

Varia

IL SISTEMA NATALE DI AMED (EST-BALI INDONESIA)
E LE ISTITUZIONI SANITARIE GOVERNATIVE CHE LO
CONTROLLANO: RAPPORTI DI POTERE, GERARCHIE
E FORME DI RESISTENZA

ANNALISA GARZONIO
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, I

SUMMARY

*BIRTHING SYSTEMS AND MOTHER'S HEALTH CARE IN AMED
(EST-BALI/INDONESIA): POWER RELATIONSHIPS, HIERARCHIES
AND FORMS OF RESISTANCE*

This article offers an anthropological overview about birth processes in a small village in Bali and analyzes how the local government health care systems modify and control traditional knowledges on labour and childbirth. Central focus of the analysis will be the consideration of how women's position within society is determined by a complex system of rules, values and medical practices deeply conditioning childbirth sphere.

Fine e motore di questo mio articolo è il tentativo di approntare un'analisi accurata di quello che può essere definito il sistema natale¹ balinese, ponendo particolare attenzione all'intreccio fra politiche sanitarie, prassi istituzionali in materia di salute e contesto socio culturale. Le riflessioni e le parole che seguono sono frutto di un lavoro di ricerca sul campo da me svolto durante il 2014 per un periodo pari a sei mesi in un piccolo villaggio (Amed) situato a nord-est dell'isola di Bali².

Key words: Bali - Birthing traditional systems - Sanitary Balinese institutions

Mi servirò, per affrontare l'analisi, di alcuni presupposti appartenenti all'immaginario conoscitivo antropologico. In particolar modo mi avvicinerò al dialogo concernente le istituzioni sanitarie e le loro relazioni con i soggetti sociali considerando il campo sanitario non come un dispositivo neutro, ma come un complesso di norme, pratiche e valori, regolato e gestito da rapporti forza entro cui operano e agiscono i differenti agenti che lo abitano. Allo stesso modo muoverò le mie riflessioni poggiando sul presupposto che la realtà e con essa i corpi che la abitano rappresentano determinati prodotti storici attraverso i quali e sui quali si diramano le relazioni di dominio e potere in campo nei differenti setting culturali. Appare chiaro come, questi assunti, conducano a concettualizzare la descrizione medica ufficiale, le istituzioni e i meccanismi disciplinari che essa genera non in quanto entità fisse, neutre ed inevitabili in ogni parte del mondo, ma al contrario in quanto costrutti particolari di specifici gruppi umani. Le particolari istituzioni politico-sanitarie, appartenenti ad ogni contesto nazionale, fanno parte a pieno titolo di questi giochi di forze incidendo sulla formazione dei dispositivi simbolico - pratici attraverso cui i soggetti sociali concettualizzeranno i loro corpi, il loro sé e la loro relazione col mondo circostante. Nonostante ciò i modelli sanitari nazionali proposti vengono nei fatti essenzializzati al punto da renderli naturali ed in grado di stabilire in maniera univoca ciò che è normale e ciò che non lo è, di generare in altre parole regolarità sociali. Per questo, a mio avviso, possono essere considerati parte integrante dei meccanismi regolati da forme specifiche di *sociopotere*; con questo termine mi riferisco, attraverso le parole di S. Boni, a quella forma particolare di dominio che:

nel suo dispiegarsi quotidiano non prevede l'uso della forza né la persuasione razionale. Investe piuttosto la comunicazione, la classificazione del reale e del sociale, la costruzione del sapere e della verità, la legittimazione e trasmissione di modi di fare e di pensare. È un'esperienza in buona parte inconscia perché viene recepita come se fosse palese, ovvia e

Il sistema natale di Amed

naturale. Plasma l'organizzazione cognitiva individuale, ma non è soggettiva: produce infatti regolarità sociali³.

A mio avviso, il campo della nascita, del parto e delle cure prenatali si presta egregiamente per indagare questo complesso intreccio costituente il campo sanitario e le sue interrelazioni molteplici con l'assetto socio-culturale di ogni gruppo umano. Questo perché ne riconosco e sostengo il carattere d'ordine bio-sociale, riferendomi alla preziosa riflessione che B. Jordan ha realizzato a riguardo affermando:

Il parto è una transizione intima e complessa, un argomento fisiologico il cui linguaggio è culturale. Argomento e linguaggio, o in altre parole contenuto ed organizzazione, non sono mai validi l'uno in assenza dell'altro. Essi devono essere considerati insieme per poter ottenere una visione olistica del fenomeno. È per questa ragione che propongo di trattare qui il processo che accompagna la nascita considerandolo entro i confini di questa cornice bio-sociale, come fenomeno che viene prodotto congiuntamente e riflessivamente, sia dalla biologia (universale) che dalla società (particolare)⁴.

Io stessa ne sottolineo l'aspetto sopracitato quando sostengo che:

Entro una prospettiva antropologica l'evento della nascita non può essere inscritto entro le categorie della "natura"; esso è sempre socialmente costruito, culturalmente organizzato e storicamente situato⁵, è un evento bio-sociale⁶.

Per queste ragioni è indispensabile che di esso vengano sondate e analizzate quelle che Brigitte Jordan definì le matrici trans-culturali⁷:

le rappresentazioni locali della gravidanza e del parto, le modalità di preparazione alla nascita, le persone che assistono alla nascita e il sistema di sostegno ad esse fornito, l'uso di medicinali, la tecnologia della nascita e il luogo del potere decisionale⁸.

Il mio lavoro di ricerca, forte di questi presupposti, si è svolto attraverso la preziosa collaborazione di due principali figure femminili:

Iluh, traduttrice e fonte d'innomerevoli informazioni, e Desy, ostetrica di Amed, grazie alla quale ho avuto l'opportunità di assistere a tredici parti. Il corpus di dati da cui hanno preso avvio le mie riflessioni è stato raccolto attraverso: l'osservazione partecipante consistente in dieci interviste rivolte a madri che hanno partorito dal 2004 al 2014 e dieci interviste rivolte, invece, a donne che hanno partorito dagli anni '60/'70 al 2003; inoltre sono state raccolte informazioni a stampo documentaristico che Desy mi aiutava a reperire (i libretti della salute, i moduli che lei compilava durante i travagli, i suoi testi scolastici etc.), letture a stampo antropologico sul tema e diversi incontri con un *Dukun Bayi* (sciamano ostetrico), Kaki, ed un *Dukun Balian* (sciamano dottore).

Contesto socio-economico

La mia indagine ha avuto luogo da Gennaio a Luglio 2014 sull'isola di Bali, nella comunità di Amed; con questo termine oggi è inteso un tratto di costa lungo quattordici Km comprensivo di sette villaggi: Amed, Jemeluk, Bunutan, Lipah, Selang, Banyuning e Aas. L'afflusso dei turisti è stagionale⁹ e raggiunge il picco fra i mesi di Giugno e Settembre. Nel rimanente periodo dell'anno la popolazione dell'isola è principalmente costituita da locali. All'interno del villaggio le singole famiglie costituiscono unità economiche dedite alla pesca e alla coltivazione del riso e al loro interno i compiti domestici vengono ripartiti in base al genere di appartenenza dei membri: mentre i soggetti di genere maschile, ad esempio, si occupano della pesca, le donne gestiscono la vendita del pesce lungo le strade del villaggio e la prole viene allo stesso modo ripartita in base al genere. I compiti domestici sono interamente considerati affare femminile; la cucina, la pulizia della casa, la produzione delle offerte giornaliere da donare agli dei del tempio di famiglia o del villaggio sono tutte attività svolte dalle donne. Gli uomini solitamente si occupano della

manutenzione della casa e gestiscono i figli e le figlie mentre le mogli lavorano.

Nonostante quella balinese sia una società strutturata gerarchicamente in quattro caste – che riporto in ordine ascendente di privilegi: *Sudra, Wesya, Ksatriiya e Brahmana*¹⁰ – ad Amed tutti coloro ai quali chiedevo di illustrarmi in che modo ciò si traducesse all'interno della vita sociale del villaggio mi rispondevano che la stragrande maggioranza degli abitanti appartiene alle caste più povere mentre possono essere presenti famiglie più benestanti solo spostandosi verso il villaggio di Culik o la città di Amlapura. La netta distinzione fra i gruppi castali non sarebbe dunque avvertibile in maniera significativa entro il tratto di costa oggetto della mia indagine.

La vita economica, religiosa e politica viene gestita dall'assemblea del villaggio, il *Banjar* (tutt'ora attiva ad Amed). Gli unici legittimati a farne parte sono i membri della comunità di genere maschile che siano già sposati mentre alle donne è permesso intervenire durante le assemblee solo tramite il ricorso ai loro mariti. L'asimmetria gerarchica fra uomini e donne, registrabile in questo caso, impernia ed avvolge ogni elemento della strutturazione socio familiare del villaggio.

La comunità di Amed è caratterizzata da un sistema di discendenza di tipo patrilineare, regole di residenza post-matrimoniali che prevedono il trasferimento della moglie all'interno del nucleo abitativo del marito (virilocalità) ed un sistema gerarchico che sancisce la subordinazione femminile in due ambiti differenti¹¹: da un lato attraverso il dominio del genere maschile, dall'altro attraverso dinamiche di potere che vengono ad instaurarsi fra le donne stesse (suocere e nuore) una volta terminato il matrimonio ed avvenuto il trasferimento col quale la moglie diviene a tutti gli effetti proprietà del nucleo familiare del marito. A sua volta, quest'ultimo, assume prestigio a livello sociale potendo partecipare al *Banjar* mentre, come breve-

mente accennato, la suocera ottiene legittimità nell'esercitare il suo potere nei confronti della nuora e della prole che metterà al mondo. Mentre per gli uomini il rito di passaggio che sancisce il proprio riconoscimento sociale è rappresentato, come abbiamo visto, dal matrimonio, per le donne esso è costituito dall'accertamento della loro fertilità che permette d'ottenere lo status di 'donna adulta'. Inoltre, affinché tale riconoscimento venga investito di un valore positivo è necessario ch'essa partorisca almeno un figlio maschio. Per questo le donne in età fertile vengono costrette, dai loro mariti, all'obbligo riproduttivo sino a quando non danno un'erede maschile al lignaggio paterno. Se tale condizione non viene soddisfatta il marito è legittimato a cercare una seconda moglie oppure, se ne sussiste la possibilità, acquistare un figlio maschio da un suo fratello pagando la somma dovuta. Essere tacciate d'infertilità o incapacità generativa di un essere di sesso maschile rappresenta socialmente un marchio d'indelebile inferiorità e capita spesso che gli uomini, prima del matrimonio, preferiscano assicurarsi della potenziale fertilità della futura moglie e di conseguenza non è raro imbattersi in matrimoni la cui sposa si trovi già a due o tre mesi di gravidanza.

L'assetto socio-familiare che ho, se pur brevemente tentato di tracciare, investe e pervade anche il sistema sanitario: si consideri, ad esempio, che per una donna senza un figlio maschio è davvero molto complicato trovare un medico o un'ostetrica disposti a prescrivere loro un anticoncezionale¹². Quest'ultimo viene, invece, proposto e a volte imposto, solo a coloro che hanno già partorito e hanno almeno un figlio di sesso maschile.

Contesto sanitario

All'interno del villaggio l'unica autorità in materia di salute sono le *Bidan*, le ostetriche, alle quali si rivolge l'intera popolazione per tutto ciò che riguarda le cure primarie. All'interno dei loro ambulatori è possibile ricevere interventi di primo soccorso, prescrizio-

ne di medicinali e integratori vitaminici¹³, mentre in un'altra sala appositamente strutturata si recano le partorienti, accompagnate dai loro familiari, durante le ultime fasi del travaglio. Le *Bidan* sono comparse sul territorio circostante Amed nel 2004¹⁴ e, tutte, hanno seguito il percorso triennale previsto dal sistema formativo nazionale¹⁵. Le ostetriche vengono assunte nel settore pubblico in qualità di *Permanent civil servant* (PNS) e, stipulando un contratto con il governo centrale, provinciale e distrettuale, possono operare negli ospedali e nei centri per la salute. Lavorano, inoltre, come libere professioniste sia all'interno degli ospedali che negli ambulatori delle loro case. Desy, ad esempio, lavora durante le mattine, nel settore pubblico all'interno del Puskesmas di Culik mentre, durante i pomeriggi, le sere e le notti, è sempre reperibile a casa propria in qualità di libera professionista. Tutte le ostetriche rispondono ad un medico coordinatore al quale, mensilmente, viene loro chiesto di rendicontare il numero di nascite alle quali hanno assistito, il numero di eventuali trasferimenti in ospedale, il quantitativo di medicinali prescritti e così via. Trimestralmente il coordinatore convoca tutte le *Bidan* presenti nel proprio distretto provinciale per svolgere una riunione plenaria in cui potersi confrontare su eventuali questioni e/o problemi presenti sul territorio, dubbi riguardanti l'attività ostetrica e via dicendo. Nella provincia di Karangasem, in cui è incluso il villaggio di Amed, il Dottor Ananda ricopre la carica di Coordinatore del corpo ostetrico ed è proprio da lui che mi sono dovuta recare al fine di ottenere il permesso di assistere ai parti. Una volta ottenuti il timbro e la firma sulla mia lettera di presentazione stilata dal docente-relatore in Italia, il Dottor Ananda non ha mai interferito e non si è mai interessato al lavoro effettivamente svolto, ma per Desy era indispensabile e prioritario che lui fosse al corrente di tutto ciò che accadeva nel suo ambulatorio. Mi spiegò anche di come, durante le riunioni, lui offrisse alcune direttive d'ordine operativo concernenti l'approccio da sostenere durante i parti e gli istanti immediatamente

successivi alla nascita: il taglio immediato del cordone ombelicale e l'iniezione di ossitocina alla madre sono alcune fra queste. Desy, tuttavia, m'illustrò come, nell'effettiva pratica del suo lavoro, le indicazioni del dottore fossero poco rilevanti perché, non essendo mai presente negli ambulatori dei villaggi, le ostetriche sono, nei fatti, libere di operare come preferiscono. Mi spiegò che ad esempio, durante il corso scolastico, viene promossa la pratica dell'episiotomia e che la stessa cosa viene fatta dal Dottor Ananda, ma lei la ritiene un atto medico pericoloso e invasivo, se non effettuato per specifici casi emergenziali, e quindi non la pratica e non l'ha mai praticata. Altre ostetriche invece praticano con regolarità le indicazioni fornite dal corpo medico e, proprio per questa ragione, molte donne, con le quali ho avuto modo di confrontarmi, hanno timore a recarsi da loro. Desy è invece conosciuta come la più 'gentile' fra le ostetriche presenti sul territorio.

Prima dell'arrivo delle ostetriche ad Amed, la gestione della salute pubblica era presa in carico dagli sciamani, i *Dukun* i quali venivano ripartiti in tre tipologie in base alle cure dispensate: i *Dukun Bayi* o sciamani ostetrici che assistevano ai parti e seguivano le donne durante la gravidanza, i *Dukun Balian*¹⁶ o sciamani dottori ai quali si rivolgeva l'intera popolazione per ogni problema di salute generalmente risolto con assunzione di triti d'erbe, impacchi di cipolle e massaggi specifici e i *Dukun Sedaan*, gli sciamani che si occupavano della gestione dei rapporti fra i viventi e i loro antenati. Mentre i *Dukun Bayi* sono stati completamente sostituiti dalle figure professionali ostetriche, i *Dukun Balian* e i *Dukun Sedaan* sono tuttora presenti ed attivi sul territorio.

Attualmente i casi gravi, sia di malattie particolari che di gravidanze patologiche, vengono indirizzati o verso l'ospedale di Amlapura, a circa quaranta Km di distanza, o verso il *Puskesmas* di Culik, il centro per la salute più vicino in cui è possibile trovare un medico e ricevere assistenza di base.

In tutti questi casi, indipendentemente dalla situazione economica dei pazienti, partorienti comprese, è necessario che essi paghino le prestazioni ricevute. A Bali, così come su tutto il territorio nazionale indonesiano, non è prevista l'assistenza sanitaria gratuita ed ogni intervento sanitario ha un costo specifico. La variabilità dei prezzi dipende dal luogo in cui l'assistenza ha avuto luogo e dal prestigio dell'operatore che si è occupato del soggetto in questione. In altre parole, essere assistiti dall'ostetrica nell'ambulatorio privato che essa ha ricavato all'interno del giardino della propria abitazione rappresenta l'opzione meno cara, a seguire il *Puskesmas* e ultimo l'ospedale e i suoi medici nel quale vengono richieste le tariffe maggiori. La *Green Card*, una forma assicurativa statale, dovrebbe garantire ai nuclei familiari più poveri la gratuità delle prestazioni, ma durante le interviste che ho svolto, molte sono state le persone che mi hanno descritto come tutto ciò non sussista e come i medici facciano pagare sempre e comunque anche se, in taluni casi, in forma ridotta. Il caso specifico che ho scelto di indagare, ossia il campo della nascita e del parto, ci permetterà di analizzare nel dettaglio svariati aspetti del sistema brevemente accennato in questo paragrafo introduttivo.

Percorsi di nascita e visite prenatali

Come illustrato precedentemente, sono le *Bidan* i soggetti dediti alla presa in carico della salute pubblica entro il villaggio di Amed e nei fatti rappresentano l'unico itinerario possibile attivato sul territorio. Diversamente, nel caso la famiglia del marito disponga di sufficienti risorse finanziarie, le partorienti possono recarsi al *Puskesmas* di Culik o all'ospedale di Amlapura. Durante la ricerca non ho avuto modo di imbattermi in famiglie che abbiano optato per queste alternative; sono solitamente le ostetriche che, nei casi di gravidanze patologiche, indirizzano i soggetti verso le strutture ospedaliere sopramenzionate. Nel tratto di costa oggetto dell'indagine sono presenti all'incirca cinque *Bidan*, ma Desy, l'unica ad essersi mostrata

disponibile a collaborare con me e a farmi assistere ai parti, è quella maggiormente ricercata. Le motivazioni risiedono principalmente nel fatto che viene considerata la più gentile, la più dolce, l'unica a non aver mai praticato un'episiotomia, a non aver mai rotto manualmente le membrane di una donna¹⁷, e quella che non chiede alle partorienti di non urlare o di non piangere. Da lei si recano donne in stato di gravidanza con età gestazionali fortemente diversificate. Tale variabilità sussiste ed è regolata dalle specifiche situazioni economiche dei nuclei familiari; la disponibilità di denaro diviene nei fatti l'elemento decisionale per stabilire a che punto della gravidanza rivolgersi all'ostetrica. Nel momento in cui si entra in contatto con la professionista sarà necessario, infatti, pagare le sue prestazioni (misura della pressione arteriosa, peso corporeo, prescrizione di integratori vitaminici) e a parto avvenuto saldare il conto totale. Nei casi di effettivo ed elevato disagio economico possono essere attivate molteplici soluzioni oltre alla già menzionata possibilità di presentarsi nell'ambulatorio ostetrico. In particolare è possibile restare all'interno della propria abitazione, partorire non assistite da personale sanitario e chiamare la *Bidan* a nascita avvenuta solo per praticare la routinaria iniezione di ossitocina *post-partum*. Tale pratica garantirebbe, in base alle dichiarazioni delle persone da me intervistate, un secondamento (la nascita della placenta) privo di pericolo emorragico. Questo rituale, applicato alla totalità delle neo-mamme, secondo una logica di medicina preventiva, è stato introdotto massivamente nel momento in cui le ostetriche hanno fatto la loro comparsa sul territorio e viene considerato fondamentale dalla popolazione locale. Tutte le donne che ho avuto modo di intervistare si sono mostrate particolarmente terrorizzate dal rischio di avere un'emorragia e ritengono che l'ossitocina, subito dopo l'uscita del feto, garantisca loro la salvezza. Anche Kaki, il *Dukun Bayi* che ho avuto la fortuna di incontrare e intervistare in più occasioni si è detto molto favorevole all'iniezione *post-partum* perché ricorda come, prima dell'arrivo

delle ostetriche, lui abbia visto molte donne morire a causa di forti emorragie senza che potesse fare nulla.

Un ulteriore percorso attivabile, nel caso la famiglia della partorientente rivesta una posizione economica particolarmente svantaggiata, consiste nella possibilità del pagamento a rate oppure nel baratto. In quest'ultimo caso le famiglie, previo accordo con la *Bidan*, garantiscono a quest'ultima di versare la somma dovuta attraverso beni di uguale valore quali ad esempio, quantità specifiche di riso, pesce, incenso, stoffe o quant'altro. La possibilità di praticare questo genere di pagamenti dipende in primo luogo dalla disponibilità dell'ostetrica che può accettare o rifiutare. Anche in questo risiede la particolare popolarità di Desy, la quale si mostra sempre molto accondiscendente nei confronti delle persone che si recano da lei, partorienti e non.

Il protocollo che le ostetriche propongono prevede l'accertamento della gravidanza mediante un test (per coloro che si presentano nel primo mese di mancanza del ciclo mestruale), una visita in ambulatorio a cadenza trimestrale, un esame completo dell'emocromo, la possibilità di arrivare e restare in ambulatorio durante il travaglio e sino a ventiquattro ore dopo la nascita e periodiche analisi del peso e dello stato di salute del nuovo/a nato/a. Ad ogni nucleo familiare viene assegnato un libretto, il *Buku kesehatan ibu dan anak* (il libro della salute della madre e del bambino), fornito dal governo a tutte le *Bidan*; nelle prime pagine sono elencati alcuni consigli che lo Stato offre alla cittadinanza; fra questi la necessità di cominciare a risparmiare denaro ricordando alla popolazione che una sanità pubblica gratuita, in Indonesia, non è prevista. A questo primario e fondamentale consiglio seguono poi l'importanza di dormire con una zanzariera, di mangiare molta frutta e verdura, di ascoltare buona musica, di non bere e fumare e di non assumere il *Jamu*¹⁸, la medicina tradizionale largamente usata sino all'arrivo delle ostetriche e che, nonostante la campagna governativa volta alla sua eliminazione, fatica

a scomparire. Nelle pagine a seguire il libretto della salute riporta la raccolta dei dati della madre, tabelle in cui l'ostetrica annoterà i dati raccolti in ogni visita, una parte dedicata al parto in cui vengono illustrati i momenti della rottura delle acque e gli eventuali segnali di pericolo da cogliere, la sezione dedicata all'importanza dell'allattamento materno e infine grafici e tabulati in cui verranno riportate le informazioni relative al bambino/a.

Desy m'illustrò come, in realtà, la frequenza delle visite prenatali è soggetta ad un elevatissimo livello di variabilità sempre dovuto alla disponibilità economica del nucleo familiare in questione. In questo modo, mi spiegava, c'è chi fa una visita ogni mese e chi si presenta per partorire senza essere mai entrata in ambulatorio. Mi confrontai diverse volte anche con Iluh rispetto a questo argomento e lei mi disse:

Certo l'ostetrica non ti dirà mai tutta la verità. Ogni volta che vai da lei, con qualche scusa, ti fa pagare un pò; ti dice di prendere più vitamine, che è meglio se prendi il ferro, che devi fare più controlli, ma soprattutto perché lei così guadagna di più. Le vitamine le possiamo prendere dalla frutta no? Allora succede che le donne più ricche ci vanno più spesso, anche una volta al mese o più, le donne normali una volta ogni tre mesi e quelle povere non ci vanno proprio e se c'è qualche problema vanno dal Dukun Balian che, con un massaggio, può anche far scivolare il bambino nella posizione corretta. Lui lo puoi pagare con qualche manciata di riso. (Intervista, 11/03/14)

Durante l'intero arco della gravidanza non sono previste ecografie. Questo genere di screening prenatali è effettuabile solo nelle strutture ospedaliere a costi molto elevati e, di conseguenza, non è nemmeno preso in considerazione dalla stragrande maggioranza della popolazione di Amed. Di norma, posizione del feto e battito cardiaco, considerati parte dei valori utili alla definizione della gravidanza in termini di fisiologicità o patologicità, vengono esaminati con il tocco delle mani dell'ostetrica e l'uso di uno stetoscopio.

Gravidanze e nascite non fisiologiche

In base alla formazione universitaria ricevuta dal corpo ostetrico, affinché una *Bidan* dichiari una condizione di patologicità gestazionale i valori ematici della partoriente devono presentare un livello di emoglobina inferiore a 11% e un grado di pressione sanguigna massima superiore a 130. Durante un'intervista che svolsi alla presenza di tutte e cinque le ostetriche presenti all'interno del campo di ricerca, chiesi loro di indicarmi quali fossero i criteri coi quali descriverebbero un parto "naturale". Nengha, una delle presenti, con il tacito consenso delle altre, mi disse:

Una gravidanza ed un parto sono naturali, fisiologici quando non c'è bisogno di andare in ospedale, il potere della donna fa tutto e non ha bisogno di niente. In questi casi la Bidan dà solo supporto. Offre da mangiare, da bere. Normale è la nascita del primo figlio entro le 12 ore dalla rottura delle acque, entro 6/8 ore per la nascita del secondo. In un'ora normalmente la donna deve raggiungere 1 cm di dilatazione vaginale per il primo figlio, in mezz'ora invece per il secondo figlio. (Intervista, 01/04/14)

Durante la fase espulsiva e i primi istanti dopo la conclusione del secondamento, invece, vengono considerate patologiche le situazioni in cui, nonostante l'iniezione di ossitocina, la madre perde molto sangue, la posizione del feto risulta scorretta, la pressione sanguigna della partoriente sale vertiginosamente e quelle in cui si rompono le acque, ma non partono le contrazioni entro 6 ore. In tutti questi casi viene proposto e consigliato il trasferimento nell'ospedale di Amlapura, nel caso in cui la partoriente e i suoi familiari non vogliono in alcun modo andare, Desy fa firmare loro un foglio di assunzione di responsabilità e continua ad assistere la nascita. La motivazione principale del consueto rifiuto e/o terrore nel trasferimento in ospedale risiedono nella consapevolezza degli elevatissimi costi nei quali si incorrerà necessariamente. Al pagamento dell'ambulanza andrà aggiunto quello dell'intervento medico che il più delle volte,

come mi è stato illustrato, si risolve in un cesareo. Pratica molto più cara rispetto a quella di un parto vaginale e, di conseguenza, particolarmente prediletta dal corpo medico. Tutte le donne con le quali mi sono confrontata, circa questo aspetto, sono state d'accordo nel rilevare un importante interesse economico ravvisabile nell'elevata frequenza di parti cesari effettuati presso le strutture ospedaliere. Le parole di Ketut, la mia vicina di casa, illustrano chiaramente la situazione di un nucleo familiare di fronte alla scelta di andare o meno in ospedale:

Io ho partorito per la prima volta tredici anni fa. Dopo tre giorni di contrazioni il bambino non era ancora nato. Il Dukun, dopo aver tentato di aiutarci con erbe e cipolle, ci ha consigliato di andare in ospedale. Noi non avevamo tanti soldi. Io stavo davvero molto male, ricordo tanto dolore, ma mio marito non voleva spendere troppo e così mi ha detto che saremmo rimasti a casa. Ha chiamato un'ostetrica chiedendole di venire. Lei è arrivata e mi ha fatto una puntura, non mi ricordo di cosa. In pochissimo tempo è nato. Io stavo sdraiata, mio marito mi teneva aperte le gambe e il dukun mi massaggiava la pancia. Il cordone era tutto avvolto intorno al bambino, al collo e al corpo. In questo caso lo chiamiamo Ari Ari Grita (Cordone/Placenta polipo). L'hanno tagliato subito, ma il bambino non piangeva, allora il dukun gli ha fatto aria con una foglia e lui ha cominciato a respirare. Penso di avere avuto tutti questi problemi perché non ho preso le vitamine, ma costano molto. Per fortuna l'ostetrica ha accettato che pagassi poco alla volta. (Intervista, 29/05/14)

Il terrore descritto dalle persone intervistate all'idea di varcare le soglie di una clinica per partorire risiederebbe anche nel fatto che, in caso d'ingenti difficoltà economiche e conseguente impossibilità d'espletare il pagamento, l'istituzione ospedaliera tratterà il bambino sino all'ottenimento del pagamento dovuto. Le dimissioni dall'ospedale sono dunque previste previo versamento dell'intera somma da parte della famiglia. Un giovane mi raccontò di come il fratello, per poter rientrare a casa dall'ospedale insieme alla figlia e

alla moglie, non avendo contanti sufficienti, consegnò ai medici il televisore di famiglia che, fortunatamente, fu valutato come equivalente in valore.

Anche la differenza nel trattamento riservato dal personale ospedaliero o dei *Puskesmas* alle partorienti rispetto a quello fornito dalle ostetriche nei loro ambulatori privati fornisce una valida ed ulteriore spiegazione della preferenza, rivolta all'assistenza delle *Bidan*, da parte delle donne in stato di gravidanza. Riporto, di seguito, il racconto dell'esperienza di Iluh la quale, nel 2004, si recò nel *Puskesmas* di Culik per partorire la sua prima figlia, assecondando i consigli e le aspettative della sorella del marito convinta che l'istituto di salute fosse un luogo maggiormente sicuro rispetto all'ambulatorio ostetrico:

Io in ospedale ci sono andata perché la sorella di mio marito mi aveva detto che dovevo andare lì. Non voleva che chiamassimo lo sciamano perché, secondo lei, sarebbe stato più pericoloso. Mi avevano convinta che era meglio. Le ostetriche ad Amed erano appena arrivate, mentre il Puskesmas di Culik c'era già da alcuni anni. Ricordo che nella sala parto c'erano mio marito, sua sorella, il dottore e l'ostetrica. Avevo paura, tanta paura. Mi hanno fatto molte punture di vitamine, ferro, vaccini e il dottore era violento. Era un uomo ed io non ero a mio agio. Ricordo che mi guardava con le forbici in mano e mi ha tagliato i vestiti, tutti. Ero tutta nuda. Da Desy la maglietta, invece, la puoi tenere. Lei è più dolce. Quando sono stata da lei per il mio secondo e terzo figlio mi parlava e mi diceva continuamente che non ero malata e di essere felice. Come un'amica. Al dottore io dicevo che non potevo, non riuscivo a spingere, ma in realtà avevo solo tanta paura. Allora mi ha fatto vedere le forbici e ha tagliato la vagina. Non me lo ha detto, l'ho sentito. Mio marito mi teneva le mani per aiutarmi. Sua sorella mi guardava e mi toccava la pancia. L'ostetrica e il dottore mi tenevano le gambe aperte. Poi mi ha messo dodici punti senza farmi l'anestesia. Non capivo mai cosa stava per succedere. (Intervista, 26/05/14)

La storia di Kadek, invece, segue un percorso differente essendosi recata in ospedale (ad Amlapura) non per libera scelta, ma perché presentava livelli di pressione sanguigna molto elevati:

Sono andata in ospedale perchè avevo la pressione troppo alta. Quando ero a tre centimetri di dilatazione l'ostetrica voleva farlo nascere veloce e allora mi ha fatto un'iniezione. Nella sala c'erano mia suocera, due ostetriche e un medico. Mio marito, suo fratello e sua sorella aspettavano fuori. Mio marito l'hanno fatto entrare dopo la nascita. Non è stato bello perché mi dicevano non urlare fai piano. A dieci centimetri di dilatazione mi hanno fatto l'episiotomia, mi han detto che ero troppo grosso, poi invece pesava due chili e sei. Mi han detto che mi han tagliato perché il mio cuore non poteva sostenere le spinte. Nessuno mi ha detto niente prima di tagliarmi. Il dottore era al centro, l'ostetrica lo aiutava, gli passava le cose. Le gambe erano piegate, non per aria, il dottore le teneva aperte. Mi ha tagliato il dottore e la Bidan ha messo i dodici punti senza anestesia. Durante il travaglio le ostetriche cambiavano continuamente, erano tirocinanti, ne saranno cambiate dieci. C'era un gran casino. In ospedale non ci voglio più andare, non puoi piangere, non puoi fiatare. Continuavano a dirmi di stare zitta, di non lamentarmi che in ospedale non si può. Era l'unica cosa che continuavano a ripetermi. Solo il dottore e le ostetriche mi toccavano. Mia suocera guardava e basta. Ho avuto paura dell'ospedale, mi hanno visitato senza dirmelo, mi aprivano senza chiedermelo. Arrivava il dottore, usava lo speculum e non diceva niente. Mi hanno fatto delle iniezioni senza dirmelo. Sono rimasta due giorni in ospedale, il bambino lo vedevo solo per dargli il latte. Altrimenti stava in un'altra stanza. In ospedale dicono che non ci sono spiriti. Tutto è sospeso, quindi, anche se i bambini stanno da soli gli spiriti non li possono trovare. (Intervista, 26/05/14)

Politiche governative in materia di salute, strutture ospedaliere e soggetti sociali

Dal racconto di Kadek è possibile estrapolare alcuni aspetti molto significativi riguardanti la complessa rete di relazioni esistente fra le istituzioni sanitarie e la popolazione locale. L'introduzione del modello bio-medico ha sostanzialmente modificato due fondamentali aspetti della pratica natale: il primo concernente i soggetti sociali presenti nella scena dei parti, il secondo riguardante il corpus di rituali e credenze religioso-spirituali ruotanti intorno al mondo della nascita. Partiamo col datare e posizionare storicamente il momento

in cui le maglie del potere socio-politico, entro cui si diramano le politiche sanitarie nazionali, hanno cominciato a raggiungere l'intera popolazione balinese, dalle città ai più remoti villaggi situati sui pendii delle montagne.

Intorno agli anni Ottanta cominciarono ad uscire dagli istituti scolastici le prime ostetriche diplomate e contemporaneamente il governo indonesiano intraprese una faticosa campagna di sensibilizzazione rivolta al controllo delle nascite dal titolo commemorativo: “*Una famiglia dev'essere piccola, felice e prospera*”. Il governo non si limitò a questo, ma si servì delle neo-ostetriche per mettere in atto un'opera di prevenzione nazionale tramite l'inserimento nei corpi delle donne di una spirale, anche contro la loro volontà. L'operazione anticoncezionale era totalmente gratuita e dispensata ad ogni donna in età fertile che avesse già partorito due figli di cui almeno uno maschio. Durante una delle numerose visite che feci con Iluh nel suo piccolissimo villaggio natale (a circa trenta minuti da Amlapura) ebbi la fortuna di incontrare e poter intervistare la sua nonna materna la quale, all'epoca della contraccezione di massa aveva già partorito dieci figli, ma non voleva in alcun modo che qualcuno stabilisse che per lei erano sufficienti. Queste le sue parole:

La spirale proprio non la volevo mettere, non ci pensavo neanche e sai cosa feci? Non mi lavai giù in basso per una settimana e quando lei arrivò e mi chiese di aprire le gambe per poco non svenne e continuava a star-nutire. Alla fine se ne andò senza avermela messa. Io lo raccontai alle mie amiche e fecero lo stesso, o meglio lo fecero quelle che non avevano sempre i mariti in casa, come me, altrimenti le avrebbero scoperte. Quando ci penso rido sempre. (Intervista, 03/06/14)

A partire dagli anni Ottanta, dunque, prese avvio l'opera di controllo, manipolazione e gestione della salute pubblica in materia di riproduzione. Nei fatti, come brevemente accennato, ciò provocò la graduale sostituzione degli/lle sciamani/e ostetrici/che tradizionali

(i *Dukun Bayi*) con le ostetriche uscite dalle università; il processo avvenne in fasi temporali differenti in base alla zona geografica, nel caso di Amed intorno al 2004, e fu accompagnato dal sostanziale spostamento dei parti, nella maggioranza dei casi, negli ambulatori privati delle Bidan o negli ospedali.

Esplicitato in linea generale il percorso storico che ha interessato il campo di ricerca di cui stiamo investigando i caratteri, è possibile contestualizzare la riflessione riguardante gli agenti sociali presenti nelle scene dei parti e le trasformazioni di cui è stato investito l'apparato religioso-spirituale tradizionale.

Per ciò che riguarda i presenti durante le nascite è possibile registrare un progressivo allontanamento del nucleo familiare del marito della partoriente dal corpo della stessa e la contemporanea presa in carico della situazione, decisionale e operativa, da parte del personale medico. Se all'interno degli ambulatori ostetrici privati i parenti prendono parte attiva all'evento, insieme alla professionista e alla sua assistente, e vengono considerati fonti autorevoli di conoscenza e potere decisionale, all'interno della struttura ospedaliera la dinamica diviene propriamente medico-centrica. La riduzione della presenza del contesto socio-familiare e l'avvenimento della nascita entro le strutture ospedaliere trasforma radicalmente anche tutto il tessuto di credenze e rituali che la tradizione vorrebbe venissero applicati negli istanti successivi alla venuta al mondo di un/a bambino/a. Ne esporrò, nel paragrafo successivo, i caratteri essenziali.

Il sistema di credenze tradizionali nel post-partum: processi di trasformazione

L'*Hindu Dharma*, la religione dominante sull'isola di Bali, può essere descritta come un complesso e sincretico sistema di credenze e pratiche, aventi radici secolari sull'isola. La sua filosofia è basata sull'idea che il cosmo sia governato da forze benevole e forze demoniache in perenne equilibrio dinamico. Ogni atto religioso è

dunque volto al mantenimento dell'equilibrio fra le energie costruttive e quelle distruttive attraverso l'attuazione meticolosa di precisi cerimoniali e offerte rivolte agli dei.

Essendo la nascita e il parto riconosciuti come due eventi nei quali donne e bambini/e sono estremamente vulnerabili e sottoposti alla volontà e all'influenza degli spiriti è ritenuto fondamentale proteggerli attraverso specifiche accortezze rituali. Dal momento della nascita sino al compimento del dodicesimo giorno di vita è ritenuto estremamente pericoloso che i nuovi nati vengano poggiati a terra o su un materasso senza il contatto diretto di un familiare. Questo fa sì che non vengano mai lasciati soli e che tendenzialmente vengano tenuti sempre in braccio dalla madre o da qualche altro membro della famiglia. La ragione supposta a tale pratica risiede nella credenza secondo cui i nuovi nati sino a quando non hanno perso il moncherino del cordone ombelicale¹⁹ sono esposti alla possibile penetrazione nel loro corpo, attraverso tale orifizio, di qualche demone. Tenerli in braccio e sollevati da terra (ove si ritiene risiedano le forze demoniache) li preserverebbe da simili avvenimenti.

A sua volta, l'elevata vulnerabilità neo-natale all'influsso demoniaco degli spiriti malevoli risiederebbe, in base al sistema di credenze tradizionale, nella supposta impurità dei nuovi nati per il fatto che il loro corpo sarebbe passato attraverso la vagina della madre e si sarebbe mescolato con il suo sangue, il *Dhara*²⁰. Una specifica cerimonia, il *Mamasuk*, praticata il dodicesimo giorno di vita del bambino/a prevede e porta a compimento la purificazione dello stesso/a. A partire da quell'istante è possibile poggiare il neonato/a a terra e dotarlo del suo vero nome²¹.

All'interno dell'istituzione ospedaliera, invece, i nuovi nati/e vengono immediatamente allontanati dalle loro madri, restano tendenzialmente in un'altra stanza e vengono portati da loro solo per essere allattati. Restano, dunque, soli e poggiati su di una superficie estranea. La popolazione locale ha dovuto di conseguenza sottoporre

a revisione e profonda trasformazione l'apparato religioso-spirituale che permea gli istanti immediatamente successivi alla nascita. Classificando la struttura ospedaliera come "non-luogo" in cui tutto ciò che appartiene alla vita e alla morte subisce una sorta d'interruzione e congelamento, si pensa che l'intero sistema cosmogonico non sussista. Non vi sarebbe dunque bisogno di fare nulla al fine di proteggere i nuovi nati perché il solo fatto di essere all'interno delle pareti istituzionali sanitarie garantirebbe la protezione necessaria dai demoni i quali non possono penetrarle.

Vi è un'altra credenza tradizionale che subisce, nelle strutture ospedaliere, un totale occultamento: la prassi, operata dai familiari di linea paterna del bambino/a, durante il travaglio, di mantenere immobilizzata la partoriente attraverso la presa ferrea dei suoi arti. Ciò favorirebbe il passaggio dell'energia necessario all'espletamento del parto, di cui la donna viene considerata priva, dai familiari del marito alla partoriente stessa. La necessità di stare ferma trova invece giustificazione nella concettualizzazione del corpo umano come composto da liquidi (acqua e sangue) ed energia. Ciò fa sì che, nel caso la partoriente dovesse muoversi durante le contrazioni, utero e feto potrebbero vagare nel suo corpo, arrivarle alla gola e persino strozzarla. Mentre nello studio di Desy i familiari del marito effettuavano tale "addomesticamento" del corpo della partoriente afferrandole gambe e braccia, negli ospedali il potere operativo-decisionale passa totalmente nelle mani del corpo medico e viene svuotato d'ogni valore simbolico.

Il rituale che, nonostante l'ingresso nella cultura balinese del modello bio-medico, resiste e viene mantenuto in vita all'interno di tutti gli ospedali presenti sull'isola è la cerimonia di sepoltura della placenta, l'*Ari-Ari*. L'elevata significatività di tale organo è dovuta al fatto che esso viene considerato parte integrante del corpo del bambino/a, una sorta di fratellino o sorellina ed in quanto tale membro effettivo della famiglia, appartenente dunque alla linea di discendenza paterna²².

Durante un incontro con le cinque ostetriche presenti sul territorio indagato, chiesi loro di illustrarmi quale trattamento riservassero al secondamento e alla placenta una volta fuoriuscita. Queste le parole di una di loro:

L'Ari Ari è un bambino o una bambina, nessuno nasce solo, non si nasce mai soli, ma sempre in due. Voi in Europa non ve lo ricordate, infatti qui si pensa che i bambini bianchi siano come anime perse e tristi per mancanza della propria radice fraterna. E non si nasce nemmeno solo in due perché i fratelli che ci accompagnano alla nascita sono quattro: la placenta (Ari Ari), il liquido amniotico (air ketuban), il sangue (dhara) e la vernice caseosa (vernix caseosa). E' nei confronti dell'Ari Ari che si concentrano le cerimonie perché è l'unica dei quattro spiriti guardiani (kanda empat) che non si disperde immediatamente dopo la nascita, ma tutti sono ad ogni modo considerati portatori di un grande potere ed energia spirituale perché sono stati in grado di nutrire e proteggere il feto per nove mesi. Indipendentemente dal luogo in cui si svolge il parto, e dunque anche in ospedale, l'Ari Ari viene consegnata ai familiari del padre che andranno subito a seppellirla. Anche le persone di altre religioni la portano via, non la lasciano all'ospedale di solito e poi, molti, la gettano nei fiumi o nell'oceano, ma se sono hindu è certo che la seppelliscono. Tutti noi crediamo che i quattro spiriti guardiani proteggano gli individui durante l'intero corso della loro vita e durante la morte. (Intervista, 1/04/14)

La cerimonia viene svolta immediatamente dopo la nascita, vicino al tempio della famiglia paterna, e viene compiuta dal suocero della partoriente e dal marito. Dopo averla lavata, l'Ari Ari viene disposta entro un noce di cocco e se lo si desidera è possibile cospargerla di unguenti o triti di erbe per garantire al nuovo nato/a benefici specifici (ad esempio l'uso della curcuma favorirebbe in futuro il buono stato della pelle dei nascituri). Avvolta da un telo bianco viene disposta entro la noce insieme a vari tipi di offerte, fra cui compaiono piccole quantità di riso, zucchero balinese, erbe tradizionali e incenso. Il padre si occupa di forare il terreno adiacente al tempio di famiglia: l'Ari Ari verrà sepolta sul lato destro, con la porta della casa alle spalle,

nel caso si tratti di un maschio o sul lato sinistro nel caso si tratti di una femmina. Prima che l'*Ari Ari* venga ricoperta di terra viene inserito nel foro anche un oggetto propiziatore per il nuovo nato/a in base a ciò che la famiglia si augura che apprenda (un plettro, un libro, un quaderno, solo per fare degli esempi). Una volta seppellita la placenta viene posta una grossa pietra in corrispondenza della stessa in modo tale da proteggere la zona dagli spiriti; con la stessa funzione possono essere utilizzate foglie di cactus, gabbie per polli o una lampadina lasciata accesa tutta la notte. La cerimonia viene ritenuta conclusa quando il suocero della partoriente pronuncia tre volte il nome del padre del bambino ed egli risponde per tre volte "Ya", "Si". Questa conclusiva triplice pronuncia del nome del padre garantirebbe al neonato/a il corretto funzionamento dell'apparato uditivo. Com'è possibile notare, le madri sono completamente escluse dal rituale esse non vengono nemmeno interpellate circa l'oggetto e dunque le caratteristiche che i familiari si augurano di trasmettere al piccolo/a. L'importanza centrale della placenta e delle cure che ad essa è necessario rivolgere può essere rintracciata anche negli usi terapeutici a cui si presta il terriccio del luogo in cui è avvenuta la sepoltura. Kaki, il *Dukun Bayi*, mi disse che:

Quando le mamme hanno difficoltà con il latte, i bambini hanno la tosse o la pelle delicata, basta sfiorare un po' di terriccio sulle parti interessate prelevandolo dal preciso punto di sepoltura della placenta. (Intervista, 29/03/15)

Conclusioni

Dare alla luce un bambino/a rappresenta un evento che travalica il campo della biologia, e l'aspetto storico-culturale che lo contraddistingue viene per lo più taciuto e reso naturale²³. Sylvia Yanagisako e Carol Delaney sottolineano in maniera esaustiva la dinamica attraverso cui la cultura, nei fatti, fa apparire naturali sistemi di dominio

che legittimano strutture gerarchiche ineguali, conferisce potere alle ideologie e fa apparire l'egemonia senza connessioni con gli altri domini appartenenti al sistema socio-culturale²⁴.

Tutte le società sono portatrici di uno specifico sistema natale; l'introduzione del modello assistenziale bio-medico non ha regolarizzato un processo storicamente lasciato alla natura, ma ne ha introdotto uno nuovo trasformando alcuni elementi di quello precedente. Nel caso della ricerca in oggetto, le istituzioni sanitarie hanno, nei fatti, introdotto un nuovo sistema di riferimento di conoscenze e prassi. Ciò non è avvenuto su di un terreno neutro, ma su di un substrato di tradizioni e credenze fortemente imperniate intorno al carattere patrilineare della società balinese.

Concludendo, quali elementi possiamo identificare come fondanti i rapporti generati dalle politiche governative sanitarie, la popolazione locale, i dispositivi cerimoniali ed in generale la strutturazione sociale di Amed?

Da un lato lo Stato e con esso le politiche sanitarie non si fanno carico della salute pubblica, ma dall'altro si ritengono legittimati nell'agire il loro potere. Non è prevista e regolamentata una forma di assistenza sanitaria pubblica e gratuita, la salute non è, in altre parole, un diritto riconosciuto e protetto, ma la popolazione locale viene controllata e gestita da politiche in materia di salute (come ad esempio la campagna di controllo delle nascite o il divieto di assumere medicine erboristiche tradizionali) che ne modificano il rapporto col proprio corpo sociale, il proprio sé, e tutta la realtà circostante.

L'introduzione dell'esperienza della gravidanza e del parto entro le maglie del sistema sanitario nazionale ha determinato primariamente l'introduzione dello scambio monetario entro le dinamiche di assistenza e accompagnamento alla nascita. La disponibilità economica dei nuclei familiari delle partorienti è divenuta, così, la variabile decisiva in materia di scelta dell'itinerario di cura da intraprendere: a chi rivolgersi durante la gravidanza e a che età gestazionale; da chi

recarsi durante le contrazioni e a che punto del travaglio; se accettare un ipotetico trasferimento in ospedale oppure no e così via. Le parole di Pizza G. ritengo possano enucleare a pieno quanto espresso. Egli afferma:

Lo spazio politico della salute determina una gestione politica della salute e dei corpi, strutturata e governata da una microfisica dei poteri che è quanto, nelle nostre società, definiamo "salute pubblica": una gestione della salute collettiva governata dallo Stato, che pone il problema della possibilità di accesso alle risorse che garantiscono il benessere²⁵.

Ad Amed tale questione, il problema dell'accesso alle risorse, è posto a priori quale prerequisito della gestione della salute collettiva e quale suo carattere fondante. Inoltre, come abbiamo potuto notare il passaggio dell'universo della nascita nel sistema assistenziale bio-medico ha prodotto un graduale, ma sostanziale scivolamento dell'autorevolezza e della legittimità operativa dalle mani degli sciamani/e ostetrici/che e dei familiari, a quelle delle ostetriche professioniste, le *Bidan*, e a quelle dei medici ospedalieri rispetto ai quali avviene una presa in carico istituzionale pressochè totale dei corpi. Questo capovolgimento del sistema natale ha prodotto, a catena, diverse e significative trasformazioni entro l'apparato cerimoniale previsto dalla tradizione balinese. La strategia concettuale messa in atto dalla popolazione locale per far fronte all'annullamento del sistema di credenze secolari entro le mura degli ospedali è rappresentata dall'ipotesi, generalmente accettata, che gli spiriti, siano essi buoni o malvagi, non possano oltrepassare le mura degli impianti ospedalieri. I neonati/e sarebbero, dunque, protetti anche se rimangono da soli e se vengono lasciati poggiare su d'una superficie senza la presenza del corpo di un familiare a stretto contatto. L'asetticità spirituale di cui gli ospedali vengono investiti serve come giustificazione legittimante anche per ciò che concerne l'impossibilità dei parenti del marito di toccare e mantenere immobile il corpo delle partorienti durante

il travaglio. La tradizione vedrebbe questa pratica come la forma attraverso cui il potere degli antenati del marito permetterebbe alla donna in travaglio di partorire e di non effettuare bruschi movimenti che potrebbero far spostare utero e feto. Escludendo la possibilità che i potenziali demoni e con essi le loro malvagie energie possano raggiungere la madre ed il bambino/a entro le pareti ospedaliere viene, dunque, culturalmente accettata l'introduzione delle istituzioni sanitarie e dei loro protocolli.

Ad ogni modo, il paradigma bio-medico e le politiche governative, pur tentando di orientare le prassi e le credenze reali della popolazione, non sono in grado di determinarle in maniera essenziale, univoca e meccanica. Come sostenuto da Ulf Hannerz, “nessuna struttura sociale può garantire con successo l'uniformità di esperienza”²⁶. Le nuove forme di controllo introdotte dal sistema sanitario governativo, così come hanno ideato nuovi dispositivi di dominio e poteri, hanno anche assistito, a mio avviso, al nascere di nuove forme di resistenza e dissenso. Scrive Milena Meo:

Se il corpo è un testo della cultura, un artificio in cui è possibile portare alla luce i meccanismi di fabbricazione, va da sé che esso, in quanto opera umana, può diventare in prima istanza quel testo in cui leggere i meccanismi attraverso i quali il potere politico si esercita. Ma esso, proprio per questo motivo, diventa anche il luogo di resistenza privilegiato dal quale è possibile ribaltare saperi e culture egemoni, discutere e rinegoziare linguaggi, simboli e assetti sociali²⁷.

La storia della nonna di Iluh e il suo stratagemma per non sottostare alla pratica dell'inserimento di massa della spirale rivolto a tutte le donne in età fertile che avessero già dato alla luce due figli di cui almeno uno maschio, ne rappresenta un esempio prototipico. Allo stesso modo anche l'incorporazione nel tessuto delle credenze tradizionali dell'esperienza del parto e della nascita entro le mura ospedaliere, nelle mani delle istituzioni sanitarie rappresenta, una forma di

resistenza messa in atto dalla popolazione, per affrontare le radicali trasformazioni apportate da un sistema medico-sanitario non in grado di contemplare gli assunti ideologico-religiosi che la tradizione vorrebbe riconosciuti.

Concludo citando un passo di Illich I. il quale, indagando i caratteri di quella da lui definita medicina iatrogena afferma:

*La medicina iatrogena rafforza una società morbosa nella quale il controllo sociale della popolazione da parte del sistema medico diventa un'attività economica fondamentale*²⁸

e ancora

*La medicina crea sempre la malattia come stato sociale. Il guaritore ufficialmente riconosciuto trasmette agli individui le possibilità sociali di comportarsi da malati. Ogni cultura ha un proprio modo di concepire la malattia e quindi una sua peculiare maschera sanitaria. In ogni società la medicina, al pari del diritto e della religione, definisce ciò che è normale, giusto, desiderabile*²⁹.

Proprio per questi motivi ritengo fondamentale riflettere su quanto profonda possa essere la trasformazione, entro il tessuto socio-culturale di un gruppo umano, prodotta dall'arrivo repentino e totalizzante di un sistema medico non concettualizzato e reso operativo dal gruppo stesso. Spero che queste mie riflessioni possano essere un valido strumento in questo senso e possano contribuire a far luce nello spazio simbolico in cui i corpi, lungi dall'essere istanze meccaniche e appartenenti unicamente al campo della biologia³⁰, si fanno luogo di dibattito politico e pubblico di cui tutti siamo responsabili³¹.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

Bibliografia generale

- JORDAN B., *Sistemi natali ed etno-ostetricia: frammenti di una ricerca transculturale*. In: OAKLEY A., *Le culture del parto*. Milano, Feltrinelli, 1985.
- BONI S., *Culture e poteri*. Milano, Elèuthera, 2011.
- COLOMBO G., PIZZINI F., REGALIA A., *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milano, Franco Angeli, 1985.
- DAVIS FLOYD R. E. e SARGENT C. F., *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkley, Los Angeles, London, University of California Press, 1977.
- EISEMAN F. B., *Bali Sekala Niskala. Essay on religion, ritual and art*. Singapore, Tuttle, 1990.
- FOUCAULT M., *La nascita della medicina sociale*. In: DAL LAGO A., *Archivio Foucault II. Poteri, saperi, strategie, 1971-1977*. Milano, Feltrinelli, 1997.
- FOUCAULT M., *Bisogna difendere la società. Corsi al collège de France, 1975/1976*. Milano, Feltrinelli, 1977.
- GARZONIO A., *Partorire a Bali. Un viaggio attraverso diversi concetti di nascita*. Firenze, Seo, 2014.
- GEERTZ H., GEERTZ C., *Kinship in Bali*. Chicago, The University of Chicago Press, 1975.
- HANNERZ G.U., *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*. Bologna, il Mulino, 1998.
- ILLICH I., *Nemesi medica, l'espropriazione della salute*. Milano, Red, 2013.
- JORDAN B., *Birth in four culture*. Long Grove, Waveland Press Inc., 1993.
- LIM R., *Il chakra dimenticato. Il libro della placenta*. Cesena, Macro Edizioni, 2013.
- MAUSS M., *Le techniques du corp*. Journal de Psychologie 1936; XXXII.
- MAFFI I., *Annuario di antropologia, Nascita*. Milano, Le edizioni, 2010, p.12.
- MEO M., *Il corpo politico. Biopotere, generazione e produzione di soggettività femminili*. Milano, Mimemis, 2012.
- PIZZA G., *Antropologia medica*. Roma, Carocci, 2013.
- VICKERS A., *Bali. A paradise created*. Singapore, Tuttle, 2012.
- YANAGISAKO S., DELANEY C., *Naturalizing power: essay in feminist cultural analysis*. New York, Routledge, 1995.

1. Con il termine sistema natale mi riferisco alla definizione dell'antropologa Brigitte Jordan: "l'insieme di credenze e pratiche integrate, ruotanti intorno alla nascita, profondamente radicate nella cultura da cui traggono origine e che in quella cultura traggono significato, coerenti con la visione generale di quel popolo riguardo al mondo, al soprannaturale, al modo di gestire il corpo, al ruolo e alle competenze della donna, alla concezione di essere umano e così via". JORDAN B., *Sistemi natali ed etno-ostetricia: frammenti di una ricerca transculturale*. In: OAKLEY A. (a cura di), *Le culture del parto*. Milano, Feltrinelli 1985, p. 73.
2. Per un approfondimento completo della ricerca: GARZONIO A., *Partorire a Bali. Un viaggio attraverso diversi concetti di nascita*. Firenze, Seao, 2014.
3. STEFANO B., *Culture e poteri*. Milano, Elèuthera, 2011, p. 34.
4. JORDAN B., *Birth in four culture*. Long Grove, Waveland Press Inc., 1993, p. 3.
5. GARZONIO A., *Partorire a Bali. Un viaggio attraverso diversi concetti di nascita*. Firenze, Seao, 2014, p. 5.
6. Con il termine evento bio-sociale mi riferisco ad un evento prodotto "dalla biologia e dalla società, la cui comprensione è resa più difficile nelle società occidentali dal fatto che le persone addette a questi li considerino prevalentemente biologici e necessari di medicalizzazione e ospedalizzazione". COLOMBO G., PIZZINI F., REGALIA A., *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milano, Franco Angeli, 1985, p. 17.
7. Cfr. DAVIS FLOYD R. E., SARGENT C. F., *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkley, Los Angeles, London, University of California Press, 1977; COLOMBO G., PIZZINI F., REGALIA A., *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milano, Franco Angeli, 1985.
8. MAFFI I. (a cura di), *Annuario di antropologia, Nascita*. Antropologia 2010; 12: 5.
9. Per un approfondimento sulle conseguenze maggiormente significative dell'afflusso turistico a Bali vedi: VICKERS A., *Bali. A paradise created*. Singapore, Tuttle, 1999, pp. 40-288.
10. Cfr. EISEMAN F. B., *Bali Sekala Niskala. Essay on religion, ritual and art*. Singapore, Tuttle, 1990, p. 26.
11. Cfr. GEERTZ H., GEERTZ C., *Kinship in Bali*. Chicago, The University of Chicago Press, 1975.
12. Ad Amed non sono presenti farmacie e non è possibile acquistare preservativi. Alcune ostetriche, fra cui Desy, ne dispongono e li vendono, ma non

- sono considerati un metodo anticoncezionale diffuso. Vengono invece utilizzate iniezioni che garantiscono una copertura trimestrale o semestrale.
13. Dalla popolazione di Amed con la quale ero giornalmente in contatto è stata più volte lamentata la disposizione generale delle ostetriche nel prescrivere antibiotici senza una reale diagnosi del problema e/o dell'eventuale malattia.
 14. Fra il 1991 ed il 2007, in tutto il territorio indonesiano, le nascite assistite sono passate dal 32% al 79% facendo diminuire la percentuale di morti annuali provocate da complicazioni durante il parto da 19.500 a 9.600 nel 2010. http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Missing_Midwives_1.pdf
 15. La *Sekola Bidan* (SB) fu il primo corso istituito al fine della formazione ostetrica nazionale. Durava un anno e fu chiuso nel 1994. Più nessuna ostetrica venne formata sino al 1989 quando, in risposta alla conferenza internazionale di Nairobi sulla maternità, il governo varò il *Program Pendidikan Bidan* (PPB). Tale corso, triennale, venne sostituito nel 1998 dall'*Akademi Bidan* (AKBID), sempre di durata triennale. Un decreto ministeriale del 2000 stipulò ufficialmente che solo le ostetriche diplomate avrebbero potuto assistere ai parti ed esserne ritenute responsabili. Fonte: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/287>.
 16. Cfr. EISEMAN F. B., *Bali. Sekala Niskala...* op. cit. nota 10.
 17. Desy sostiene che queste due pratiche, se non estremamente necessarie e con funzione salva vita, siano pericolose e dannose per le partorienti. Altre ostetriche al contrario, pur non affermandolo apertamente, sono conosciute proprio per la facilità con la quale operano in maniera interventistica sul corpo delle donne in travaglio.
 18. Polvere composta da differenti erbe essiccate, prescritta abitualmente dagli sciamani/e ostetriche/che al fine di facilitare la comparsa delle contrazioni e l'espletamento del parto. Durante la gravidanza, invece, si riteneva avesse effetti benefici per i dolori uterini e in caso di mal posizionamento del feto.
 19. Il cordone ombelicale è ritenuto canale di comunicazione ed interconnessione con il mondo dei morti e degli antenati. Se da un alto riveste, nel ventre materno, una funzione vitale e nutritivo-protettiva, una volta avvenuta la nascita, diviene possibile strumento nelle mani degli spiriti malvagi che possono farne uso per penetrare nel corpo del neonato/a.
 20. Come nel caso del cordone ombelicale, il sangue materno, viene considerato puro e fondamentale per la sopravvivenza del bambino solo durante la gravidanza. Nel periodo precedente la fecondazione e dopo il parto il flusso ematico femminile torna ad assumere caratteri d'impurità. Questo impianto simbolico-concettuale fa parte d'una più vasta interrelazione con l'immaginario

- ruotante intorno al tema della donna tacciata di possedere quantitativi eccessivi di sangue, che necessitano d'essere espulsi. Questa sarebbe la principale funzione del ciclo mestruale il quale consentirebbe ai corpi femminili di espellere con il sangue l'eccesso di passione, istintività ed energia di cui sarebbero portatori. A dimostrazione del fatto che durante la gravidanza il sangue assumerebbe caratteri di purezza ed equilibrata funzionalità vitale vi è il fatto che durante i nove mesi di gestazione il flusso mestruale si interrompe.
21. Sino all'avvenuta purificazione è bene non dotare il bambino del suo vero nome perché i demoni, venendone a conoscenza, potrebbero facilmente penetrare nel suo corpo. Coloro che appartengono alla casta più bassa vengono dotati di un nome al momento della venuta al mondo in base ad una regola che segue l'ordine numerale di venuta al mondo. Nello specifico: il primogenito si chiamerà Wayan sia esso maschio o femmina, il secondogenito Madè se maschio e Kadek se femmina, il terzo genito Komang se di sesso maschile e Nyomang se di sesso femminile, il quartogenito Ketut indipendentemente dal sesso e il quintogenito Nengah.
 22. Cfr. LIM R., *Il chakra dimenticato. Il libro della placenta*. Cesena, Macro Edizioni, 2013.
 23. Giovanni Pizza, al riguardo, parla di tecnica del corpo riferendosi in particolare modo "alla capacità del corpo di naturalizzare la tecnica appresa, di assorbirla fino al punto da non riconoscerne più il carattere socio-culturale. PIZZA G., *Antropologia medica*. Roma, Carocci, 2013, p. 31. La nozione di tecnica del corpo fu introdotta da MAUSS M., *Le techniques du cor*. Journal de Psychologie, 1936; XXXII. Presentato alla *Société de Psychologie* il 17 maggio 1934.
 24. YANAGISAKO S., DELANEY C., *Naturalizing power: essay in feminist cultural analysis*. New York, Routledge, 1995; GARZONIO A., *Partorire a Bali*. Firenze, Seo, 2015, p. 165.
 25. PIZZA G., *Antropologia medica*. Roma, Carocci, 2013, p. 93.
 26. HANNERZ G.U., *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*. Bologna, il Mulino, 1998, p. 58.
 27. MILENA M., *Il corpo politico. Biopotere, generazione e produzione di soggettività femminili*. Milano, Mimemis, 2012, p. 70.
 28. ILLICH I., *Nemesi medica, l'espropriazione della salute*. Milano, Red, 2013, p. 49.
 29. *Ibidem* p. 50.
 30. Scrive Foucault: "Il corpo è una realtà biopolitica". FOUCAULT M., *La nascita della medicina sociale*. In: DAL LAGO A., *Archivio Foucault II. Poteri, saperi, strategie, 1971-1977*. Milano, Feltrinelli, 1997, p. 222.

31. In questo senso, è opportuno riferirsi col termine di biopolitica alla complessa rete di dinamiche che ruotano intorno ai corpi e alle istituzioni che ne controllano i saperi e le pratiche. Foucault esplicita il significato del termine asserendo: “Bisognerà parlare di biopolitica per designare quello che fa entrare la vita ed i suoi meccanismi nel campo dei calcoli espliciti e fa del potere-sapere un agente di trasformazione della vita umana. FOUCAULT M., *Bisogna difendere la società. Corsi al collège de France, 1975/1976*. Milano, Feltrinelli, 1977, p.155.

Correspondence should be addressed to:

Annalisa Garzonio, Via S. Ambrogio 15, 20022 Castano Primo (MI)

jeannalisa@gmail.com

