia meglio, i prodotti vengono raccolti dal campo, verdure, mais, fagioli, le donne fanno sempre le tortillas e con questi alimenti si può crescere bene, sani. Mentre nelle città no, le verdure non hanno lo stesso sapore e le persone vanno a *las tienditas* a comprare alimenti confezionati che non fanno bene, che non danno nutrimento (Carmen, note di campo, San Cristobal de Las Casas, novembre 2018)³³¹.

In molte chiacchierate informali affiorava la preoccupazione che coloro che vivevano a San Cristobal stavano assumendo uno stile di vita sempre meno salubre rispetto a quello che per lungo tempo aveva contraddistinto le comunità rurali di Los Altos. Al parlarmi delle abitudini che avevano perso,

³³¹ "Hoy en la ciudad todos beben refrescos y comen galletas, papitas, sabritas. En las comunidades no es así; estos nuevos alimentos están llegando también en las comunidades, pero es un proceso más lento, mientras que aquí en la ciudad es más rápido. En las comunidades comemos bien, los productos cosechados del campo, verduras, maíz, frijoles, las mujeres siempre hacen tortillas y con estos alimentos crecemos bien y de forma saludable. Mientras que en las ciudades no, las verduras no saben igual y las personas van a las tienditas a comprar alimentos envasados que no son buenos, que no nos alimentan bien".

modificato o integrato con altre, le donne intervistate si riferivano ad un profondo cambiamento del loro stile di vita, alla mutazione delle loro abitudini alimentari, relazionali, ai linguaggi con cui esprimevano le loro emozioni, alla dolorosa frizione identitaria che sentivano tra il voler assumere uno stile di vita urbano, moderno, *mestizo* piuttosto che abbracciarne uno più tradizionale.

Tuttavia, riconosco che pur avendo notato che il processo di allontanamento di alcune gestanti dalla loro comunità di origine le avesse rese più autonome, molte mantenevano comunque saldo il riferimento alle tradizioni in cui erano cresciute.

In che modo è, quindi, possibile giustificare la presenza sia dell'*agency* individuale, che può affiorare in maniera più netta durante il percorso migratorio, sia del legame che le donne indigene sentono nei confronti della tradizione culturale comunitaria che hanno lasciato?

Briones, all'interno del testo *Teorías performativas de la identidad y performatividad de las teorías* (2006), ci fornisce degli spunti di riflessione per poter sostenere l'intuizione emersa raccogliendo le storie di vita delle donne migranti, in cui si distacca chiaramente che le abitudini, i linguaggi emozionali femminili, il loro stile di vita oscillano tra le spinte di cambiamento condizionate dalla vitalità dell'ambiente urbano e l'adesione alla tradizione.

Briones ci propone una riflessione interessante sull'identità, che può essere applicata alle identità in trasformazione delle donne migranti che hanno preso parte alla presente etnografia, l'autrice ritiene che, nonostante già dagli anni Settanta l'antropologia costruttivista avesse cominciato a definire le identità non più come fisse e omogenee, bensì come *costruite, contrastive, situazionali, flessibili*, l'utilizzo in maniera automatica e poco critica di questa specifica terminologia antropologica ha contribuito a "togliere vita" ai soggetti della ricerca.

Il rischio qualora si utilizzi questa terminologia, è quello di "invisibilizzare" i processi attraverso cui i soggetti realmente vivono la *frizione*³³² tra l'aderire ai modelli culturali tradizionali e l'espressione di un certo grado di autonomia decisionale rispetto a essi.

³³² Scrive Briones: "Prestando atención a sus prácticas, políticas y reflexiones, me vi llevada a sostener que la idea de fricción resulta más elocuente que la de fusión para explicar no sólo cómo cuestionan lugares de identidad que examinan desde fuera, sino cómo desestabilizan los que habitan provisoriamente desde dentro". (Briones, 2007, p. 78)

³³¹ "Una especie de *afirmación prescriptiva* que nos lleva a repetir que las identidades son: construidas, contrastivas, situacionales, fragmentadas, fluidas, flexibles y disputadas."

Spesso definiamo le identità come “fluide o ibride” senza approfondire o giustificare etnograficamente i processi attraverso cui il soggetto sceglie di aderire ai modelli identitari comunitari o decide di opporvisi, apportandovi sostanziali modifiche³³³.

Questo atteggiamento è diventato una sorta di *leitmotiv* teorico così sedimentato da venir difficilmente discusso. Il rischio che si corre è quello di silenziare sia le pratiche di “strofinamento” culturale tra diversi mondi in cui si muovono i soggetti, sia caratteristiche quali l’imprevedibilità e la caoticità dei discorsi e delle pratiche culturali individuali rispetto alle aspettative e ai modelli di gruppo proposti nelle comunità di origine.

Per molte donne indigene che sono state da me accompagnate in gravidanza, non è stato per nulla facile erodere, sgretolare e opporsi nettamente ai linguaggi emozionali tradizionali. I regimi emozionali tradizionali rappresentavano per molte donne migranti che ho conosciuto, l’orizzonte verso il quale mantenere vigile lo sguardo e attiva la comparazione. Ho rilevato ad esempio che molte gestanti anche se dicevano di volersi opporre ai modelli educativi repressivi incorporati quando vivevano nelle loro comunità di origine, cercavano comunque di non lasciarsi andare a espressioni di dolore “dissennate”, dichiarando che il “gridare di dolore nel parto” non era un atteggiamento ben visto³³⁴.

I discorsi emozionali comunitari si sovrappongono al modo personale, variabile e imprevedibile attraverso cui alcuni soggetti vorrebbero gestire, vivere ed esprimere le loro emozioni. L’ethos del dolore diffuso nelle comunità è un insieme di tecniche e saperi relativi al corpo, che può essere analizzato come una *teoria performativa* (Brione, 2007) dell’azione sociale, che *orienta* la genesi emotiva, espressiva e cognitiva del singolo, limitandone la libertà di scelta e di espressione, anche se non la condiziona mai del tutto³³⁵.

Le configurazioni culturali emotive costruite attorno all’idea diffusa che la donna indigena debba “sopportare” il dolore, possono essere lette come specifiche *teorie performative tzotzil e tzeltal*, in base alle quali l’azione della gestante viene *orientata, gestita* e, in qualche modo, limitata. I discorsi, le pratiche, le rappresentazioni socioculturali del dolore femminile edificate nelle comunità, sono

³³³ Briones, provocatoriamente, scrive che spesso i ricercatori si affidano a una specie di affermazione prescrittiva che ci porta a ripetere che le identità sono: costruite, situazionali, frammentate, fluide, flessibili, disputate (Claudia Briones, 2007, p. 58).

³³⁴ A riguardo nel testo sono state riportate le parole di Veronica, di Mari, di Carmen che confermano quanto detto.

³³⁵ Sembra particolarmente pertinente ciò che Briones scrive: [...] i soggetti si articolano come tali a partire da un lavoro di identificazione che opera suturando identità personali e collettive (per sé e per gli altri) però non lo fanno semplicemente come a loro gli pare, ma il lavoro di articolazione identitaria opera in base a circostanze che loro non hanno scelto (Claudia Briones, 2007, p. 59, traduzione mia).

teorie culturali emiche che regolano la performance individuale o corale e che disciplinano l'espressività del singolo.

All'interno delle teorie performative che informano l'azione culturale individuale e collettiva, i soggetti sono inseriti in un sistema di *differenze autorizzate* che definiscono le modalità in base alle quali questi possono muoversi, esprimersi e scegliere³³⁶, e non tutti possono beneficiare delle stesse possibilità o condizioni in base alle quali farlo. Le donne indigene giovani, adolescenti o le madri sole, sono i soggetti maggiormente sottoposti al controllo e alle pressioni sociali, le quali dovranno rispettare pedissequamente i canoni della "performatività" emozionale definiti culturalmente dai membri più influenti della comunità, per evitare severe sanzioni.

L'espressione emozionale delle donne indigene è quindi determinata da *efectos de poder* (Briones, 2007), effetti di specifiche dinamiche di potere familiari e comunitarie che condizionano il singolo. Il potenziale trasformativo che, nel nostro caso, le donne migranti esercitano sugli habitus tradizionali è però notevole. Nonostante si rilevi che i soggetti che migrano verso la città vivono una *frizione identitaria* che oscilla tra l'adesione ai modelli emozionali tradizionali, allo stile di vita rurale tradizionale e comunitario che hanno lasciato, e quello urbano nel quale si stanno inserendo. È proprio all'interno di questa delicata frizione identitaria tra tradizione e modernità che le donne indigene che ho conosciuto negoziano spazi di azione e possibilità sempre nuove, ridisegnando nuovi habitus e costruendo inediti linguaggi attraverso cui esprimere se stesse e le proprie emozioni.

9.2 Il tempo del "nuevo vivir": i cambiamenti contestuali riflessi nei linguaggi emozionali

Molti antropologi hanno preso in esame l'impatto che la violenza strutturale, la sofferenza sociale, le precarie condizioni economiche, l'instabilità politica esercitano sulla salute degli esseri umani (Farmer 1996; Kleinman e Das 1997; Scheper-Hughes 1992); altri hanno notato come una socialità polverizzata, asimmetriche relazioni di genere, episodi di violenza domestica (Oliart, 1991) siano fattori che influiscono sulla genesi di patologie e disturbi non solo di carattere fisico, ma anche psichico (Finkler 1994; Rebhun 1994, 1999).

³³⁶ In questa direzione Briones scrive "le identità e le politiche identitarie non possono essere viste come frutti esclusivi dell'azione individuale orientata da interessi e strategie liberamente stipulate, perché nessuna azione umana opera in maniera slegata dalla struttura che ci dà un accesso differenziale all'esperienza e alla conoscenza di quei meccanismi che codificano e stabilizzano le identità dentro ad un sistema di *differenze autorizzate* che definiscono le differenti strutture di mobilità che indicano in base a quale luogo uno può o non può muoversi, o a quale posizione uno può o non accedere" (Briones, 2007, p. 58).

Nella fattispecie degli altipiani del Chiapas, Collier e altri suoi collaboratori, hanno rilevato che, già all'inizio degli anni duemila, stavano affiorando nuove patologie emozionali (*emotional illnesses*) che apparivano essere strettamente relazionate alle brusche alterazioni dello stile di vita, di produzione e di consumo della comunità native (Collier G., Farias Campero P. J., Perez J., White V., 2000). Sempre a cavallo tra la fine degli anni novanta e l'inizio degli anni duemila Berlin y Berlin (1996: 344) evidenziano la presenza sempre più diffusa di una nuova malattia tra le comunità indigene di Los Altos: il *me'Vinik*, la cui traduzione in spagnolo è il "mal de hombre³³⁷". Nel 2005 Jaime Page conferma la sua ampia diffusione³³⁸ e Freyermuth sagacemente relaziona l'inizio di propagazione della malattia con la fine del XX secolo e in particolare con il 1994, anno a partire dal quale la crisi sociale chiapaneca si è fatta più evidente (Freyermuth, 2003, p. 291)³³⁹.

La patologia del *me'Vinik*, la cui diffusione è stata abbondantemente confermata dagli autori precedentemente citati, sfida le categorie diagnostiche della biomedicina e sembra essere relazionata a uno stato di malessere fisico generalizzato associato ad una debilità emozionale dell'individuo o ad un trauma. Page a riguardo puntualizza:

può provenire dall'angustia che sente una persona "dal cuore piccolo" in seguito ad una lite, o per l'eccesso di lavoro o per aver sollevato cose troppo pesanti, a causa di un momento di rabbia, per aver bevuto alcool in quantità eccessive; per le donne può insorgere in seguito a parole di disprezzo espresse da parte dei mariti o per aver caricato cose troppo pesanti durante la gravidanza. Può interessare anche i bambini che nell'intento di saltare smuovono qualcosa nella bocca dello stomaco o perché passano molto tempo senza mangiare"³⁴⁰.

Dalle parole di Page emerge che il *me'vinik* può insorgere a causa di eventi esterni traumatici (sforzi eccessivi), ma anche in seguito a liti, incomprensioni di coppia, offese recate e, soprattutto, subite; il contesto inoltre sembra giocare un ruolo fondamentale: povertà materiale, scarsità di cibo, stress acuto causato da un eccesso di lavoro, ma anche severe condizioni di privazione relazionale, sono tutti fattori che possono determinare l'emergere del *me'vinik*.

³³⁷ Malessere dell'essere umano

³³⁸ «[...] una entidad que llama[ba] especialmente la atención por su frecuente aparición ante el médico alópata» Page, 2005, p. 231-232.

³³⁹ «[...] desde 1994, a partir de que la crisis social chiapaneca se hizo más evidente» (Freyermuth, 2003, p. 291).

³⁴⁰ "puede provenir de la pena (incomodidad) que sienta una persona de corazón pequeño por recibir un regalo, [por] trabajar demasiado, levantar cosas pesadas, [por] enojo, [por] ingerir alcohol en demasía, por frío o caídas; en las mujeres, por desprecio del marido o por cargar cosas pesadas durante el embarazo; [también] afecta a los niños que por brincar se les mueve la boca del estómago y porque pasan mucho tiempo sin comer (Page, 2005, p. 231-232).

Dall'inizio degli anni duemila, com'è stato descritto ampiamente nelle sezioni precedenti della trattazione, l'area di Los Altos è stata ampiamente stravolta da processi sociali, sanitari, culturali di varia natura ed entità. Il contesto socio-culturale in cui molte donne indigene oggi vivono, è segnato dai nuovi flussi migratori rurali-urbani che hanno alterato significativamente la composizione delle famiglie e delle comunità tradizionali maya, spesso disgregando i nuclei famigliari, i legami coniugali e quelli comunitari. Le appartenenze identitarie sia individuali che gruppal si sono fluidificate e progressivamente frammentate (Viqueira J. P., 2002).

Nella presente ricerca è stato rivelato che la precarietà economica colpisce maggiormente la popolazione indigena che risiede negli altipiani, rispetto a quella *mestiza* ed è la principale causa di stress psicologici che mettono a dura prova le relazioni famigliari e quelle di coppia, oltre alla salute dei singoli individui. La disgregazione dei legami affettivi ha delle ricadute maggiori sulle donne che, se vengono abbandonate dal coniuge o dalla famiglia verso cui erano completamente dipendenti dal punto di vista economico, cadono nell'indigenza.

Cercando di dare una visione d'insieme dei mutamenti che stanno interessando l'area indigena degli altipiani, non possiamo non fare accenno alla massiccia presenza di stranieri che, soprattutto nell'ultimo ventennio, anche a seguito del movimento zapatista, sta letteralmente "occupando" alcuni quartieri centrali della città di San Cristóbal de Las Casas. L'incentivo del turismo da parte di iniziative private e statali ha aumentato i flussi di visitatori messicani e stranieri verso alcune zone del Chiapas di interesse archeologico o paesaggistico.

L'abbondante ed evidente presenza di europei e latinoamericani, in questa regione geograficamente isolata e in alcune zone impervia, che fino a qualche decennio fa era poco conosciuta, è un forte motore di cambiamento e trasformazione dello "stile di vita" e delle abitudini delle popolazioni indigene maya di Los Altos che vi entrano in contatto.

Oltre ai cambiamenti economici, ai processi migratori, ai flussi turistici, tutta l'area degli altipiani, è stata profondamente toccata dal veloce processo di medicalizzazione della salute riproduttiva femminile a cui ha fatto seguito la stigmatizzazione dei saperi medici maya tradizionalmente deputati alla gravidanza.

Questi ed altri fenomeni che recentemente si sono sviluppati e diffusi, hanno quindi accelerato le trasformazioni relative agli usi e ai costumi degli indigeni degli altipiani del Chiapas in materia di consumi alimentari, modalità di concepire le relazioni di genere, famigliari, di coppia, condizionando non solo il modo in cui viene concepito lo stato di salute e di malattia del singolo, ma alterando anche il modo in cui vengono vissute ed espresse le emozioni.

Accanto al sorgere del *me'vinik*, patologia che –come abbiamo notato-- ha ampie relazioni con le componenti emozionali soggettive, ciò che è stato riscontrato è che stanno cambiando anche i linguaggi con cui le donne indigene si riferiscono alle proprie emozioni.

Com'è emerso dal lavoro sul campo, molte donne indigene che avevano lasciato le loro comunità di origine per dirigersi a San Cristóbal si sono ricavate uno spazio di autonomia attraverso cui erodere gli *ethos* emozionali in cui erano cresciute, attingendo dalle esperienze vissute nel vivace ambiente urbano sancristobalense. In seguito alla migrazione in città hanno abbracciato uno stile di vita profondamente differente rispetto a quello tradizionale, assemblando elementi eterogenei propri di differenti tradizioni culturali, politiche, religiose che in città convivono.

I tempi moderni vengono emicamente definiti "*el nuevo vivir*", un'epoca caratterizzata da un "modo di vivere differente" la cui peculiarità è il progressivo allontanamento dei nativi maya dallo stile di vita tradizionale, rurale, comunitario.

Il "*nuevo vivir*" (Boyer, 2014) è un concetto emico diffuso tra la popolazione indigena urbana di San Cristóbal de Las Casas che viene adoperato colloquialmente per far riferimento agli effetti che stanno avendo i profondi cambiamenti che interessano l'area degli altipiani chiapanechi sulle abitudini alimentari, i consumi, la concezione relativa alla salute, alla malattia e alla cura, la vita intima, affettiva e i linguaggi emozionali degli indigeni degli altipiani. Quando i soggetti della ricerca nominavano il "*nuevo vivir*" lo impiegavano per contrapporre nettamente le abitudini tradizionali *tzotzil* o *tzelatl* a quelle che si stanno diffondendo in Los Altos ai giorni nostri con l'incedere veloce della modernità, della medicalizzazione, dell'inurbamento.

Carmen con lucida consapevolezza nota che i tempi odierni sono molto diversi rispetto al passato e intuisce che queste alterazioni incidono sulla maggior solitudine che vivono i soggetti femminili e sul modo attraverso cui esprimono le loro emozioni, tra cui il dolore nel parto:

mia mamma, tempo fa, partorì i suoi figli da sola, i suoi dieci figli lì diede alla luce nel *temazcal*. Lei si scaldava le pietre e vi entrava dentro, con mio padre chiaramente. Mio padre la sosteneva e non si sentivano rumori, lei sapeva cosa fare e noi figli aspettavamo fuori. Però non si sentiva nemmeno un rumore. Ora le donne gridano! Prima no! Un tempo le donne avevano più forza, non come le donne di oggi. Io nel mio primo parto ero sola qui a San Cristóbal, sola con mia sorella che mi aiutò, mi portò in ospedale dove mi fecero delle punture e mi fecero il cesareo. Non mi ricordo cosa successe nel mio parto, so solo che avevo paura e che c'erano molte donne che gridavano in ospedale...prima no, questo non succedeva, un tempo le donne erano

più forti e silenziose (...) io mi sono sentita molto debole, non forte come mia mamma, molto debole e sola, senza sapere come fare a sopportare il dolore³⁴¹.

Dalle parole di Carmen desumiamo che le donne dei tempi antichi sapevano come comportarsi, agire, esprimere le proprie emozioni e relazionarsi correttamente tra loro; Carmen ci racconta con nostalgia di un tempo in cui le donne si sentivano più forti perché erano ampiamente sostenute dal marito, dalla famiglia e probabilmente da una struttura comunitaria più efficiente; oggi, invece, sono state corrotte dall'avanzata di uno stile di vita moderno, simile a quello proposto in occidente e, a causa di questo processo di contaminazione, si sono progressivamente "indebolite". Le donne degli altipiani che migrano in città sono più vulnerabili e deboli anche perché spesso si trovano sole a dover badare a sé stesse e ai figli senza nessun aiuto o sostegno affettivo, economico, relazionale. Dal punto di vista dei linguaggi emozionali, le donne indigene migranti oggi esprimono con più libertà le loro emozioni; nelle parole di Carmen l'acquisizione di questa maggior disinvoltura nell'espressione delle emozioni, il manifestare esternamente i propri stati d'animo, l'incapacità di reprimere i vissuti personali più intimi, è un atteggiamento deplorabile per le donne indigene degli altipiani.

La contrapposizione tra le abitudini assunte dalle donne appartenenti ai tempi moderni e quelle che connotano le donne dei tempi antichi, diventa per Carmen un escamotage per parlare dei valori positivi e della validità delle norme comportamentali e morali tradizionali, rispetto alla nocività di quelle che si stanno diffondendo nella modernità, tramite cui si propaga una corruzione morale e dei costumi.

Come intuisce Boyer (2012, 2013), oggi tra gli indigeni di Los Altos è diffusa l'idea che le donne *tzotzil* e *tzeltal* siano moralmente più corrotte rispetto al passato, che non riescano più a sopportare le fatiche fisiche e psichiche come una volta, che si lamentino per un nonnulla proprio perché

³⁴¹ "Mi mamá antes, en los tiempos de antes, parió sus hijitos sola, sus diez hijos, solitas en el temazcal. Ella se calentaba la piedra y se ponía a dentro, con mi papá claro. Mi papa la sostenía, y no se escuchaba nada, ella ja sabía qué hacer, y nosotros hijos esperábamos afuera. Pero ni un ruido se escuchaba. Ahora las mujeres gritan, dicen malas palabras, o como gritan! Ante no! las mujeres tenían más fuerza, no come ahora. Yo en mi primer parto solita estaba aquí en San Cristóbal, solo mi hermana me ayudó, me trajo en el Hospital donde me inyectaron y me hicieron cesarí. Ni me acuerdo que pasó en mi parto, sólo que yo tenía miedo y que muchas mujeres gritaban en el hospital...antes no, las mujeres fuertes y cajaditas estaban bien. (...) yo me sentí muy mal en mi parto, porque me sentí una mujer muy débil, no como mi mama, muy débil y solita, sin saber cómo aguantar...", note di campo, San Cristóbal de las Casas, dicembre 2018.

[...] stanno acquisendo abitudini quotidiane *mestizas*. Così questa concezione dell'essere esagerato (gesticolare eccessivamente, essere aggressivi verbalmente, essere provocanti) ha una stretta relazione con la maniera di concepire la modernità, in modo da stabilire un contrasto tra un "prima" e il "nuovo modo di vivere", il "*nuevo vivir*"³⁴² (Boyer, 2013, p.4).

L'essere individui molto "aperti" emotivamente, corporalmente e socialmente rivela la presenza di un *desequilibrio* nella personalità che si acuisce qualora ci si allontani dai canoni culturali tradizionali, ritenuti più appropriati e decorosi.

Se un qualsiasi soggetto *tzotzil* o *tzeltal* mostra un'attitudine caratteriale o emotiva aperta, espansiva, disinvolta, parlando di sé e dei propri stati d'animo con leggerezza e disinvoltura, soprattutto con estranei, da prova di avere una debole capacità di controllare le sue emozioni e i suoi sentimenti per mezzo della forza della ragione. Il sopravvento della componente emotiva su quella razionale è un processo che gli indigeni di Los Altos fanno risalire all'influenza che la cultura *mestiza*, moderna e occidentale esercita su quella indigena, una cultura che si è abbondantemente diffusa anche negli altipiani del Chiapas, ma nell'ultimo trentennio soprattutto a San Cristóbal de Las Casas.

Nelle aree indigene rurali e urbane di Los Altos si assiste oggi a ciò che viene definito dalla Boyer (2012, 2013) un processo di progressiva "sentimentalizzazione" della società tradizionale che, vivendo sempre più a stretto contatto con quella *mestiza*, lentamente ne sta assumendo alcuni tratti peculiari.

San Cristóbal oggi, per i soggetti femminili indigeni che vi transitano, è una fucina in cui si forgiavano continuamente nuove appartenenze identitarie e nuovi discorsi emozionali, in cui anche le donne indigene che vi migrano sperimentano tipologie di relazioni lavorative, amicali, sessuali e coniugali dissimili da quelle che si vivono nelle comunità tradizionali.

Il processo di sentimentalizzazione della società indigena e di quella *mestiza* al tempo del "*nuevo vivir*" lascia inediti spazi di autonomia e di libertà espressiva alle donne indigene, molte delle quali erodono i canoni espressivi emozionali tradizionali³⁴³ per abbracciare linguaggi emozionali diversificati e culturalmente eterogenei.

³⁴² "Apuntan la adquisición de hábitos mestizos en el comportamiento cotidiano. Así, esta concepción de ser exagerado (gesticulación excesiva, agresividad verbal, coquetería) guarda relación con la manera de concebir la modernidad", de forma que se establece un contraste entre el «antes» y el «nuevo vivir» (ach' kuxlejal)."

³⁴³ Si fa qui riferimento ai canoni tradizionali che impongono alla donna di reprimere le emozioni e sopportare il dolore fisico.

Sono soprattutto le donne giovani, ormai trasferitesi da anni a San Cristóbal a riconoscere la rigidità dell'educazione emozionale che avevano ricevuto nelle comunità rurali lasciandosi andare più liberamente all'espressione dei loro stati d'animo, delle loro emozioni e del dolore. Come ricordano Bracco Bruce e Patricia Ruíz-Bravo López, descrivendo il processo attraverso cui le donne indigene di Los Altos si costruiscono nuovi spazi di azione

[...] si nota che le donne mostrano un desiderio cosciente di rompere l'ordine stabilito (...) Questa tensione, tra la tradizione e la modernità, tra il femminile della "madre-sposa" e quello della "donna lavoratrice" mostra l'intenzionalità del cambiamento di agentività femminile. In definitiva ha un impatto nei modelli di relazioni interpersonali e nella psiche delle donne. È certo che la trasgressione può essere vissuta come un processo pericoloso, che può suscitare timori e preoccupazioni da parte del gruppo sociale, però è negli interstizi di questi conflitti che può essere perseguito un percorso di ricerca di benessere personale³⁴⁴ (Bracco Bruce, Patricia Ruíz-Bravo López, 2017, p. 54).

Le donne migranti che ho intervistato presso l'*Hogar* vivevano in una posizione di precarietà materiale, ristrettezza economica e incertezza lavorativa anche a causa dei processi di lento sfaldamento delle dinamiche comunitarie che hanno inciso sulle economie locali e sui legami coniugali e sociali (Collier G. A., Ferias Camper P., Pérez J., White V. P., 2000). Si devono assumere un notevole carico di responsabilità aggiunta soprattutto quando, come madri sole, migrano con i figli a San Cristóbal in seguito all'abbandono da parte del compagno che le lasciava nell'indigenza. Com'è stato ampiamente sottolineato nei precedenti capitoli l'invasivo processo di medicalizzazione della salute riproduttiva indigena, la messa al bando dei saperi medici tradizionali ad essa deputati, la progressiva privatizzazione del sistema di salute messicano, l'inefficienza strutturale degli ospedali pubblici che faticano ad assolvere l'aumento della domanda di parti ospedalizzate, sono fenomeni che, acuiti negli ultimi due decenni, assieme hanno contribuito ad alterare il delicato rapporto tra salute, malattia e cura per i soggetti indigeni degli altipiani del Chiapas (Page, 2002) e in particolar modo per le donne in stato di gravidanza.

³⁴⁴ "Se debe resaltar que las mujeres muestran un deseo consciente de quebrar el orden establecido (...) Esta tensión, entre la tradición y modernidad, entre las feminidades "madre esposa" y "mujer trabajadora", muestra la intencionalidad de cambio y agencia de las mujeres. En definitiva, tiene un impacto en los modelos de relaciones interpersonales y en la psique de las mujeres. Es cierto que la transgresión aún puede ser vivida como un proceso peligroso que puede suscitar temor interno y cuestionamiento externo, pero es, en los intersticios de estos conflictos, el lugar desde el cual podemos acompañar la búsqueda de bienestar."

L'interazione di questi processi socio-culturali, politici ed economici che dalla fine degli anni novanta del novecento hanno irrotto in maniera molto dirompente nella regione, incidono non solo sulle dinamiche relazionali, coniugali e di genere delle famiglie e delle comunità indigene, ma anche sulla struttura delle loro credenze e sul modo in cui i soggetti ridisegnano le loro traiettorie di vita sulla base di nuove possibilità.

Le espressioni emozionali delle donne indigene che sono state intervistate in area urbana possono essere considerate delle *pratiche performative fluide* che si relazionano costantemente con la modernità, che si modificano su spinta delle migrazioni e delle esperienze acquisite lungo la traiettoria migratoria; sono strumenti di "self-making" attraverso cui, nel nostro caso, le donne indigene giovani e migranti sperimentano sé stesse in opposizione agli *ethos* emozionali tradizionali. Tenendo quindi debitamente conto del processo di migrazione femminile e dei cambiamenti che interessano Los Altos, pretendere di circoscrivere le emozioni in discorsi culturali fissi, stabili rischia di privilegiare la dimensione della normatività culturale sulla pratica quotidiana soggettiva che ne erode i contorni; i linguaggi emozionali hanno invece un carattere polisemico, instabile, permeabile alle molteplici esperienze soggettive che vengono vissute soprattutto durante la migrazione.

Come scrive Bordonaro:

[...] il concetto di discorsi emozionali dominanti o anche di una molteplicità di discorsi incorporati dagli attori sociali, appare eccessivamente rigida per accogliere la complessità dell'esperienza individuale, la sua contraddittorietà, ambiguità, molteplicità; per giustificare, in altre parole, quel margine di indeterminatezza nella quale costantemente gli individui si trovano a operare delle scelte (Bordonaro, 2005, p. 145).

Jackson ricorda che la complessità dell'esperienza individuale e della vita sociale, conservano nella maggior parte dei casi un irriducibile carattere non-statico che richiama al "carattere aperto e ambiguo dell'esperienza vissuta" (Jackson, 2002, p. 125). L'ansia del disordine che sentiamo durante le ricerche sul campo genera spesso una volontà di sistema, un'esigenza di controllo, che ci fa perdere una parte importante dell'esperienza dell'essere vivi e del sentire emozioni, oltre che il carattere essenzialmente dinamico delle espressioni emozionali e delle formazioni sociali. Per far rientrare la vita nelle nostre teorie, è indispensabile sperimentare una nozione meno rigida di discorso emozionale dominante o di *ethos* emotivo, col fine di trovare un compromesso utile a spiegare la variabilità dei modi attraverso cui le gestanti indigene che ho accompagnato nel loro travaglio e nel parto esprimono le loro emozioni, sia verbalmente che corporalmente.

Occorre, forse, cercare un modo più ironico e teatrale (l'idea della "performatività" di Briones sembra pertinente) per descrivere il dialogo tra la complessità della vita sociale e quella delle emozioni, cui corrisponda una concezione altrettanto irriverente, plastica e molteplice del soggetto, soprattutto quando migrante e inserito in contesti che vivono profonde trasformazioni.

Per aiutarci nell'arduo compito di prendere distanza dalle forzature che si potrebbero produrre nel tentativo di piegare la pratica alla teoria, riducendo la variabilità delle espressioni emotive femminili in *ethos* emotivi, Catherine Ewing propone di focalizzare l'attenzione sulla cosiddetta "esperienza dell'inconsistenza" (non solo per quanto riguarda la "cultura", ma anche per quanto riguarda il "sé"), introducendo una teoria dei sé multipli che può essere applicata anche ai discorsi emozionali:

[...] l'esperienza della continuità personale *ed emozionale* (...) è illusoria. Quando consideriamo il flusso temporale dell'esperienza, osserviamo che gli individui ricostruiscono continuamente se stessi in nuovi sé in risposta a stimoli interni ed esterni (Ewing 1990, p. 258, corsivo mio).

Tale visione del sé, alla quale aggiungiamo quella dei suoi linguaggi emozionali, meglio si adatta a un'idea delle pratiche emozionali individuali ispirata a modelli migranti, reticolari, rizomatici, non-totalitari.

Lo sguardo dell'etnografo che legge i discorsi emozionali dovrebbe quindi farsi affascinare dall'esperienza dell'inconsistenza e muoversi in quella zona grigia tra l'ordine e il caos, che Renato Rosaldo definisce "*non-order*", per lasciare spazio "all'improvvisazione, ai modi di cavarsela individuali e agli eventi contingenti" (1993, pp. 160-1).

Le donne che hanno preso parte a questa etnografia non solo costruiscono, ma tendono costantemente a estendere la/le loro identità e i loro linguaggi emozionali in direzioni imprevedibili, includendo, addomesticando e cannibalizzando costantemente elementi molteplici e contraddittori, in una perpetua metamorfosi che si produce nel dialogo costante tra tradizione e modernità. Ammettere uno spazio di indeterminatezza e di non-ordine, una tendenza individuale non sistemica, ci offre l'opportunità preziosa di giustificare non solo l'adesione da parte dei soggetti ai modelli emotivi tradizionali comunitari, ma anche la loro tensione costante al cambiamento, che non sempre è programmata e prevedibile.

Propongo quindi una visione non essenzialista dei discorsi emozionali indigeni femminili e considero le donne che hanno preso parte della presente etnografia dei *soggetti dall'identità emozionale migrante*, che costruiscono sempre nuovi modi per esprimere le loro emozioni, che si muovono tra

le esigenze del sé e quelle della comunità, senza poter negare le relazioni di potere e di autorità in cui si sono formate. Mantengo quindi una certa fiducia nella capacità incontenibile di tutti gli esseri umani di creare disordine e di andare oltre l'ordine, anche quando si parla di emozioni.

Riflessioni conclusive

Possono essere raggruppati in due tipologie gli interrogativi ai quali si è provato a dare risposta nella presente etnografia. Un primo tipo di riflessioni ruota attorno ai linguaggi emozionali, agli spunti metodologici e ai quadri teorici attraverso cui è stato possibile studiarli e proporre un'attenta restituzione etnografica degli stessi.

Il secondo tipo, invece, verte sull'antropologia della nascita, della salute sessuale e riproduttiva indigena, sui saperi e le tecniche di assistenza alla gestante edificati all'interno della cultura medica maya e in quella bio-medica, sui fattori che inficiano la possibilità che le donne tzotzil e tzeltal a vivano la gestazione, il parto e il puerperio in maniera salutare e rispettosa dei diritti della madre, del bambino e della cultura da cui provengono.

Ci si è chiesti come poter costruire un'etnografia dei linguaggi del dolore e della sofferenza femminile indigena, che non fosse sorda nei confronti dei processi politici, sociali ed economici che incidono anche sulle modalità attraverso cui vengono costruiti i linguaggi emozionali. Il dolore e la sofferenza femminile possono essere considerati delle specifiche lenti attraverso cui osservare ed analizzare i principi culturali, le norme sociali, ma anche i cambiamenti culturali, storici e politici delle comunità umane? Come costruire un'antropologia del dolore e della sofferenza femminile che non appiattisca gli idiomi emozionali individuali dietro al discorso culturale in cui vengono prodotti e che all'opposto lasci affiorare la soggettività, la specificità e i cambiamenti dei linguaggi emozionali indigeni femminili?

A fronte della progressiva medicalizzazione della gravidanza e del parto e di altri stravolgimenti sociali, politici ed economici che hanno interessato le aree indigene degli altipiani del Chiapas, come sono cambiate le culture mediche maya relative alla nascita, parto e puerperio? Com'è cambiato il modo in cui le donne indigene considerano e si relazionano al dolore nel parto? In che modo le alterazioni dei linguaggi emozionali influiscono sulla salute della gestante e sulla sua scelta terapeutica durante la gravidanza, il parto e il puerperio?

Questi, ed altri, interrogativi hanno contrassegnato sia il mio lavoro sul campo in Chiapas, sia il controverso processo di scrittura etnografica che avrebbe richiesto certamente più tempo da dedicare ad ulteriori approfondimenti teorici e ad un affinamento dello stile etnografico, rimasto forse eccessivamente “freddo” rispetto al grado di coinvolgimento emozionale che ha invece contraddistinto il mio campo. Sono stati difatti proprio la condivisione, la fiducia, i reciproci scambi quotidiani con le mie informatrici ad aver creato le condizioni adatte a far affiorare i loro racconti più intimi relativi alle esperienze di dolore, sofferenza, migrazione.

In spazi adeguati, lontani dalle pressioni esercitate dalla famiglia e forse anche grazie alla presenza di un’ascoltatrice esterna, disposta a dedicar loro tempo e attenzione, le voci di queste donne hanno avuto la possibilità di emergere, permettendomi di tessere assieme i pezzi delle loro fragili³⁴⁵ esistenze.

Nel testo ho cercato di far affiorare una polifonia di voci femminili, con la consapevolezza però che buona parte della ricchezza delle sfaccettature con le quali le donne mi parlavano del dolore di travaglio e parto, delle loro relazioni affettive, del momento in cui dovettero abbandonare la famiglia, è rimasta “prigioniera” della magica estemporaneità dei momenti trascorsi con loro in campo.

I linguaggi non verbali, corporei, i gesti, gli sguardi, il tono di voce, attraverso cui manifestavano le loro emozioni, il loro sentire più intimo e profondo, sono stati “tradotti forzatamente” nella forma scritta assunta dal presente testo etnografico; tuttavia registrare e restituire la dimensione corporea dei linguaggi emozionali, la loro densa sensorialità (Pink, 2009; Stoller, 1989), è stata a mio avviso la parte più ricca e complessa della ricerca, che si proponeva l’arduo obiettivo di studiare le emozioni e nello specifico l’emozione del dolore femminile indigeno.

Si è voluto far luce sull’intricata relazione tra contesto, corpo, emozioni e salute sessuale e riproduttiva femminile indigena, in un momento storico in cui (dall’inizio degli anni duemila ad oggi) l’area degli altipiani del Chiapas sta vivendo profonde mutazioni sociali, che vedono come protagoniste anche le donne e che stanno mettendo a rischio la loro salute durante la gravidanza, il parto e il puerperio.

³⁴⁵ Faccio esplicito riferimento alla migrazione che rende molte donne più vulnerabili, alla violenza domestica, all’allontanamento forzato dalle loro famiglie di origine in seguito a gravidanze non desiderate o considerate “scomode”.

Riporto quindi l'attenzione antropologica su di un tema, il rapporto tra emozioni e salute riproduttiva femminile, che non ha ricevuto molta attenzione soprattutto nell'area dove ho condotto il campo. Difatti da un lato le emozioni sono state a lungo considerate un ambito marginale della ricerca antropologica, dall'altro lato la difficoltà ad approcciarsi ad una tematica considerata troppo intima, nebulosa e caotica, come effettivamente risultano essere i linguaggi emozionali (Knapp, 1958; Lévi-Strauss, 1962; Abu Lughod, Luz, 1990; Pussetti, 2005), ha scoraggiato molti ricercatori.

La dimensione forse più interessante dei linguaggi emozionali e nello specifico di quelli di dolore, è la relazione che intercorre tra le componenti neurobiologiche e psicologiche con quelle relative al corpo e al contesto socioculturale in cui vengono espressi, compresi e gestiti, anche a livello terapeutico (Kleinman, Brodwin, Good B. J., DelVecchio Good, 1992; Jackson, 2011). Il dolore nel parto, per esempio, pur essendo un fatto consustanziale alla nascita comune all'umanità tutta, varia nei modi in cui viene vissuto individualmente, nei linguaggi culturali adoperati per esprimerlo, nei rituali proposti per gestirlo e tematizzarlo a livello sociale e individuale (Davis-Floyd, 1992).

La presente ricerca vorrebbe inserirsi in un dibattito relativo ad una corrente di studi antropologici che si è occupata di nascita e di salute sessuale e riproduttiva femminile (Leboyer, 1974, Maffi, Veltro, 2010; Raniso e Bastetti, 2012; Quattrocchi, 2019), entro la quale è stato tematizzato e approfondito anche il dolore nel parto; ci si è persuasi del fatto che il considerare una specifica cultura del dolore, quale quella tzotzil e tzeltal, con le sue tecniche e i suoi saperi inerenti alla gravidanza e al parto, dia inediti spunti di riflessione per azzardare una comparazione con la cultura della nascita e del dolore edificata dai saperi bio-medici di stampo occidentale.

Se da un lato è parsa evidente la differenza tra i modelli di assistenza medica maya tradizionali e quelli biomedici, in Chiapas, l'avanzata progressiva della medicalizzazione della gestazione, del parto e del puerperio, ha favorito l'interazione tra le due medicine, che nella zona Los Altos, coabitano da tempo. Ciò che "l'interazione" tra le due medicine favorisce – tra i vari aspetti cangianti -- è la progressiva messa al bando delle tecniche e dei saperi tradizionali in favore di quelli biomedici, considerati più efficaci e moderni (Page, 2005). Questi cambiamenti hanno un forte impatto sulla cultura tzotzil e tzeltal della nascita, del dolore e del parto e su quella relativa agli habitus emozionali.

Anche se non è stato ancora accuratamente approfondito in questa ricerca, ho potuto notare che sono sempre di più le donne indigene che screditano la medicina tradizionale, criticando il ruolo e i saperi delle levatrici; alcune preferiscono invece partorire in ospedale, beneficiando dell'assistenza

dei medici e della possibilità di farsi somministrare l'anestesia epidurale, l'ossitocina o di sottoporsi al taglio cesareo per poter partorire più velocemente e in modo indolore.

Al giorno d'oggi nell'area degli altipiani del Chiapas, l'anestetizzazione del dolore, la medicalizzazione del parto, l'alto numero di cesarei innessari, vanno di pari passo ad una "sentimentalizzazione" della società (Boyer, 2012, 2013) e della vita delle donne indigene, vissuta principalmente da coloro che migrano in città allontanandosi dalle loro comunità di origine. Anche sotto la spinta delle migrazioni femminili indigene, si produce quindi un'alterazione dello stile di vita, delle abitudini relazionali, affettive e degli habitus emozionali tradizionali femminili; queste modificazioni si riversano sui modi in cui viene vissuta la gravidanza, il parto e il puerperio, su come viene concepita la salute, la malattia e richiesta una cura.

Favorendo l'avanzata della cultura bio-medica del parto, però, oltre a prodursi uno slittamento da un modo di esprimere e vivere le emozioni e il dolore, ad un altro, le donne e le levatrici tradizionali vengono esautorate della loro autonomia, forza e capacità decisionale, che nel parto ospedaliero viene sempre più riposta nelle mani dei medici, dei farmaci, delle strumentazioni sanitarie. Il dolore nel parto nella società contemporanea moderna diventa un fatto innessario e da eliminare; pur essendo un elemento chiave attorno a cui nelle differenti culture sono stati edificati saperi e tecniche corporee di accompagnamento rituale e simbolico alla gestante verso una nuova fase della sua vita (Remotti, 2013), nella frenetica e iper produttiva vita moderna si tende ad eliminare ogni forma di dolore fisico e sofferenza (Regalia, Bastetti, 2012).

Eliminando il dolore però, e togliendo valore a coloro che del dolore nel parto si occupano (ostetriche e levatrici), le donne in sala parto saranno sicuramente più silenziose, ma anche più sole e lasciate a sé stesse in uno dei momenti cruciali della loro esistenza, la cui importanza sociale e politica è quella di "farsi madri" (Bonfanti, 2012) e donne all'interno della società.

Il presente progetto di ricerca è nato all'interno di un ambito accademico istituzionale ed è stato svolto grazie al prezioso appoggio di alcuni docenti dell'istituto di ricerca messicano CIMSUR (*Centro de investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur*) gemellato con la UNAM (*Universidad Nacional Autónoma de México*), con sede a San Cristóbal de Las Casas. Nonostante il lavoro abbia beneficiato di questa feconda collaborazione in molte delle sue fasi, non è stato sempre facile tradurre, interpretare, criticare e prendere in alcuni casi anche distanza dalle questioni

teoriche, dalle prospettive metodologiche, dalle aspettative che avevano i docenti messicani con i quali ho lavorato. Ho pertanto provato a far dialogare la mia concezione etico-politica dell'antropologia, gli approcci teorici e la metodologia di ricerca sul campo che abbraccio, con teorie e metodi molti diversi dai miei.

Nei primi paragrafi della parte iniziale del testo, oltre a presentare il contesto della ricerca con uno sguardo attento alle sue trasformazioni sociali, culturali e politiche, ho tentato di dialogare con alcuni paradigmi della storia dell'antropologia messicana; ciò è stato necessario al fine di inserire la presente etnografia all'interno del dibattito antropologico messicano odierno che ruota attorno alla "questione indigena", le cui coordinate affondano le radici in un tempo lontano, ma che è ancora profondamente attuale.

La ricerca è stata avviata per riflettere attorno ad una questione socio-sanitaria precisa e urgente, che ha richiesto l'impiego parallelo di diverse branche del sapere scientifico, sociale, culturale al fine non solo di comprenderla meglio, ma anche di proporre soluzioni pratiche volte ad eradicarla o ridurne l'impatto. Difatti nell'ultimo decennio in Messico è stata riconosciuta, sia a livello nazionale che internazionale, l'urgenza di rispondere alla questione socio-sanitaria relativa agli alti tassi di mortalità materna indigena di gravidanza, parto e puerperio e il carattere di tale problematica ha favorito il proliferare di svariate ricerche mediche, epidemiologiche, sociali, antropologiche anche su tematiche ad essa affini.

Per costruire la presente etnografia ho mantenuto un costante dialogo tra questo progetto e le ricerche avviate negli ultimi anni da diversi autori messicani che hanno indagato più nel dettaglio alcuni dei fattori sociali e culturali che tutt'ora limitano l'efficacia dei programmi sociosanitari avviati per tutelare la maternità indigena nelle comunità delle aree montuose del Chiapas (Freyermuth 2011, 2017; Page, 2005; Gomez Garcia, 2017; Sesia, 2013).

Al fine di arricchire e rendere più complesso il dibattito, si è scelto di prendere in considerazione il legame esistente tra i linguaggi del dolore femminile indigeno e le modalità attraverso cui le gestanti richiedono una cura medica in gravidanza, parto e puerperio; questione molto specifica che non era ancora stata sufficientemente considerata, nonostante sia strettamente relazionata alla problematica della mortalità materna indigena.

Interrogando la complessa vivacità delle narrazioni emozionali femminili, è emersa la capacità individuale di attingere ad *elementi culturali eterogenei* per costruire creativamente e

strategicamente le proprie emozioni (Bordonaro, 2005), seguendo percorsi terapeutici compositi e misti durante il periodo gestazionale. D'altronde, le comunità indigene degli altipiani del Chiapas e quelle di San Cristóbal non possono essere pensate come campi etnografici "puri", in cui gli individui incorporano (Csordas, 1999) passivamente un determinato *habitus* emozionale strutturato sulla base di specifiche norme socioculturali; né le emozioni possono essere considerate meri *discorsi culturali* statici (AbuLughod L., Lutz C., 1990; Bordonaro, 2005).

Occorre leggerle invece come peculiari strumenti di agency, attraverso cui i soggetti si raccontano, agiscono e negoziano le loro identità personali e le loro scelte terapeutiche in un contesto, quello degli altipiani del Chiapas, che negli ultimi vent'anni è stato stravolto da profonde mutazioni.

Nella seconda parte del testo ho esplorato le frizioni che si producono tra la medicina tradizionale e la bio-medicina, la cui progressiva avanzata nell'area di Los Altos ha esautorato il prestigio e alterato i ruoli occupati in passato dai terapeuti tradizionali, tra cui quello delle levatrici indigene. Ho anche dato qualche breve accenno al modo in cui nel dibattito internazionale e internazionale messicano è stata considerata la tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile dagli anni settanta fino ai giorni nostri.

Noto che la maggior parte delle levatrici tradizionali sono state cooptate all'interno dei contesti ospedalieri e i loro saperi terapeutici sempre più spesso controllati e scrutati nella loro efficacia. L'avanzata della medicina moderna e il parallelo esautoramento della medicina tradizionale, sono fenomeni che caratterizzano l'area degli altipiani chiapanechi, incidendo oggi fortemente sia sulla problematica situazione socio-sanitaria in cui versano le comunità, sia in particolare sulla salute delle donne indigene. Queste vivono un alto rischio di decedere sia nel periodo della gravidanza che durante il parto anche perché su di loro pesa da un lato l'inattività indotta delle levatrici tradizionali, dall'altro l'inefficienza strutturale degli ospedali pubblici della zona, spesso carenti tanto di personale quanto di strutture e tecnologie utili a risolvere le emergenze.

Le levatrici, che tradizionalmente si occupavano della tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile indigena in Los Altos, con la diffusione dell'approccio bio-medico alla gravidanza, stanno progressivamente perdendo influenza, prestigio e la possibilità di svolgere la loro attività secondo i principi medici maya che fondano i loro saperi. La levatrice è colei che si occupa di tradurre e interpretare non solo i dolori fisici, ma anche le preoccupazioni, le sofferenze e le paure che le donne vivono in gravidanza, proponendo un modello di assistenza che, per la maggior parte di coloro che

non si sentono a loro agio nei contesti ospedalieri, rappresenta una valida opzione (Quattrocchi, 2011).

Il discorso attorno a come nelle comunità indigene viene socialmente vissuto ed espresso il dolore nel parto, è strettamente connesso al modo in cui tra donne vengono gestite le emozioni durante tutto l'arco della loro vita e in questa questione prevalentemente femminile, le levatrici tradizionali assumono un ruolo centrale soprattutto per quelle donne che oltre a essere gravide vivono un percorso di migrazione, vengono abbandonate dalla famiglia di origine e restano senza compagno.

Instaurare un legame profondo e duraturo con la partera è, per le gestanti tzotzil e tzeltal migranti, necessario per ricostruire un'appartenenza culturale e rinforzare una "presenza" individuale il cui equilibrio si è incrinato a causa della migrazione o di violente fratture famigliari o coniugali.

Nonostante la loro riconosciuta importanza soprattutto per le donne di origine indigena (Page, 2005), in Chiapas, i saperi e le pratiche terapeutiche delle levatrici tradizionali sono stati progressivamente frammentati e le loro figure cooptate all'interno del sistema sanitario ospedaliero. Relegate ad occupare all'interno degli ospedali una posizione di marginalità rispetto al resto del personale socio-sanitario, le vite di molte levatrici sono state precarizzate e si è acuita la loro vulnerabilità economica e sociale. La professione della levatrice tradizionale vive oggi un pericoloso vuoto legale (Freyermuth Enciso, G. 2018; Gómez García, I. 2017), che mette a repentaglio non solo la qualità e il riconoscimento del loro lavoro, ma anche la salute delle gestanti indigene; in una condizione di maggior solitudine e vulnerabilità, molte donne indigene oggi in Los Altos vivono la gravidanza senza poter beneficiare dell'accompagnamento di figure terapeutiche di riferimento, accrescendo i rischi per la propria salute.

La progressiva marginalizzazione del ruolo delle levatrici rientra a pieno titolo in un processo inarrestabile di medicalizzazione della nascita, del dolore e della gestazione che tocca sempre più anche le donne delle comunità indigene di Los Altos.

L'epidurale spegne i riflettori della sensibilità fisica e emotiva delle gestanti, le sale parto sono luoghi silenziosi in cui spesso le gestanti non si sentono comode, le ostetriche moderne non riconoscono quasi più i segnali e le molteplici dinamiche di un travaglio fisiologico. Il benessere della gestante e del feto è delegato alla macchina e ai farmaci (Maffi, Veltro; 2010). È attorno a queste tematiche che si concentra la terza parte dell'etnografia che dedico all'analisi antropologica delle emozioni, del dolore, della cultura della nascita e di come ciò si relaziona alla salute.

Nelle sale parto degli ospedali diffuse nella società moderna, la centralità del vissuto e dell'esperienza della donna viene scavalcata da quella assunta dai medici, dai farmaci, dalle tecnologie sanitarie d'avanguardia. Durante il parto spesso non si presta attenzione alle emozioni, sensazioni, necessità della gestante e del feto. La nascita medicalizzata è asettica e silenziosa, differentemente da quanto tradizionalmente accadeva nelle comunità indigene di Los Altos.

L'anestetizzazione del dolore è una delle diverse mutazioni che hanno contribuito ad alterare il valore, il significato sociale e personale, la funzione che la nascita assume nella società moderna e medicalizzata. Il dolore anestetizzato e silenziato nel parto in ospedale, perde il suo importante significato rituale e formativo per la madre, che potrebbe manifestare problemi di attaccamento nei confronti del bambino e potrebbe essere più soggetta a vivere la depressione post-parto.

Al contrario il significato che viene dato al dolore nel parto all'interno delle comunità indigene è completamente differente; le madri indigene di Los Altos, che partoriscono con le levatrici tradizionali all'interno delle comunità rurali, vivono il parto come un momento "pubblico" in cui devono dar prova alla società e alla famiglia della loro forza fisica e della loro resistenza alla sopportazione del dolore, caratteristiche che oltre ad attribuire valore alla partoriente e neo-madre, si considera verranno trasmesse alla prole e quindi ai membri della nuova società.

Studiare il dolore abbracciando una prospettiva non puramente biomedica, mi ha portato ad analizzare le componenti sociali, culturali assieme a quelle mentali ed emotive, tutto ciò che concerne l'esperienza individuale della sofferenza e il modo in cui questa viene soggettivamente e socialmente vissuta ed elaborata. L'interazione di questi fattori rappresenta la dimensione probabilmente più incomprensibile del dolore, ma è anche l'ambito che parla più chiaramente della sua intrinseca natura: un'esperienza che coinvolge contemporaneamente sia il corpo che la mente e che deve essere studiata collocando l'individuo all'interno del contesto socio-culturale in cui si è formato.

Nel testo ho presentato ed analizzato alcuni discorsi emozionali di sofferenza e dolore in particolare relazionati all'esperienza della gravidanza e del parto, con la finalità di comprendere in base a quali canoni culturali, valori morali e norme sociali vengano espresse le emozioni. Mi sono chiesta quindi in che modo la costruzione culturale delle emozioni incida sulla salute delle gestanti e sulla richiesta di cura nel caso le donne vivano complicazioni durante la gravidanza, il parto o il puerperio.

Non ho analizzato le emozioni come norme astratte a cui gli individui dovrebbero attenersi, ma piuttosto mi sono concentrata sulle pratiche di produzione del significato emotivo, che vengono incorporate e agite in determinati contesti socioculturali e in base alle quali gli individui vengono “fabbricati” (Remotti, 2013) come soggetti emozionali di un certo tipo.

Come viene culturalmente costruito l’ethos del dolore femminile incide sui tempi e i modi con cui si formula una richiesta di aiuto da parte della donna gravida o della sua famiglia, in particolare quando appaiono segnali di rischio (perdite ematiche vaginali, svenimento, pallore, abbassamento di pressione, protrazione eccessiva dei tempi del travaglio ecc ecc).

Nelle comunità indigene tzotzil e tzeltal, il fatto che la donna venga educata a dover reprimere, tacere e sopportare il dolore e la sofferenza, influisce quindi sul modo in cui lo stesso dolore e la sofferenza verranno da lei espressi in gravidanza e sulla gestione da parte della famiglia e della comunità della condizione di salute in cui si trova. Quando in caso di complicazioni in gravidanza e nel parto, le aspettative e le pressioni esercitate sulla gestante da alcuni membri della famiglia e della comunità arrivano ad inibire le sue espressioni di dolore e sofferenza, può essere messa a rischio la sua incolumità.

La donna deve dimostrare di essere forte psichicamente e fisicamente, resiliente rispetto all’asprezza della vita e capace di sopportare il dolore e le sofferenze a cui è sottoposta in caso di malattia o durante il delicato periodo della gravidanza. La tensione che la donna vive nel dover osservare questi rigidi canoni culturali, dovendo soddisfare le aspettative comunitarie, può mettere a rischio la sua incolumità fisica. Qualora l’esercizio di repressione e inibizione del dolore che la donna esercita su sé stessa, si spinge oltre il limite fisiologico che ne garantirebbe la sopravvivenza, potrebbe andare incontro ad un decesso evitabile.

Nei paragrafi della terza parte del testo in cui mi occupo della costruzione emozionale delle donne indigene, noto che le levatrici tradizionali, assieme alle donne anziane della famiglia della gestante attuano forme di violenza simbolica, verbale e corporale attraverso cui ammoniscono brutalmente le partorienti durante il travaglio e il parto, qualora non riescano a nascondere le espressioni di dolore e a tacere le loro emozioni. Sui corpi delle partorienti vengono agite rigide misure di controllo (spesso le privano di acqua e cibo nelle ore precedenti al travaglio e al parto e appongono bendaggi sulla bocca della gestante per impedire che emetta grida) per inibire la loro espressività emozionale, corporea e silenziare la loro voce.

Tuttavia, qualora l'idioma del dolore venisse considerato il solo fattore capace di incidere sulla mortalità materna indigena in gravidanza, si opererebbe una pericolosa banalizzazione della questione. È fondamentale non elidere dall'analisi il grado di violenza strutturale prodotta in seno alla società che si manifesta nelle sue profonde disuguaglianze e che si traduce in patologie emozionali (Collier, 2000; Tapias, 2006; Boyer, 2012, 2013) e corporee di varia natura.

Miseria, violenza sessuale, analfabetismo, dissimmetria di genere assieme limitano in primo luogo la capacità-azione (Farmer, 2003) delle donne indigene giovani di Los Altos le cui voci vengono a più livelli silenziate (all'interno della famiglia e nella comunità) e i cui corpi vivranno maggiori rischi di incorrere in discriminazioni, abusi, patologie e decessi evitabili.

Nell'ultima parte del testo rifletto sui modi attraverso cui ho ritenuto possibile e opportuno parlare di emozioni nell'etnografia e sui cambiamenti che i linguaggi emozionali indigeni stanno vivendo, alterando le culture tradizionali del parto e del dolore. L'idea pre-confezionata della donna indigena tzotzil e tzeltal che viene educata a sopportare e a reprimere il dolore e la sofferenza è diffusa tra molti antropologi messicani con cui ho lavorato ed oltre ad essere una costruzione dell'Altro riduttiva e semplicistica, è tutt'altro che innocua; questo modo di classificare l'Altro indigeno, con l'ausilio di particolari categorie antropologiche e bio-mediche, rischia di riprodurre uno sguardo stereotipato delle comunità e delle donne tzotzil e tzeltal, che ricorda quello che aveva caratterizzato la produzione antropologica indigenista messicana degli inizi del secolo scorso.

Alcuni autori che hanno svolto dettagliate ricerche nell'area (Collier, 2000; Boyer, 2012, 2013), hanno analizzato i legami tra i cambiamenti economici, i flussi migratori, la modificazione della struttura familiare tradizionale indigena e i discorsi emozionali che oggi interessano le comunità tzotzil e tzeltal degli altipiani del Chiapas e della città di San Cristóbal. Interrogare queste trasformazioni può essere un buon metodo per contrastare, almeno in parte, quei discorsi monolitici relativi all'ethos del dolore femminile, frammentando le appartenenze identitarie e culturali delle donne, oltre al contesto culturale indigeno in cui vengono "fabbricate" le emozioni.

Negli ultimi due decenni, molte delle comunità maya situate nella zona montuosa del Chiapas attorno a San Cristóbal de Las Casas, hanno vissuto notevoli trasformazioni sociali, culturali ed economiche in conseguenza dello sviluppo del turismo, della presenza sul territorio di nuovi movimenti sociali e politici (lo Zapatismo) e del collasso dell'economia delle *close corporative*

communities (Collier, 2000, Wolf 1957, 1986)³⁴⁶. Le migrazioni influiscono fortemente sulla disarticolazione dei ruoli assunti dalle donne e dagli uomini all'interno delle comunità e delle famiglie indigene, i giovani di Los Altos vivono multiple appartenenze identitarie, aderiscono a diversi discorsi emozionali, sperimentano nuovi modi di vivere la famiglia, la coppia, la genitorialità e la sessualità. Si modifica l'ethos emozionale che veniva impartito alle donne all'interno delle comunità e in conseguenza anche i linguaggi del dolore e della sofferenza con cui queste si esprimono.

Nelle aree indigene di Los Altos si assiste oggi a un processo di progressiva "sentimentalizzazione" della società tradizionale che, vivendo sempre più a stretto contatto con quella mestiza, lentamente ne sta assumendo alcuni tratti caratteristici. I tzotzil e tzeltal di San Cristóbal de Las Casas e delle comunità rurali limitrofe, utilizzano spesso l'espressione "nuevo vivir" (Boyer, 2014) per definire le trasformazioni che segnano il presente e che non riguardano solo il modo con cui si esprimono le emozioni, ma incidono anche sui ruoli sociali familiari e comunitari, sulle abitudini alimentari e sessuali, sull'accesso all'alfabetizzazione e sulle differenze di genere. Molti indigeni ormai non vivono più esclusivamente all'interno delle loro comunità di origine ma frequentano assiduamente gli ambienti urbani consumando e arricchendo un milieu culturale variegato, molto più ricco e composito rispetto a quello tradizionale.

La popolazione indigena di Los Altos è ampiamente consapevole dell'incedere progressivo del "nuevo vivir", una grande mutazione nello "stile di vita" tzotzil e tzeltal ostracizzata da chi detiene i ruoli più autorevoli nelle comunità tradizionali e percepita come una pericolosa polverizzazione delle abitudini e delle tradizioni comunitarie, frammentate dal contatto con la modernità.

A fronte della complessità e della dinamicità del contesto etnografico, il discorso sul sé e sulle emozioni non può essere configurato come un dispositivo culturale che crea i soggetti a sua immagine e somiglianza, può essere invece letto come una risorsa nelle mani degli attori sociali che viene utilizzata in base a specifiche intenzionalità personali e che viene rimodellata in base all'esperienza soggettiva accumulata.

³⁴⁶ In un sistema economico globale neo-liberale sempre più interconnesso, per rispondere alle nuove necessità economiche che sono emerse anche all'interno delle comunità indigene, molti dei loro membri si sono immessi nel mercato del lavoro extra domestico che poteva garantire introiti migliori rispetto a quelli ricavati con l'adozione di un modello economico corporativo di sussistenza.

Fissare l'identità delle donne e i loro linguaggi entro canoni culturali tradizionali, dimenticando il fatto che ormai sono molte quelle che, soprattutto in seguito alla loro migrazione in città, hanno profondamente trasformato il loro stile di vita e il loro modo di vivere le emozioni, arricchendoli di elementi culturali eterogenei, non terrebbe conto del carattere performativo, dinamico e plurale delle loro voci e dei loro vissuti. Ho dato quindi sempre più importanza a quegli elementi sincretici, disordinati e poco prevedibili che effettivamente caratterizzano il modo in cui le gestanti indigene migranti, che ho accompagnato durante il loro travaglio e il parto, esprimono e vivono le loro emozioni. Nell'analisi dei discorsi emozionali ho considerato la dimensione del cambiamento, della mutazione e della negoziazione identitaria, tutti processi che caratterizzano le esistenze delle mie informatrici e che hanno impresso segni profondi anche sui loro discorsi emotivi, affettivi, relazionali e identitari.

L'ansia del disordine che spesso noi antropologi sentiamo durante le ricerche sul campo che si svolgono in area urbana o con soggetti indigeni migranti, rischia sempre di perdersi nell'estrema variabilità dell'esperienza soggettiva e genera spesso una volontà di produrre sistemi all'interno dell'etnografia. Per questo motivo siamo spesso spinti a controllare eccessivamente i dati di campo con il rischio di perdere una parte importante e che caratterizza l'esperienza del vivere e del sentire emozioni, oltre a creare distanza tra l'elaborato etnografico e il carattere essenzialmente dinamico delle espressioni emozionali e delle formazioni sociali. Come magistralmente ci insegna Jason Throop nella sua etnografia sull'esperienza del dolore in Yap (Throop, 2010), leggere il dolore e la sofferenza è un mezzo per avvicinarsi alla complessità dell'esistenza umana, alla soggettività dei nostri informatori, oltre ad essere una preziosa lente per leggere la società e la cultura in cui questi si situano.

Per sviluppare un discorso sulle emozioni che sia flessibile e aperto all'agency delle donne tzotzil e tzeltal migranti in area urbana, è fondamentale ridare spazio al soggetto, alla sua personale esperienza emozionale, lasciando spazio alla riflessione epistemologica sul non-ordine (Rosaldo, 1993), sul carattere di imprevedibilità e di non-premeditazione dei discorsi emozionali in ogni caso e contesto.

Le emozioni femminili, quindi, pur rimanendo dei discorsi in parte culturalmente orientati sulle caratteristiche della società in cui vengono prodotti, possono essere considerati degli strumenti di cui le donne stesse dispongono esprimendo il loro agire individuale in modi a volte caotici, imprevedibili e non egemonici. Sono preziose casse di risonanza utili a indagare il modo in cui le

gestanti di Los Altos riescono a far fronte alle nuove sfide che fenomeni quali la migrazione, l'accresciuta precarizzazione della loro esistenza, l'alterazione dei modelli economici e sociali comunitari e la frammentazione dei saperi medici tradizionali pongono oggi nei loro confronti. Le gestanti indigene e migranti degli altipiani del Chiapas sono soggetti particolarmente vulnerabili e le modifiche delle loro culture del parto, del dolore e della nascita sono preziose lenti attraverso cui leggere questi profondi cambiamenti, che ci permettono di ripensare anche la nostra cultura, medicina, società.

Bibliografia

- Abric, J. C. (2001), *Prácticas sociales y representaciones*, Ediciones Coyoacán, S. A. de C. V., México ISBN 970-633-193-X.
- Abu-Lughod L., Lutz C. (1990), *Emozioni*, traduzione di Chiara Pussetti (2005) *Annuario di Antropologia*, n. 5, Maltemi, Roma.
<https://www.ledijournals.com/ojs/index.php/antropologia/article/view/130/122>.
- Amselle J. L. (1999), *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Agamben G. (1995) *Homo sacer*. Einaudi editore, Torino.
- Atkin, Brown, Rees, Sesia (2016), *El marco normativo legal en la atención del parto en México*, in Freyermuth Enciso, (2018), edición Ciesa, San Cristóbal de Las Casas, México.
- Augè M., Herzlich C. (1986), *Il senso del male, antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il saggiatore Editore, Milano.
- Appadurai, A. (2001), *Modernità in polvere*, Maltemi, Roma.
- Asad, T. (1982), *A Comment on the Idea of Non-Western Anthropology*, in H. Fahim, *Indigenous Anthropology in Non-Western Countries: Proceedings of a Burg Wartenstein Symposium*. pp. 284-287. Durham, North Carolina, Carolina Academic Press.
- Bastos Amigo, Santiago (2007), *Familia, género y cultura. Algunas propuestas para la comprensión de la dinámica de poder en los hogares populares*, CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Bateson, G. (1988), *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, Einaudi, Torino.
- Beltrán A. (1957), *El proceso de aculturación*, UNAM, Ciudad de México.

- Beltrán A. (1966), *Función social de la medicina pre cartesiana*, in *Gaceta Médica de México*, vol. XCVI, núm. 10, México.
- Beneduce, R. (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi e storia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Beneduce, R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Beneduce R. (2010), *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Beneduce, R. (2010), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Bari.
- Berlin, E. A., Berlin B. (1996), *Medical Ethnobiology on the Highland Maya of Chiapas, Mexico. The gastrointestinal diseases*. New Jersey: Princeton University Press
- Bhabha H. K. (2001), *I luoghi della cultura*. Maltemi, Milano.
- Boas F. (1888), *The central Eskimo*. Read Books Editors (2013).
- Bonfanti S. (2012), *Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale* in *Quaderni di Donne & Ricerca* ISSN: 1827-5982.
- Bonfil Batalla, G. (1994), *México profundo. Una civilización negada*, Grijalbo, México.
- Bourdieu P. (1972), *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina Editore, Milano (2003).
- Bourdieu P. (1980), *Il senso pratico*, Armando Editore, Roma, (2016).
- Bourdieu P. (2013), *Cose dette. Verso una sociologia riflessiva*, Orthotes Editrice, Napoli-Salerno.
- Boyer I. N. (2012), *Me' vinik. Una metafora Tzotzil sobre la salubridad de la vida en la modernidad de los altos de Chiapas*. <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/socios.php>
- Boyer I. N. (2013), *Ahora somos ya tan frágiles". Modernidad y trauma en la sociedad tzotzil contemporánea*, https://www.academia.edu/27104938/_Ahora_somos_ya_tan_fr%C3%A1giles_._.Modernidad_y_trauma_en_la_sociedad_tzotzil_contempor%C3%A1nea.
- Boyer N. I. (2013), *Los amores locos de una joven chamula. Simpatías materno-filiales y cambio social*. *Entre Diversidades: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, ISSN 2007-7610, ISSN 2007-7902, N.º. 1, 2013
- Boyer, N. I. (2014), *Tesi doctoral, Amor y otras tecnologías, una miscelánea de la modernidad Tzotzil en Chiapas*, UNED, Spagna.
- Boyer, N. I. (2015), *Gente de palabras. Subjetividades indígenas en transformación en el Chiapas contemporáneo* *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXX, n.1, pp. 77-100.

Bordonaro L. (2005), L'amor come stile culturale. Auto-poiesi e strategie emozionali tra i giovani di Bubaque, Guinea Bissau, in Emozioni, "Anuario di Antropologia", n°. 6, pp. 127-149, Meltemi, Roma.

Byron, J. G. (1992), A body in pain – The making of a world of chronic pain, in Quaranta I. (2006) Antropologia medica, Raffaello cortina editore, Milano.

Bracco Bruce L., Ruiz-Bravo López P. (2017) Tu envidia no es mi progreso: El bienestar desde una mirada cultural y de género, in Psicoperspectivas vol.16 no.2 Valparaíso jul. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1010>.

Briggs C. L. and Briggs C. M. (2000), Bad Mothers and the Threat to Civil Society: Race, Cultural Reasoning, and the Institutionalization of Social Inequality in a Venezuelan Infanticide Source in Law & Social Inquiry, Vol. 25, No. 2, pp. 299-354 Published by: Wiley on behalf of the American Bar Foundation Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/828982>

Briones C. (2007), Teoría performativas de la identidad y performatividad de las teorías, Tabula Rasa, No.6: 55-83, enero-junio 2007, Bogotá, Colombia.

Briones C. (2015), Prácticas de fronterización, pluralización y diferencia, Universidad Nacional de Río Negro-CONICET, Bariloche.

Briones, C. (2005), Formaciones de alteridad: Contextos globales, procesos nacionales y provinciales, en Cartografías Argentinas. Políticas Indigenistas y Formaciones Provinciales de Alteridad, pp. 11-43, Editorial Antropofagia, Buenos Aires.

Brubaker R., Cooper F. (2001), Más allá de la "identidad", CECYP, pp. 30-67.

Butler, J (2002), Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo", Paidós editores, Buenos Aires.

Campos Navarro R. (1996), Una visión general sobre la salud intercultural, Registro Público SEP - INDAUTOR, México.

Cantoral Cantoral G. (2014), De la desigualdad de género a los malestares. La cotidianidad de mujeres y varones en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, in Cesmeca, México.

Cairo Action of Action (1994), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

Casique, I. (2006), ¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México, Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 21, núm. 1, enero-abril, 2006, pp. 49-81, El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

Castro-Gómez, Santiago, (1958), *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*, Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Chakrabarty Dipesh (2000), *Provincializing Europe. Postcolonial Thought and Historical Difference*, Princeton University Press, Oxford.

Clifford, J., (1999), *I Frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*, Bollati Boringhieri, Torino.

Collier G., Farias Campero P. J., Pérez J., White V. (2000), *Socio-Economic Change and Emotional Illness among the Highland Maya of Chiapas, Mexico*, *Ethos*, Vol. 28, No. 1, pp. 20-53, Published by, Wiley on behalf of the American Anthropological Association Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/640700>

Colucci, M. (2005), *Lessico di biopolitica*, Manifesto Libri, Italia.

Csordas, T. (1999), *Incorporazione e fenomenologia culturale* (Traduzione di Claudia Mattalucci-Yilmaz), in *Annuario di antropologia*, n 3, Corpi.

Dawson A. S. (1998), *Indigenismo and the 'Revindication' of the Mexican Indian*, in *Models for the Nation to Model Citizens: 1920-40*, *Journal of Latin American Studies*, Vol. 30, No. 2 pp. 279-308 Published by, Cambridge University Press, Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/158527>

Darwin (1872), *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Bollati Boringhieri, Torino (2012).

De Martino E. (2002), *La fine del mondo*, Einaudi editore, Torino.

De Martino E. (2008), *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Bollati Boringhieri Editore, Torino.

De la Cadena M. (2007), *Formaciones de indianidad. Articulaciones raciales, mestizaje y nación en América Latina*, en Vion editore.

Degregori, Sandoval (2008), *Saberes periféricos: ensayos sobre la antropología en América Latina*, IEP, Perú.

Despret, V., (2001), *Ces Émotions qui nous fabriquent, ethnopsychologie de l'authenticité*, Parigi, Seuil. trad. it. 2002, *Le emozioni, etnopsicologia dell'autenticità*, Elèuthera, Milano.

Davis Floyd R. e Davis E. (2010), *L'intuizione come sapere autorevole nella pratica ostetrica e nel parto a domicilio* in *La nascita*, *Annuario di Antropologia* n. 12.

Diaz Cruz M (2012), *La afectividad en antropología. Una estructura ausente*, México, UAMI/CIESAS, Publicaciones de la Casa Chata. *Nueva Antropología*, vol. XXVII, núm. 81, pp. 229-233, Asociación Nueva Antropología A.C. Distrito Federal, México.

Echeverría B. (2007), *Imágenes de la "blanquitud"*, en Diego Lizarazo et Al.: *Sociedades icónicas. Historia, ideología y cultura en la imagen, Siglo XXI, México.*

Epstein A. L. (1992), *In the midst of life. Affect and ideation in the world of the Tolai*, Berkeley-Los Angeles- Oxford, University of California press.

Esteban, M. L. (2006), *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 1, pp. 9-20 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

Espinosa Miñoso Y., Gómez Correal D., Ochoa Muñoz K. (2014), *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*, Editoras Popayán, Editorial Universidad del Cauca, Colombia.

Escobar, A. (2010), *Latin America at a crossroad: Alternative Modernizations, PostLiberalism, or Post-Development?* *Cultural Studies* 24 (1): 1-65. <https://doi.org/10.1080/09502380903424208>.

Evangelista G., Angélica A., Kauffer M., Edith F. (2009), *Iniciación sexual y unión conyugal entre jóvenes de tres municipios de la región fronteriza de Chiapas* *Revista de Estudios de Género. La ventana*, Núm. 30, pp. 181-221, Universidad de Guadalajara México.

Ewing, K. P. (1990), *The illusion of wholeness: culture, self, and the experience of inconsistency*, *Ethos*, n. 18, pp. 251-278.

Fabietti, U. (2010), *L'identità etnica, storia e critica di un concetto equivoco*, Carrocci editore, Roma.

Fanon, F. (1952), *Pelle nera, maschere bianche*, Marco Tropea editore, Milano.

Fanon, F. (1962), *I dannati della terra*, Einaudi editore, Torino.

Farmer, P. (2003), *On suffering and structural violence. Social and economic rights in the global era*, in *Farmer Pathologies of power. Health, human right and the new War of the poor*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.

Fassin. e Pandolfi, M. (2010), *Contemporary State of emergency. The politics of military and Humanitarian intervention*, Zone Books editor, Brooklyn, New York.

Fassin D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieu de Dakar*, Paris, Pres Universitaires de France.

Forni, S., Pennacini, C., Pussetti, C. a cura di (2006), *Antropologia, genere, riproduzione. La costruzione culturale della femminilità*, Carrocci editore, Roma, Italia.

Foucault, M. (1976), *La volontà di sapere* Feltrinelli, Milano (1978).

Foucault, M. (1969), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi editore, Torino, Italia.

Freyermuth Enciso, G. (1994), *Medicina Indígena y Medicina Alópata: Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, CIESAS Sureste, San Cristóbal de las Casas, México.

Freyermuth, Guerrero (1995), *Migration, organization, identity. The woman group case in San Cristobal de Las Casas*, *Journals of women and culture in society*, pp. 970995.

Freyermuth Enciso G. (2003), *Mujeres de humo, morir en Chenalò. Género, étnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), el Instituto Nacional de las Mujeres, el Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos, Chiapas.

Freyermuth Enciso, De la Torre, Meneses Navarro, Meléndez Navarro (2009), *Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Validación de un indicador alterno para identificar el subregistro de muerte materna en algunas regiones indígenas*, *Estudios demográficos urbanos*, vol.24, n.1, pp.119-149

Freyermuth Enciso, G. (2010), *La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia*. *Revista Pueblos y fronteras digital* v.6, n.10.

Freyermuth Enciso G. (2013), *Mortalidad materna, Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, UNAM, Ciudad de México.

Freyermuth Enciso, G., Sesia P. (2013), *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Chiapas.

Freyermuth-Enciso, G. (2014), *Maternal Mortality and Problems with the Health Care Provisión in Chiapas: An Analysis from the Intercultural Perspective*, Ciesa, San Cristóbal de las casas, Chiapas.

Freyermuth Enciso, G. (2015), *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia* Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, UNAM, Ciudad de México.

Freyermuth Enciso, G. (2018), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, edición CIESA, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Fuller N. (2010), *Sexualidad, salud, sociedad*, n 4, pp. 10-27, *Revista Latinoamericana*.

Gabilondo J. (2009), Genealogía de la “raza latina”: para una teoría atlántica de las estructuras raciales hispanas, *Revista Iberoamericana*, Vol. LXXV, Núm. 228.

Gamio M. (1916), *Forjando patria. Pro nacionalismo*, México.

Gargallo F., (2011), Los feminismos de las mujeres indígenas: acciones autónomas y desafío epistémico”, conferencia magistral del Coloquio: memoria, violencia y acción emancipatoria, XVI Congreso Nacional de Filosofía: razón y violencia, Asociación Filosófica de México, conferencia leída en la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.

Garzón Martínez, M. T. (2018), *Oxímoron. Blanquitud y feminismo descolonial en Abya Yala*, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica (Cesmecha), Grupo Latinoamericano en Estudios, Formación y Acción Feminista (Glefas), México.

Geertz G. (1973), *Interpretazione di culture*, il Mulino editore, Bologna.

Giordano C. (2006), *Riflessioni sulla traduzione tra clinica e antropologia* in Taliani, Vacchiano (2006) pp. 297-336.

Gómez García, I. (2017), *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud*. Posgrado en Antropología, Facultad de filosofía y Letras-Instituto de Investigaciones Antropológicas-Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur/UNAM.

Gómez García e Vargas Escamilla (2017), *Transitar hacia la certificación: caminos, obstáculos y nuevos interrogantes*, Ciesas, San Cristóbal de Las Casas.

González Montes, S. (2009), *Violencia contra las mujeres, derechos y ciudadanía en contextos rurales e indígenas de México*, *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 16, núm. 50, pp. 165-185, Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

Good, B. J. (1977), *The heart of what’s the matter. The semantic of illness in Iran*. In *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol 1, n 1, pp 25-58, Dordrecht, The Netherlands.

Gruzinski, S. (2016), *Abbiamo ancora bisogno della storia. Il senso del passato nel mondo globalizzato*, Raffaello Cortina editore, Milano, Italia.

Guillermo Zermeño (2011), *Dal mestizo al Mestizaje: arqueología de un concepto*, Chapter Author(s) en *El peso de la sangre. Limpios, mestizos y nobles en el mundo hispánico*, editori Nikolaus Böttcher, Bernd Hausberger, Max S. Hering, Published by: Colegio de México. (2011) Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv47wf6r.13>

Gutiérrez Narváez G. M. (2014), *Identidad, racismo y familia en San Cristóbal de Las Casas*, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

Hernández Cordero e G. Fenner Sánchez (2018), *Ciudad de vacaciones. Conflictos urbanos en espacios turísticos*, Pollen edicions, sccl, Barcelona.

Hernández Flores J. Á. (2016), *Cholula y su sistema de cargos. Una propuesta para su estudio*. In revista trimestral de ciencia y cultura número 102, volumen 23, abril-junio de 2016.

Hernández R. G., Cruz Burguete J. L. (2005), *Religión y dinámica familiar en Los Altos de Chiapas. La construcción de nuevas identidades de género*, *Estudios Sociológicos*, XXIII: 68.
https://www.researchgate.net/publication/291043534_Los_amores_locos_de_una_joven_chamula_Simpatias_materno-filiales_y_cambio_social

Hooks B. (1986), *Sisterhood: Political Solidarity between Women*, *Feminist Review*, No. 23, *Socialist-Feminism: Out of the Blue* (Summer, 1986), pp. 125-138, South and Press.

Jackson, M. (2002), *The politics The Politics of Storytelling. Violence, Transgression and Intersubjectivity*, Copenhagen, Museum Tusulanum Press.

Jodelet, D. (2008), *El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales*, *Revista digital Cultura y representaciones sociales*, Instituto de Investigaciones Sociales, Año 3, Núm 5, UNAM, Ciudad de México.

Jackson, Jean E. (2011), *Pain and Bodies in A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, Frances E. Mascia-Lees Editor, Chapter 21, Wiley-Blackwell.

Jordan B. (1984), *La nascita in 4 culture. Atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*. Emme editori, Milano, Italia.

Kleinman A., Kleinman J. (1991), *Suffering and its professional transformation*, in *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, n 3, pp 275-301, Dordrecht, The Netherlands.

Kleinman, A. (1978), *Concepts and model for the comparison of medical system as cultural system*, in *Social Science and Medicine*, vol 12, pp. 85-93.

Kleinman A., DelVecchio M-J, Good, Brodwin P., Good Byron (1994), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, University of California press, Berkley.

Knapp, P. H, (1958), *Conscious and Unconscious effects*, in *Psychiatric Research Reports*, n.8 pp. 55-74.

Kleinman A. Das V. (1997), *Social suffering*, University of California Press.

Kuwayama, T. (2004), *Native Anthropology: The Japanese Challenge to Western Academic Hegemony*, Melbourne, Trans Pacific Press.

Krotz E. (2008), La antropología mexicana y su búsqueda permanente de identidad, in Ribeiro e Escobar (2008), *Antropologías del mundo*.

Leboyer, F. (1974), *Per una nascita senza violenza. Il parto dal punto di vista del bambino*, Bonpiani editore, (2017).

Le Breton D. (2007), *Antropologia del corpo e modernità*. Giuffrè editore, Milano.

Le Breton D. (2007), *Antropologia del dolore*, Maltemi editore, Roma, Italia.

Le Breton D. (2012), *Por una antropología de las emociones en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Nº10. Año 4. Argentina.

Lozoya L. (1988), *La medicina tradicional en México: experiencia del Programa IMSSCOPLAMAR*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Lomnitz (1999), *Modernidad indiana. Nueve ensayos sobre la nación y mediación en México*, Planeta, México D. F.

Lévi-Strauss, (1962), *Il pensiero selvaggio*, Il Saggiatore, Milano (1964).

Lissett, Pérez (2010), *Antropologías periféricas. Una mirada a la construcción de la antropología en Colombia* in *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, Vol. 24 N. 41 pp. 399-430.

Lozoya Lagorreta (1987), *Traditional medicine and health in México*.

Lugones M. (2008), *Colonialidad y género*, *Tabula Rasa*, No.9: 73-101, Bogotá - Colombia.

Lupo A. (1998), *Apostillas sobre las transformaciones de la medicina tradicional en México*, UNAM e La Sapienza, México DF, Roma.

Lupo A. (2001), *Semejanzas que engañan y malentendidos que curan en el encuentro de medicina occidental y amerindia en México*, in Lison Tosolana C. (2001), *Antropología. Horizontes comparativos*, Editorial Universidad de Granada, Spagna.

Lupo, A. (2003), *Medicina, religione e sincretismo. Conflitto, fusione e fraintendimento di verità nel Messico indigeno*, *Scripta Ethnologica*, núm. 25.

Lupo A. (2017), *Patients, mystical journeys and health care: negotiating therapeutic paths and managing failure in a Mexican context of medical pluralism*, *L'Uomo*, 2017, n. 2, pp. 53-74.

Lupo A. (2018), *Dalle sette caverne alla sala parto. Un excursus tra concezioni e pratiche intorno all'utero nel Messico antico e moderno*, in *Cultural Constructions of the Uterus in Pre-modern Societies, Past and Present* (2018) Cambridge Scholars Publishing

Lutz, C. (1982), *The domain of Emotion words on Ifaluk*, *American Ethnologist*, Vol 9, pp 113-128.

Lutz, C. (1988), *Unnatural Emotions. Everyday sentiments on Micronesian Atoll & their challenge to western theory*, University of Chicago press, Chicago and London.

Maffi I. (2010), Introducción, La nascita, Anuario di Antropologia.

Maffi I., Veltro S. (2010), Storia di un'ostetrica: alla ricerca dell'autenticità della nascita, in La nascita, Anuario di Antropologia.

Mattalucci C. (1997), Persona, self, emozioni, antropologia e individualità, in la ricerca folklorica, n 35, pp. 81-91. https://www.jstor.org/stable/1480056?seq=1#metadata_info_tab_contents

Mauss, M. (1934), Le tecniche del corpo. Edizioni ETS, (2017).

Meneses Navarro S. (2005), Identidad étnica y utilización del sistema médico alopático en Los Altos de Chiapas, Ciesas, Chiapas, México.

Meneses Navarro y Graciela Freyermuth E. (2017), La atención del parto con pertinencia cultural, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2017. Cátedras Conacyt-CIESAS.

Ministero della salute (2013), Definire e valutare il dolore, http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia.

Montes S. G. (2003), Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México, Memoria de seminario de investigación, publicación del Programa Salud Reproductiva y Sociedad México.

Moraga Cherríe (1998), La güera, in Cherríe Moraga y Ana Castillo (1998), Este puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos, Ism Press, San Francisco.

Morales, Zeyda R. (2015), Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales, Espiral, vol. XXII, núm. 64, pp. 269-277, Universidad de Guadalajara Guadalajara, México.

Moreno Figueroa (2013), "Yo nunca he tenido la necesidad de nombrarme": Reconociendo el Racismo y el Mestizaje en México, en FORMAS DE INTOLERANCIA. DE NORTE A SUR EN AMÉRICA LATINA, coordinado por Alicia Castellanos Guerrero y Gisela Landázuri Benítez, Mexico, D.F

Moreno Figueroa M., G., Emiko Saldívar (2015), We Are Not Racists, We Are Mexicans: Privilege, Nationalism and Post-Race Ideology in Mexico, Critical Sociology 1–19.

Oikonomakis (2019), El encanto del Zapatismo. Una lucecita incómoda en medio de una larga noche, Boletín Oniteaiken N° 27 - mayo 2019.

Ortiz F (1940), Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar, Catedra Ediciones, estable url <https://libroschorcha.files.wordpress.com/2018/04/contrapunteo-cubano-del-tabaco-y-el-azucar-fernando-ortiz.pdf>

Oliart P. (1991), Candadito de oro fino, llavecita filigrana... Dominación social y autoestima femenina en las clases populares en Márgenes, Encuentro y Debate, Año IV, No. 7, 1991. SUR Casa de Estudios del Socialismo, pp. 201-220 in Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales, www.cholonautas.edu.pe/.

Page Pliego, J. T. (1996), Religión y política en el consumo de prácticas médicas, Chiapas Instituto de Estudios Indígenas UNACH. Serie Monografías No. 6. ISBN 96836-9850-6 serie científica 968-36-8321-5.

Page Pliego, J. T. (2002), Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, PROIMMSE-IIA-UNAM / Instituto De Estudios Indígenas –UNACH. ISBN: 968-36-8321-5

Page Pliego, J. T. (2005), El mandato de los dioses: Medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas. México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste - Instituto de Investigaciones Antropológicas, Serie: Científica 11. México, ISBN 978-607-02-3265-7, UNAM, Ciudad de México.

Page Pliego, J. T. coordinador (2014), Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública. UNAM, Coyoacan, Mexico, D. F.

Perillo e Bassetti (2009), La riforma del sistema sanitario in Messico, in La salute internazionale. <http://www.saluteinternazionale.info/2009/11/la-riforma-delsistema-sanitario-in-messico/>

Percy, W. (1975), The message in the bottle: how queer man is, how queer language is, and hat one has to do with the other, Farrar Straus and Giroux, New York.

Pink, S. (2009), Doing sensory ethnography. Sage publication, London

Pink, S. (2007), Doing Visual Ethnography. Second edition, edition.

Pitcher B. (2006), Are You Thinking What We're Thinking? Immigration, Multiculturalism and the Disavowal of Racism in the Run-up to the 2005 British General Election', Social Semiotics.

Piasere L. (2002), L'etnografo imperfetto esperienza e cognizione in antropologia, Edizioni Laterza, Roma-Bari.

Platt T. (2002), El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes, Estudios Atacameños, n 22.

Pons Rabasa A. (2019), Desafíos epistemológicos en la investigación feminista: hacia una teoría encarnada del afecto, Debate feminista, ISSN 0188-9478, Vol. 57, pág. 134-155, UNAM, México.

Poole D. (2008), A Companion to Latin American Anthropology, Edited by Blackwell, Oxford, UK.

Proclama di Teheran, 13 maggio 1968. Si veda: <http://ospiti.peacelink.it/cd/docs/1206.pdf>

- Pussetti, C (2005), Poetica delle emozioni. I Bijagó della Guinea Bissau, Laterza edizione, Roma.
- Pussetti, C. (2005), Vento, tempesta e incendio: i pericoli della perdita del controllo (Arcipelago dei bijagó, Guinea Bissau, Academia.edu
https://www.academia.edu/19079809/Vento_tempesta_e_incendio_i_pericoli_della_perdita_del_controllo
- Pribilisky, J. (2001), Nervios and "Modern" Childhood: Migration and Changing Contexts of Child Life in the Ecuadorian Andes. *Childhood: A Global Journal of Child Research* 8(2):251-273.
- Quaranta, I. (2006), *Antropologia Medica*, Raffaello Cortina editore, Milano, Italia.
- Quattrocchi, P. (2011), *Corpo, riproduzione e salute tra le donne Maya dello Yucatan (Messico)*, in *Percorsi di antropologia e cultura popolare*, Pacini editore, Pisa, Italia.
- Quattrocchi P. (2019), *Violenza ostetrica. Le potenzialità politico-formative di un concetto innovativo in Etno Antropologia*, 7 - ISSN 2284-0176.
- Quijano A. (1992), *Colonialidad y modernidad/razionalidad*, in *Perú Indígena*, vol. 13, n. 29, Lima.
- Ramos, A. (2005), *Sonho de uma tarde de inverno: A utopia de uma antropologia cosmopolita*.
http://www.ram-wan.net/old/documents/05_e_Journal/journal-1/7.Ramos.pdf
- Ramos Maza T. (2018), *Mujeres del campo chiapaneco: sus respuestas ante la crisis del campo mexicano y sus nuevas condiciones laborales*, CLACSO.
- Ranisio G. (2019), *Salute sessuale e riproduttiva: un concetto da rivedere?* In *Etno Antropologia* - ISSN 2284-0176.
- Rebhun, Linda (1993), *Nerves and Emotional Play in Northeast Brazil*. *Medical Anthropology Quarterly* 7(2):131-151.
- Rebhun, Linda (1994), *Swallowing Frogs: Anger and Illness in Northeast Brazil*. *Medical Anthropology Quarterly* 8(4):360-382.
- Rebhun, Linda (1999), *The Heart Is Unknown Country: Love in the Changing Economy of Northeast Brazil*. Stanford: Stanford University Press.
- Regalia A., Bestetti G. (2010), *La via chirurgica alla nascita: il caso Italia* in *La nascita* in *Annuario di Antropologia* n 12.
- Remotti, F. (1996), *Contro l'identità*, Laterza, Roma-Bari.
- Remotti, F. (2010), *L'ossessione identitaria*, Laterza, Roma-Bari.
- Remotti, F. (2011), *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*, Laterza, Roma-Bari.
- Remotti, F. (2013), *Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi*, Laterza, Roma-Bari.

Rescala N., Tognoni Gianni T. coordinato da (2013), *La salud como derecho humano y de los pueblos*, Stigma Editores, Observatorio de política públicas y sociales, Universidad Mayor de San Andrés y Università di Torino.

Resina de la Fuente, J. (2011), *El día que los caracoles aprendieron a correr: autonomía y territorio en las comunidades zapatistas*, Cuadernos Interculturales, vol. 9, núm. 16, pp. 81-92 Universidad de Valparaíso Viña del Mar, Chile.

Ribeiro G. y Escobar A. (2008), *Antropologías del mundo. Transformaciones disciplinarias dentro de sistemas de poder*, Popayán, Colombia.

Rivas, M. G., Estrada N. A., Jane E., Zapata, E., Ramón M. (2009), *Violencia, anticoncepción y embarazo no deseado. Mujeres indígenas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas* Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 24, núm. 3, pp. 615-651, El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

Rivera Cusicanqui, S. (2010), *Violencias (re) encubiertas en Bolivia*, Editorial Piedra Rota, La Paz, Bolivia.

Robledo Hernández, G. (2012), *Cruzando fronteras. De las comunidades corporadas cerradas a las comunidades transfronterizas de los indígenas chiapanecos*, Revista Liminar, Estudios sociales y humanísticos, año 10, vol. X, núm. 1, junio de 2012, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

Rosaldo M. Z. (1979), *Mujer, cultura y sociedad: Una visión teórica*, in Harris, Olivia y Kate Young (Compiladoras). *Antropología y feminismo*. Editorial Anagrama, Barcelona.

Rosaldo M. Z. (1984), *Toward an anthropology of self and feeling*. In *Culture Theory: essays on mind, self, and emotion*. R. A. Shweder and R. A. Le Vine, editors. pp. 137– 157. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Rosaldo, R. (1993), *Cultura e verità. Ricostruire l'analisi sociale*, Maltemi, Roma (2001).

Said, E. (1990), *Orientalismo*. Madrid: Libertarias/Prodhuvi. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.6: 55-83, enero-junio 2007, ISSN 1794-2489 83 TABULA RASA No.6, enero-junio de 2007.

Sayad, A. (1999), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Segato R. L. (2010), *Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial* in *La Cuestión Descolonial*. Lima: Universidad Ricardo Palma - Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder, 2010.

Segato R. L. (2015), *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*, Prometeo libros, Buenos Aires, Argentina.

- Scheper-Hughes N., Sargent C. (1998), *The cultural politics of childhood*, University of California press, Los Angeles, California. USA.
- Sesia, P. (2013), *Derechos humanos, salud y muerte materna: Características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México*.
 Revista Andaluza de Antropología 5:66-90. ISSN 2174-6796.
<http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/sesia.pdf>
- Sesia P. (2017), *Maternal Death in Mexico in History of Mexico, Social History, Science, Technology*, Oxford University Press USA.
- Severi C. (1993), *Follia e immagine del bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, Scandicci editore, Italia.
- Severi C. (2018), *L'oggetto persona. Rito Memoria Immagine*, Einaudi editore, Torino.
- Solana Eroza, E, (2017), *El cuerpo como texto y el eje vivencial del dolor. Las narrativas del padecimiento entre los Chamulas*, Casa Chata, Ciesas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
- Suárez, L. & L. Guazo (2005), *Eugenesia y racismo en México*, México: Universidad Nacional Autónoma de México-El Colegio de Michoacán.
- Spivak, G. (1988), *Can the Subaltern Speak? in Marxism and the Interpretation of Culture*. pp: 271-313, editor C. Nelson and L. Grossberg, Univ. of Illinois Press, USA.
- Stolcke V. (2000), *¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad?*, en *Política y cultura*, número 014, UAM-Xochimilco, DF, México.
- Stoller P. (1989), *The Taste of Ethnographic Things: The Senses in Anthropology*. University of Pennsylvania Press.
- Tapias M. (2006), *Emotions and the Intergenerational Embodiment of Social Suffering in Rural Bolivia*, Vol. 20, No. 3, pp. 399-415, *Medical Anthropology Quarterly, New Series*.
- Taussig M. T. (1980), *Reification and the consciousness of the patient in social science and medicine*, vol 14, pp. 3-13.
- Trejo Delarbre R. (1994), *La comunicación enmascarada. Los medios y el pasamontaña*, editorial diana, México, DF.
- Throop J. (2010), *Suffering and Sentiment. Exploring the Vicissitudes of Experience and Pain in Yap*, University of California Press,
- Turner V. (1974), *Dramas, fields and metaphors: symbolic action in human society*, Cornell university press, London.

- Vasconcelos, J. (1925), *La Raza Cósmica. Misión de la raza iberoamericana*, Buenos Aires: Espasa-Calpe.
- Vazquez Rico, I. (2017), *Prácticas emocionales y embarazo no planeado en las agentes sociales del Hogar comunitario Yachil Antzetik*, Universidad Autónoma de Chiapas, México.
- Viqueira J. P. (2002), *Las identidades colectivas en Los Altos de Chiapas: Una visión histórica*, Published by Colegio de México.
- Viqueira J. P. (2002), *Reflexiones de un historiador en la tormenta chiapaneca*, El Colegio de México, 2002, pp. 24-46.
- Vuille M. (2010), *Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storicosociali su un'espressione polisemica* in *Annuario di Antropologia* n.12.
- Viveiros de Castro, E. (2017), *Metafisiche cannibali. Elementi di antropologia post strutturale*, Ombre corte editore, Verona, Italia.
- Wacquant, Loïc (2014), *Poniendo al habitus en su lugar: réplica del simposio*, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, vol. 6, núm. 15, pp. 40-52 Universidad Nacional de Córdoba Córdoba, Argentina.
- Wallerstain (1974), *The modern world-system*, New York: Academic Press, Berkeley.
- Weber M. (1919), *La scienza come professione*, (2004) Einaudi editore, Torino.
- Weismantel M. (2001), *Cholas and Pishtacos: stories of race and sex in the Andes*, the University of Chicago press, Chicago and London.
- Wikan, U. (1990), *Managing Turbulent Hearts. A Balinese Formula for Living*, Chicago, University of Chicago Press.
- Wolf, E. (1957), *Closed Corporate Communities in Mesoamerica and Central Java*. *Southwestern Journal of Anthropology* 13:1-18.
- Wolf, E. (1986), *The Vicissitudes of the Closed Corporate Peasant Community*, *American Ethnologist* 13, pp. 325-329.
- Zanotelli F. (2005), *La identidad del dinero. Rituales económicos en un pueblo "mestizo" de Jalisco*, in *Relaciones* 103, XXVI.
- Zermeño G. (2011), *Del mestizo al mestizaje: arqueología de un concepto*, in Chapter Author(s): Book Title: *El peso de la sangre* Book Subtitle: *limpios, mestizos y nobles en el mundo hispánico*, Book

Editor(s): Nikolaus Böttcher, Bernd Hausberger, Max S. Hering Torres Published by: Colegio de Mexico, Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv47wf6r.13>

Zolla, C. (1987), El futuro de la Medicina Tradicional en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos, México, D.F

Zolla, C. (2008), Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre in Cultura y política. Recuperado el [fecha de consulta] de

http://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/cultura_politica/carlos_zolla_2008_1008.html

Appendice



Foto in alto: seminario domenicale presso l’Hogar Comunitario a cui sono state invitate donne tzotzil e tzeltal provenienti principalmente dalle zone rurali di Los Altos

Foto in basso: Mari Perez, sulla sinistra, con alcune partecipanti alle attività seminari.



Presso la sala parto dell'Hogar, Mari, la levatrice tradizionale, utilizza alcuni strumenti biomedici (gli stetoscopi) e altri oggetti che le hanno lasciato in dotazione al termine dei corsi di formazione, tra cui un busto in plastica scomponibile.

Per spiegare alle gestanti cosa succederà durante il parto e dove sentiranno dolore Mari utilizza alcuni semplici disegni schematici.



In alto: io e Mari appena dopo il suo parto.

In basso: io, Mari Hernandez (la levatrice tradizionale, vestita di rosso), Caterina -un'infermiera volontaria tedesca che si è occupata dell'assistenza al neonato-, Mari e il suo bebè appena nato.



Mari dopo il suo parto presso l'Hogar



Sandra dopo il suo parto presso l'Hogar



In alto la levatrice tradizionale Micaela Ico Bautista.

In basso alcune delle levatrici del Luna Maya tra cui Akane (la seconda partendo da destra), che ho intervistato più volte durante il campo.

Ringraziamenti

La vita e il campo a volte arrivano a fondersi, aprendo piste di riflessione e di esperienza sbalorditive. Questa ricerca si è amalgamata perfettamente con il mio percorso di vita, da giovane ricercatrice a gestante e futura madre, e le esperienze vissute in campo sono state preziose per le scelte che ho compiuto durante la mia gravidanza.

Ringrazio tutte le donne, gestanti, madri, amiche che in campo mi hanno raccontato le loro esperienze di dolore e sofferenza vissute durante la loro vita, durante la gravidanza, il parto e il puerperio. L'intimità di quei momenti resterà custodita nella magia estemporanea del campo.

Ringrazio Mari Hernández per avermi concesso, con estrema riservatezza e dolcezza, di assistere al mio primo parto presso l'Hogar. Tra emozioni e sofferenze, abbiamo accolto il suo bebè in un'esperienza meravigliosa che ora, in procinto di dare alla luce, mi ritorna alla mente con intensità. La ringrazio per la fiducia e per la determinazione con la quale ha affrontato i difficili momenti vissuti presso l'Hogar.

Ringrazio Mari Perez, perché l'ho sentita più amica che non informatrice e questo ha dato un valore aggiunto all'esperienza.

Ringrazio Alethia e Victor, la mia famiglia messicana a San Cristóbal. Alethia: spero tu riesca a portare a termine il libro sulla tua vita, sofferta, intensa, saggia. Sono grata per i momenti di condivisione che ci siamo concesse. Victor e il piacere di ricevere un invito a cena o un caffè caldo; grazie per avermi aiutato e protetto quando è stato necessario.

Ringrazio Megumi e Fra, bizzarre compagne di vita in Messico, che tutt'ora ricordo con infinito affetto, come tutti coloro che ho conosciuto a San Cristóbal.

Ringrazio i maestri di yoga che a San Cristóbal mi hanno permesso di staccare dal campo e tornare in me stessa, al mio corpo e all'equilibrio del respiro.

Ringrazio Stefano e Isidro, amici speciali che hanno saputo rendere Città del Messico un'accogliente casa verso cui voler tornare.

In Italia, ringrazio i professori del dipartimento di Antropologia di Torino e in particolare Roberto Beneduce, che mi ha sostenuto, ammonito e incoraggiato nel difficile percorso di campo e di stesura della tesi; l'ammirazione e il rispetto nutrito nei suoi confronti restano per me un forte stimolo per migliorare e crescere come ricercatrice. Ringrazio Sofia Venturoli, che ha saputo coinvolgermi e

tendermi una mano amica nei momenti di sconforto durante il dottorato. Con lei Paolo, Alessandro, Paola, Simona, ognuno a modo suo mi ha dato preziosi consigli antropologici e umani in questi anni di dottorato.

Ringrazio Giulia e gli altri dottorandi, perché abbiamo saputo considerarci per quello che siamo come persone, piuttosto che per quello che “produciamo” accademicamente.

Ringrazio la mia famiglia perché pur non capendo fino in fondo la “complessità” della mia ricerca, mi ha sempre stimato ed è tutt’ora una presenza fondamentale nel mio cammino.

Ringrazio tutti gli amici di Torino, che sono il motivo per il quale sono rimasta a vivere in questa città.

Franco, la tua intelligenza, sensibilità e il tuo amore, mi permettono non solo di trovare pace e ristoro, ma anche di fare progetti per il futuro. Per questo e tanto altro, grazie.