

Ricerca antropologica e cooperazione sanitaria internazionale. Caso studio di un progetto di salute materna nella zona del Bale (Regione Oromia, sud Etiopia)¹

VIRGINIA DE SILVA

Sapienza Università di Roma

con la collaborazione di

STEFANO BOLZONELLO

Comitato Collaborazione Medica

MICOL FASCENDINI

Comitato Collaborazione Medica

ALESSIA VILLANUCCI

Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo

Riassunto

Il presente articolo intende riflettere sul rapporto e sulle possibili collaborazioni tra antropologia e cooperazione sanitaria internazionale, partendo dal caso di studio di una ricerca antropologica svolta tra marzo e giugno 2017 nell'ambito di un progetto triennale sulla salute materna nel Bale (Etiopia), realizzato dalla ONG Comitato Collaborazione Medica (CCM). La co-disciplinarietà ha dato adito a confronti tra approcci e linguaggi differenti: quello dell'antropologia medica, quello della biomedicina e quello dello "sviluppo", mettendo in luce criticità e spazi di negoziazione e riconfigurazioni reciproche. La necessità, ad esempio, di adattare una metodologia etnografica "classica" ai limiti di tempo e di restituzione imposti da un progetto di cooperazione; la difficoltà di far percepire agli informatori il lavoro di campo come "ricerca" e non come semplice "valutazione". La ricerca ha fatto emergere importanti questioni quali

¹ Il presente articolo, rielaborazione dell'intervento presentato durante il II Convegno SIAM, è il risultato di una riflessione comune ed è stato scritto da Virginia De Silva e rivisto e discusso dagli altri colleghi. Il lavoro di ricerca è frutto della collaborazione di più soggetti: Virginia De Silva, antropologa e ricercatrice; Stefano Bolzonello, capo progetto CCM; Micol Fascendini, esperta di salute pubblica dei progetti CCM, Alessia Villanucci, antropologa e supervisore tecnico-scientifico CCM. I dati raccolti sul campo sono stati analizzati ed elaborati collettivamente, in un processo di scambio e condivisione.

le differenti percezioni legate al parto come evento “naturale” e la non universalità della sua medicalizzazione; ha invitato a riflettere sulle modalità di coinvolgimento delle levatrici tradizionali come “educatrici comunitarie” o come vere e proprie risorse di cura da valorizzare; ha cercato di comprendere come gli attori sociali si rapportassero alle attività proposte dal progetto. L’obiettivo della ricerca era quello di gettare uno sguardo profondo sulle relazioni tra comunità locale e attività progettuali e di formulare proposte operative per il futuro, che si fondassero proprio su tale approfondimento. Questa esperienza ha cercato di dimostrare quale può essere il contributo in-formativo e tras-formativo della disciplina antropologica in progetti di cooperazione sanitaria.

Parole chiave: ricerca antropologica, cooperazione sanitaria internazionale, co-disciplinarietà, salute materna, Etiopia

Anthropological Research and International Health Cooperation. Case Study of a Project of Maternal Health in Bale Zone (Oromia Region – Southern Ethiopia)

Abstract

This article aims at exploring the relationship and possible collaborations between anthropology and international health cooperation, starting from the case study of an anthropological research carried out between March and June 2017 in the frame of a three-year project implemented by the NGO Comitato Collaborazione Medica (CCM) and focused on maternal health in Bale Zone (Ethiopia). The co-disciplinarity gave rise to a confrontation between different languages and approaches: the one of medical anthropology, the one of biomedicine and the one of “development”, shedding light on critical issues and spaces of negotiation and mutual reconfigurations. For instance, the need to conform the “classic” ethnographic methodology to the limits of time and restitution required by a cooperation project; the difficulty for the informants in perceiving the field work as a “research” rather than an “evaluation”. The research highlighted relevant issues: the different perceptions related to childbirth as a “natural” event and the medicalization of it as not universal; it invited us to reflect about the ways to involve the traditional birth attendants as “community facilitators” or as important care resources to be valorized. Moreover, the research tried to understand how social actors interact with the activities of the project. The objective of the research was to achieve a deep understanding of the relationship between local community and the project’s activities and to elaborate operational perspectives for the future, based on this understanding. This experience tried to show the in-formative and trans-formative contribution of the anthropological discipline to health cooperation projects.

Key words: anthropological research, international health cooperation, co-disciplinarity, maternal health, Ethiopia

Introduzione

Questo articolo è l'esito di una ricerca antropologica condotta tra marzo e giugno 2017 nel Bale² (Oromia, sud Etiopia) e in particolare in due distretti amministrativi (*woreda*)³: Harena Buluq e Meda Welabu. L'indagine è stata realizzata nell'ambito di un progetto triennale di cooperazione sanitaria internazionale: "Potenziamento della rete e miglioramento della qualità dei servizi di salute riproduttiva in Bale (Oromia, Etiopia)". Il progetto, finanziato dall'Agenzia Italiana di Cooperazione allo Sviluppo (AICS) e realizzato dall'ONG Comitato Collaborazione Medica⁴ (CCM) aveva l'obiettivo di migliorare la salute delle donne nell'area d'intervento, focalizzandosi su due aspetti principali: il rafforzamento dei servizi di salute materna, attraverso attività di formazione e supervisione degli operatori sanitari locali e delle strutture di primo livello (Centri di Salute e dispensari), e l'orientamento della domanda di cura verso le istituzioni sanitarie, attraverso attività di *sensibilizzazione* ed *empowerment* delle comunità. In particolare, le azioni di empowerment erano volte a incrementare la consapevolezza della popolazione locale sulle tematiche relative alla salute materna e riproduttiva attraverso l'impiego di strutture di aggregazione sociale già esistenti e attive nelle comunità locali (le Conferenze del Women Development Army) e la promozione di attività nuove nel contesto di intervento (i Dialoghi comunitari)⁵. Focus principale della ricerca in oggetto sono state le Conferenze del Women Development Army (WDA). Le Conferenze del WDA sono incontri mensili di donne, promossi a livello di *kebele* attraverso il coinvolgimento delle cosiddette

² Il Bale è una delle diciotto *zone* dello Stato Regionale di Oromia, nell'area centro-meridionale dell'Etiopia.

³ L'area, così come tutta l'Etiopia, ha una particolare struttura amministrativa: ogni *zone* è divisa in distretti (*woreda*) e le *woreda* target del progetto CCM sono Harena Buluq e Meda Welabu. Ogni *woreda* è divisa in *kebele* e ogni *kebele* è divisa in 3 sotto aree, chiamate localmente *zooni*. Ogni *zooni* consiste in una rete di *garè* (reti di case), presiedute da un capo *garè*. Ogni *garè* è costituito da un numero variabile di cinque *tokko-shane* che in lingua locale (Afan Oromo) significa "uno a cinque", ovvero gruppi di cinque case. Ogni *tokko-shane* ha un rappresentante.

⁴ Un'organizzazione non governativa (ONG) di Torino impegnata sui temi della salute e dell'accesso alle cure in Italia e in Africa orientale.

⁵ Discussioni collettive riguardanti i parti istituzionali, effettuati sia a livello di *kebele* sia in casa e condotte dai *leader* o da persone con ruoli rilevanti nel *garè*, formati come facilitatori di comunità.

Reti di comunità: strutture comunitarie composte da personaggi chiave che hanno un ruolo di “modello” o di leadership nella società, come gli operatori sanitari comunitari, alcune donne con ruoli amministrativi o governativi e donne-modello appositamente formate come mobilitatrici delle loro stesse pari. Nel corso del progetto, le conferenze hanno coinvolto un numero ingente di donne con l’obiettivo di promuovere l’educazione alla salute materno-infantile.

Il progetto ha coinvolto tutti gli attori della struttura amministrativa piramidale tipica del contesto etiope, ovvero: le autorità locali interessate a livello di Regione, Zona e *woreda*, i capi di *garè* (villaggio) e i membri del WDA. Similmente, le attività di educazione e mobilitazione sono state organizzate approfittando della stessa struttura. In particolare, il WDA rappresenta una nuova strategia che il governo etiope ha iniziato a utilizzare alla fine del 2010 con l’obiettivo di promuovere la diffusione delle strategie di sviluppo tra la popolazione femminile, con una particolare attenzione alla diffusione di pratiche biomediche (assistenza in gravidanza e incremento dei parti nelle istituzioni sanitarie) e all’educazione comunitaria sulla salute materno-infantile:

In ogni *kebele* rurale la popolazione femminile è divisa in gruppi di 30 donne, a loro volta suddivise in gruppi da cinque a sei membri. Ogni donna è eletta come capo della sua casa e in ogni gruppo una donna è eletta come *leader*. Questa ha il ruolo di coordinare le attività degli altri membri e di informarli sui diversi programmi implementati dall’amministrazione per convincerle a prenderne parte (Villanucci 2014a: 128).

Nell’area di intervento del progetto, il governo aveva già pianificato delle Conferenze WDA che tuttavia, stando alle testimonianze raccolte, non venivano attuate o non erano continuative nel tempo. Attraverso il progetto del CCM, le Conferenze sono diventate costanti e ben organizzate:

In ogni *kebele* c’è una conferenza WDA al mese, ma molte donne non le frequentano e non vengono sensibilizzate. Il CCM ha risolto questo problema con le Conferenze WDA, addirittura 400 donne hanno partecipato. Ci sono stati molti cambiamenti dopo le Conferenze WDA, tutto è cambiato nella *kebele* (capo dell’Ufficio Sanitario della *woreda* a Harena Buluq, 3 marzo 2017).

Le Conferenze WDA hanno permesso di riunire le donne a livello di *kebele* e promuovere l’educazione in materia di salute materna, utilizzando materiali didattico-educativi “locali” (già presenti sul campo) e coinvol-

gendo personaggi chiave della comunità per diffondere messaggi di promozione alla salute. Durante il progetto, le conferenze si sono svolte una volta al mese per un totale di 12 mesi affrontando volta per volta ognuno degli argomenti presenti nel Libretto informativo sulla salute per le Famiglie (Family Health Guides). Le Family Health Guides (FHG) sono documenti governativi distribuiti a livello nazionale in tutte le strutture sanitarie e usate dagli operatori per educare la comunità sulle tematiche relative alla salute materno-infantile, alle malattie infettive, all'igiene personale e degli ambienti. Esse sono tradotte nelle diverse lingue locali e contengono molte immagini per facilitare la comprensione del messaggio da parte delle persone analfabete.

Lo strumento nazionale è stato adottato dal progetto CCM che, in stretta collaborazione con gli uffici sanitari di zona e *woreda*, ne ha incoraggiato il pieno uso durante le Conferenze WDA. Le Conferenze, chiamate dagli attori locali *walgaii dubertota* che in Afan-Oromo significa "riunione di donne", si sono sempre svolte in spazi aperti vicino ai centri di salute. Esse sono state strutturate in una conversazione con le donne, guidata dall'operatore sanitario, e un momento finale di socializzazione attraverso la cerimonia del caffè⁶.

Il coinvolgimento della comunità è stato la componente preponderante del progetto CCM. Questo spiega perché l'organizzazione abbia ritenuto necessario condurre una ricerca antropologica orientata a comprendere la percezione e la partecipazione della comunità riguardo le attività informative ed educative promosse dal progetto; ad analizzare l'impatto delle Reti di Comunità e delle Conferenze WDA sui comportamenti delle donne. Per farlo, però, occorreva un'etnografia più "autentica" che si concentrasse anche sui discorsi locali e sugli itinerari terapeutici delle donne durante gravidanza, parto e cura neonatale per far emergere le eventuali contraddizioni tra prospettive emiche e piani d'azione proposti dalla ONG.

La ricerca etnografica ha promosso una comprensione approfondita del contesto sociale locale, permettendo di formulare ipotesi per il miglioramento di interventi progettuali futuri concernenti la salute materna.

La forza critica dell'antropologia sta, infatti, più nel mettere in dubbio le certezze di coloro che propongono i progetti, attraverso uno sguardo "eccentrico", piuttosto che convincere le comunità locali ad accettare gli

⁶ La cerimonia del caffè è uno dei principali rituali quotidiani in Etiopia. Per un approfondimento, cfr. Pankhurst (1997).

interventi. La medicalizzazione del parto, ad esempio, ha, e soprattutto, deve avere una validità universale? Nell'ambito della diffusione di pratiche e dispositivi biomedici, che posto viene dato agli operatori "tradizionali"?

Questo articolo ha il duplice obiettivo di far emergere i discorsi e le pratiche locali riguardanti l'accettazione, le negoziazioni e le resistenze alle proposte progettuali della ONG e di riflettere sulle condizioni e sul contributo – spesso poco riconosciuto – della ricerca antropologica all'interno di progetti di cooperazione sanitaria. I risultati qui esposti esemplificano i limiti e le tensioni derivanti da un'etnografia che fa emergere le percezioni locali legate al parto e alla salute materna, ma che è comunque commissionata e direzionata dagli obiettivi del progetto di "sviluppo".

Il contesto e la metodologia della ricerca

Nel 1994, il Ministero Federale della Salute Etiopico ha emanato il Programma di sviluppo della sanità, focalizzandosi sulla decentralizzazione del sistema sanitario nazionale e promuovendo l'assistenza sanitaria di base come strumento principale per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio (Villanucci 2014a). In questa cornice, il Programma comunitario della salute, o Health Extension Program (HEP), è diventato l'intervento che contribuisce maggiormente al raggiungimento dei citati obiettivi e, in particolare, a quelli correlati alla salute materno-infantile:

Il Programma comunitario per la salute, o Health Extension Program, è un programma di attuazione di servizi sanitari basati sulla comunità il cui approccio educativo si radica in un modello di diffusione, che sostiene che il comportamento comunitario si cambia *step by step*: formare i primi individui che adottano i cambiamenti e poi passare al prossimo gruppo che è pronto a cambiare. I gruppi più resistenti al cambiamento sono gradualmente indotti a trasformare le loro abitudini grazie ai cambiamenti dell'ambiente in cui vivono. Il Programma comunitario per la salute presume che le abitudini sanitarie delle comunità possano essere favorite dalla creazione di famiglie modello che altri ammireranno ed emuleranno (Banteyerga 2011: 46. Traduzione degli autori).

L'HEP è strutturato in 16 "pacchetti di servizi" raggruppati in quattro settori di salute: igiene e pulizia ambientale; servizi sanitari alle famiglie; prevenzione e controllo delle malattie; educazione e comunicazione sanitaria.

Le donne-modello sono elette dai leader delle *kebele* perché sono coloro che mettono in pratica i messaggi educativi e le raccomandazioni promosse

dagli *health extension workers* (operatori sanitari di comunità). In Etiopia «la creazione di cittadini-modello è considerato un obiettivo nel cammino di “sviluppo” verso la modernizzazione ed emancipazione dall’arretratezza del Paese» (Villanucci 2014b: 29).

Siamo stati selezionati perché siamo molto attivi e quando abbiamo partecipato agli incontri nelle *kebele* abbiamo messo in pratica quanto abbiamo sentito dai leaders di *kebele* e dagli operatori. Ci hanno detto che: «dato che sei al top della società, dovresti guidare la società» (mobilitatrice in Nano Bidire, 26 maggio 2017).

Le donne-modello sono coloro che hanno messo in pratica modelli di comportamento e pratiche basate su evidenze biomediche e scientifiche occidentali. Particolari processi di incorporazione (cfr. Csordas 1994; Pizza & Johannessen 2009) concorrono alla costruzione di tali soggetti come esempi viventi e incarnati di “sviluppo” e di “buone pratiche”. L’Etiopia ha un sistema medico plurale (Schirripa 2010; Wondwosen 2006) e l’introduzione della biomedicina nel Paese risale già a Menelik II, considerato il padre della “modernizzazione”. La biomedicina rappresenta tuttora il paradigma medico ufficialmente riconosciuto⁷ e nei discorsi pubblici degli attori governativi e istituzionali e in quello delle organizzazioni coinvolte in progetti di “sviluppo” è spesso contrapposto dicotomicamente all’universo religioso e “tradizionale” della medicina etiopica, considerato come “retrogrado” e “arretrato”. Solitamente le donne-modello non hanno un lavoro o un ruolo amministrativo o di governo ufficiale e questo contribuisce nel renderle più “prossime” alle altre donne e più “efficaci” all’interno della comunità. Sono in contatto con le altre donne, specialmente con le loro vicine e i loro network di *garè* o *equub*⁸.

⁷ I processi di riconoscimento della *habesha medhanit* (la medicina “tradizionale” etiopica), in contrapposizione alla biomedicina che gode del riconoscimento ufficiale da parte del governo, sono ancora ambigui e poco formalizzati. Il primo tentativo formale di registrazione degli operatori “tradizionali” risale al 1942 con un decreto del governo imperiale (Wondwosen 2006: 41) che fu poi rafforzato con un secondo decreto nel 1948. Dal 1950 iniziò la registrazione e la concessione di licenze ai guaritori tradizionali e dopo l’adesione dell’Etiopia alla Dichiarazione di Alma Ata, all’interno del Ministero della salute venne istituito un ufficio per la medicina tradizionale. Per un approfondimento cfr. Vecchiato (1993); Wondwosen (2006); Schirripa (2010); Villanucci (2010).

⁸ Forme di raccolta di denaro collettive.

Le levatrici tradizionali, in Afan-Oromo conosciute come *deesistu aadaa* (*deesistu*: colei che fa partorire, *adaa*: tradizionale), sono le prime praticanti che hanno assistito le donne nel momento del parto e hanno continuato a farlo per molto tempo. Come dichiarato in vari studi «la levatrice è una delle figure più comuni della medicina tradizionale etiope» (Kassaye, Amberbir, Getachew & Mussema 2006: 130). Il CCM si è trovato a lavorare con loro, pur avendo dovuto espungere le levatrici tradizionali dalla versione ufficiale del progetto sottoposto al governo⁹. I membri della comunità, infatti, le hanno elette come “facilitatrici” per gli incontri del WDA, riconoscendo loro un ruolo significativo e assegnando loro la legittimazione¹⁰ in un evento come quello del parto e in una «forma elementare dell’avvenimento» (Augé 1986) come quella della nascita – che è allo stesso tempo il più personale e il più sociale degli eventi. Ciò dimostra una vera e propria tattica di negoziazione tra le gerarchie di valori e di potere locali e le condizioni imposte dal contesto istituzionale.

A causa delle tempistiche e delle limitate risorse disponibili, in stretto coordinamento con il team di progetto, si è deciso di concentrare la ricerca su due *kebele* per ogni *woreda*, in modo da garantire un’analisi in profondità dei contesti locali - come richiede la metodologia etnografica - e, al tempo stesso, avere l’occasione di comparare i risultati emersi in due diverse aree geografiche. Le quattro *kebele* sono state selezionate dopo un’accurata discussione tra la ricercatrice, il capo progetto e lo staff CCM sul campo. Tra i criteri di selezione impiegati, è stata posta particolare attenzione all’adesione alle attività progettuali nelle *kebele*: frequenza e continuità nelle conferenze WDA e livello di partecipazione e all’appartenenza alla stessa unità di assistenza sanitaria primaria. Sono state, perciò, incluse nello stu-

⁹ Forme tattiche simili di accomodamento e resistenza, come questa in cui le operatrici tradizionali vengono coinvolte in progetti di sviluppo inconsapevolmente per la ONG e sotto la forma accettabile dal governo di “mobilitatrici”, si ritrovano anche in contesti coloniali. Un esempio è quello dell’area Igbo in Nigeria dove in una casa-famiglia, sorta per preservare i bambini gemelli, vittime nell’area di infanticidio, la comunità propose come balie le donne considerate pericolose dalla comunità, liberandosi in un solo colpo sia dei gemelli che delle donne “dannose” (cfr. Bastian 2001).

¹⁰ Sulla base del pensiero weberiano, Mc Cormack (1981) afferma che il potere si basa su tre differenti tipi di legittimazione: quella legale o razionale, quella carismatica e quella tradizionale. Anche se le levatrici tradizionali non hanno l’autorità legale di agire sul corpo delle donne, o hanno l’autorità di essere coinvolte solo nel momento in cui smettono di essere levatrici tradizionali, la comunità riconosce loro il potere carismatico e tradizionale di agire in momenti così importanti come quello del parto.

dio due *kebele* che hanno dimostrato, dal punto di vista prettamente valutativo del progetto, un’“alta adesione” (Sodu Welmel in Harena Buluq e Abba Sirba in Meda Welabu) e due con “bassa adesione” (la città di Angetu in Harena Buluq e Nano Bidire in Meda Welabu). Tale selezione aveva il fine di esplorare quali fossero gli ostacoli nella partecipazione alle attività del progetto e quali fossero invece i punti di forza.

I dati sono stati raccolti attraverso una metodologia qualitativa basata sull’osservazione partecipante e su interviste in profondità con informatori scelti tramite un «campione etnografico a scelta ragionata» (Pavanello 2010: 206).

Uso sociale dell’antropologia e riconfigurazioni reciproche

La ricerca condotta ha cercato di impegnarsi in una funzione sociale intesa come:

rapporto circolare tra conoscenza e prassi, fra consapevolezza della condizione umana e azione dell’uomo verso l’uomo, in cui risultano fissati, appunto, il condizionamento storico delle scienze sociali, la funzione delle scienze sociali come piattaforma conoscitiva per l’intervento nella società, il nesso fra momento della ricerca e momento dell’impegno sociale del ricercatore (Seppilli 2008 [1969]: 75).

Le conoscenze desunte tramite i metodi di indagine etnografica sono sempre un corpus di saperi applicabile alla vita quotidiana; in questo caso l’applicabilità rappresentava l’obiettivo esplicito fin dalla fase di progettazione e dal coinvolgimento dell’antropologa e ricercatrice. La ricerca svolta è stata un esempio di «co-disciplinarietà, intesa come una collaborazione tra discipline, in cui ciascuna dovrebbe mantenere la propria identità» (Fainzang 2006-2008: 11). Si sono, infatti, confrontati gli orizzonti teorici, i linguaggi e gli sguardi della medicina, della cooperazione allo sviluppo e dell’antropologia.

La ricerca antropologica applicata nel contesto della cooperazione allo sviluppo rappresenta un terreno che apre la via a nuove considerazioni, idee e strategie di intervento. Il dialogo tra antropologia e cooperazione può accrescere l’impatto e l’efficacia dei progetti di sviluppo se si affida ai membri della comunità il ruolo di soggetti attivi. Come affermato da Declich, «la ricerca applicata dovrebbe essere obbligatoria nelle attività di consulenza» (Declich 2009: 39) per promuovere un tipo di Cooperazione

internazionale «culturalmente sostenibile» (Colajanni 2012). Non è sufficiente parlare genericamente di “partecipazione”. È obbligatorio comprendere *come* la comunità negozia l’insegnamento ricevuto, *come* vi partecipa e le ragioni *per cui* gli attori sociali prendono parte – o oppongono resistenza – alle attività del progetto.

L’antropologia applicata nell’ambito di progetti di cooperazione internazionale ha dato adito a un ampio dibattito e a una serie di resistenze e pregiudizi che hanno spesso contrapposto la ricerca antropologica “pura” e la ricerca applicativa e pratica. Seppur vi sia sempre più richiesta di conoscenze desunte tramite indagini etnografiche all’interno della pianificazione di progetti di “sviluppo”, da un lato l’antropologia con la sua vocazione critica è scomoda per gli stessi pianificatori, dall’altro il fatto che la ricerca sia commissionata sembra renderla meno “libera”. Come sostiene Colajanni, tali forme di antropologia applicata possono considerarsi:

Una “antropologia del presente” attenta anche alle responsabilità etiche e sociali nei confronti degli attori sociali oggetto di decisioni politiche, che studi i cambiamenti pianificati con lo stesso affinamento teorico e l’approfondimento etnografico che hanno fatto la fortuna delle discipline antropologiche nei loro temi più tradizionali (parentela, rituale, mitologia, e così via) (Colajanni 1994: 59-60).

Infatti, compito dell’antropologia dei processi di “sviluppo” è quello di considerare il progetto stesso una «forma sociale sui generis» (Colajanni 1994: 57), sottoponendo ad analisi non solo l’esercizio di influenza e le comunità locali, ma anche gli stessi presupposti teorico-metodologici del progetto.

La ricerca ha permesso di analizzare l’impatto dei progetti e delle azioni del CCM sulla vita quotidiana dei membri delle comunità locali e, in particolare, di verificare *come* costoro le recepiscono/fanno resistenza/le negoziano. La principale innovazione e forza dell’approccio antropologico della ricerca è la possibilità di guardare alle azioni del progetto “dal basso”, ovvero dal punto di vista dei beneficiari e partendo da una base in cui gli stessi concetti di “sviluppo” e le attività proposte vengono interrogati come prodotti culturali. Si può parlare, dunque, di un’antropologia che è stata «*engaged*» come «responsabilità di mediazione dell’antropologo» e «*committed*» (Palmisano 2014): «un’antropologia che comprende i processi di scelta e li comprende come processi politici ai quali intende partecipare direttamente» (*ivi*: 21). Più in generale si è trattato di un’antropologia applicabile e impegnata che si è inserita entro quadri teorici – quello

della biomedicina e quello dello “sviluppo” – cercando di inventare una “cassetta degli attrezzi” per la comprensione e l’azione sul territorio, senza dimenticare di esplicitare le fondamenta storicamente costruite dei quadri in cui si inseriva.

Come afferma Olivier de Sardan, nei progetti di sviluppo normalmente si adottano strategie in cui è l’offerta che crea la domanda e non viceversa (Olivier de Sardan 2008 [1995]: 65). Il CCM pone già la comunità al centro delle sue azioni, secondo uno dei paradigmi della cooperazione allo sviluppo (cfr. Bassi 2018), unendo questo tipo di intervento, a loro ormai familiare, con l’approccio antropologico l’obiettivo è stato quello di migliorare la realizzazione di progetti che si svilupperanno attraverso una *effettiva* cooperazione e negoziazione tra i promotori e coloro che ne dovrebbero beneficiare. Questi saranno progetti realmente «partecipati»¹¹ e progettati *ad hoc* sulla situazione specifica per rispondere nel miglior modo ai bisogni dei beneficiari.

Fare antropologia nella cornice di un progetto di cooperazione sanitaria comporta una negoziazione ed una riconfigurazione reciproche tra modalità, tempistiche e linguaggi distintivi di ogni disciplina coinvolta. La prima negoziazione ha riguardato certamente il senso del “tempo”: le ricerche approfondite richiedono un lungo soggiorno sul campo non soltanto al fine di raccogliere dati, ma soprattutto per favorire rapporti di fiducia tra ricercatori e membri di comunità. All’inizio, la ricerca poteva essere percepita come una valutazione di progetto o una supervisione qualitativa della performance degli attori. I soggetti coinvolti dovevano capire che compito del ricercatore non era quello di giudicarli, ma piuttosto quello di ascoltarli con l’obiettivo di migliorare cooperazione e collaborazione. Ciò richiede tempo. A causa di ostacoli burocratici connessi al rilascio di permessi di soggiorno di una durata molto limitata e di una serie di problemi logistici, quali la distanza tra le *woreda* coinvolte e l’Ufficio territoriale CCM nella zona del Bale, non è stato possibile fermarsi sul campo per il periodo di tre mesi inizialmente previsto, ma solo per 17 giorni in Harena Buluq *woreda* e per 19 giorni in Meda Welabu *woreda* (meno della metà del tempo programmato). Presentarsi insieme al team locale della ONG rendeva difficile far percepire l’antropologa come una professionista indipendente, seppur

¹¹ Come affermato da Olivier de Sardan (2008 [1995]), la partecipazione può risultare retorica a copertura di una forma di imposizione. D’altro canto, progetto “partecipato” significa che esso viene negoziato, ri-discusso con tutti gli attori sociali coinvolti.

commissionata dalla stessa organizzazione, e i primi incontri etnografici, in particolare le interviste, si sono dimostrati la prova lampante di tale percezione. In tali primi incontri, infatti, le retoriche discorsive utilizzate dagli informatori si muovevano sulle linee dell'esaltazione del progetto, del ruolo dell'associazione e del successo delle attività promosse. Non che questi discorsi non avessero fondamento, ma la strategia di incontrare le donne e gli operatori sanitari più volte e in momenti di quotidianità, come le cerimonie del caffè, il mercato, le domeniche a casa, e il partecipare allo svolgimento delle attività – ad esempio alle Conferenze WDA – ha fatto emergere pareri più personali e talora conflittuali. Inoltre, il confronto tra ciò che veniva detto e ciò che veniva osservato fare, quindi tra discorsi e pratiche, ha permesso un'analisi più approfondita. Di fatto anche la cosiddetta committenza, la ONG, era interessata ad evidenziare le eventuali criticità per poterne fare la base di una rimodulazione delle strategie future.

L'altra negoziazione è stata quella del linguaggio. Ogni parola, in fase di stesura del report, è stata soppesata affinché potesse essere riconoscibile e utilizzabile nel quadro della lessicologia biomedica e dello "sviluppo", ma al tempo stesso affinché non tradisse l'intrinseca criticità della disciplina antropologica, volta a de-essenzializzare le categorie in uso e a svelarne i meccanismi di costruzione delle stesse. Un esempio è quello della differenza tra "*skilled delivery*" (parto professionalizzato) e "*institutional delivery*" (parto istituzionale). Con *skilled delivery* si intende il parto professionalizzato; ma in un contesto di sistema medico plurale, come quello etiopico, i professionisti che hanno la legittimità ad agire sui corpi non sono per forza solo quelli biomedici. Definivamo, dunque, *skilled* quei parti che erano avvenuti sotto l'egida di operatori biomedici, ma ciò dava per scontata la naturalizzazione di un'autorità riconosciuta solo a tali figure e che l'unica professionalità esistente fosse quella acquisita tramite una formazione di tipo biomedico. In italiano, la medesima questione si è posta per l'utilizzo del termine parto "assistito". L'antropologia ha esplicitato come nominare i parti istituzionali "assistiti" significasse non prendere in considerazione il carattere proteiforme della assistenza – quella familiare, delle proprie pari, delle levatrici tradizionali – e convalidare il paradigma universalistico e neutrale – quando non lo è – della biomedicina (cfr. Martínez Hernández 2000). Lo scambio di idee tra antropologhe e responsabili del progetto ha fatto confluire tali considerazioni nella scelta di utilizzare il termine "*institutional*" *delivery* per tutti i parti avvenuti presso istituzioni sanitarie e attraverso l'aiuto di operatori biomedici. Infatti dal

governo etiope le uniche istituzioni riconosciute ufficialmente sono proprio quelle biomediche.

Il parto come arena pubblica di un'esperienza privata

Se l'antropologia nella co-disciplinarietà deve mantenere la sua posizione «doppiamente critica» (Fainzang 2006-2008: 15), cioè da un lato quella di evidenziare le eventuali disegualianze nell'accesso alla salute, e dall'altro quello di mettere in discussione i discorsi vigenti riguardo alle questioni di salute, in questa collaborazione con le discipline sanitarie e con i paradigmi della cooperazione allo sviluppo, il primo passo è stato quello di mettere in luce le diverse percezioni legate al parto al fine di ribadire la non universalità della medicalizzazione del parto. Tale evento diventa, infatti, un'arena nella quale si giocano i rapporti di forza di differenti attori sociali: le istituzioni governative, in primis quelle sanitarie, le ONG e le donne con le loro reti di vicinato e parentela.

Durante gli incontri delle WDA la retorica usata per promuovere i parti istituzionali, cioè i parti nelle strutture sanitarie biomediche e per disincentivare parti casalinghi è stata molto forte: «Chi partorisce a casa è come uno che utilizza casa sua come latrina. Perché le donne che partoriscono nei centri di salute hanno visto il valore del parto nei centri di salute» (operatrice sanitaria durante la WDA, 21/5/2017). Tuttavia il parto è percepito, dalle donne intervistate durante la ricerca, come un evento naturale, non una condizione patologica che richiede un intervento medico (cfr. Warren 2010). Le donne parlano del loro parto come di un'esperienza “normale/ semplice” che accade grazie alla forza delle donne e all'aiuto di Dio.

Partorire a casa è naturale. Le donne affermano che nella storia tutte le donne hanno partorito a casa: le loro nonne, le loro madri, le loro vicine. Come mostrato in altre ricerche, il parto naturale avviene a casa (Bedford, Gandhi, Admassu & Girma 2012) con molte persone attorno: il marito che aspetta fuori, le donne della famiglia e del vicinato che assistono la partoriente e la levatrice tradizionale.

Molte donne intervistate¹² hanno un numero relativamente alto di figli (da tre a nove), hanno avuto la prima gravidanza in età molto giovane (in-

¹² Le donne coinvolte nelle interviste avevano figli o erano incinte e, quindi, in qualche modo erano state target delle attività del progetto. Il contesto economico-sociale in cui esse si muovevano era principalmente rurale, tranne nel caso della piccola cittadina di

torno ai 13-15 anni) e hanno partorito l'ultimo bambino, o quelli nati negli ultimi tre anni (in linea con il periodo del progetto del CCM), in strutture sanitarie: la maggior parte nel centro di salute di riferimento della *kebele* o, a causa di complicazioni ostetriche, nell'ospedale di riferimento di Dollo Mena, dove sono state indirizzate dallo staff delle strutture sanitarie¹³. Poche di loro (due tra tutte le sessantuno donne intervistate), quelle con un più alto status socio-economico, sono andate direttamente in ospedale alla ricerca di un servizio di miglior qualità. Donne che hanno una storia di parti in casa descrivono i parti nei centri di salute come più sicuri e meno dolorosi:

Ho 9 bambini, il più grande ha 15 anni e l'ultimo è di tre mesi. Ho partorito tre di loro a casa e sei nel centro di salute. Partorire in strutture sanitarie è meglio perché le madri sono protette dal sanguinare. Se tu partorisci a casa ci può essere molto sangue e ci possono essere delle complicazioni. Non ho avuto complicanze a casa e una levatrice tradizionale mi ha aiutato (donna in Abba Sirba, 25/5/2017).

Per capire i discorsi delle donne dovremmo prendere in considerazione la relazione tra gli informatori e l'antropologa. Di fronte ad una straniera (*forenji*), proveniente dall'“Occidente”, le donne erano interessate a sottolineare l'adozione di regole biomediche riguardo al parto. Un'evidenza relativa alla percezione del parto istituzionale è che le donne che lo hanno provato e hanno avuto una buona esperienza con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari, normalmente optano per il parto istituzionale anche per il bambino successivo. Altre donne intervistate presumono che il parto nelle strutture sanitarie sia consigliabile in caso di travaglio troppo lungo e quando ci siano delle complicazioni.

Durante la ricerca, è stato osservato che le donne incontrate sul campo iniziano a ritenere il parto a casa come un fatto negativo, tenuto conto dell'intervento degli operatori sanitari e delle sessioni formative che hanno in qualche modo “naturalizzato” il parto istituzionale. Tuttavia, le ragioni che hanno portato all'accettazione generale del parto istituzionale sono collegate più al timore di essere giudicate in maniera negativa, che a un reale cambiamento nella percezione del parto in casa. Le donne che par-

Angetu, caratterizzato da un'economia agricola e pastorale. Una volta sposate, le donne hanno assunto la residenza nel villaggio del marito.

¹³ Dollo Mena Hospital è l'ospedale di riferimento per entrambe le *woreda* Harena Bulu e Meda Welabu.

toriscono a casa si sono scusate durante l'intervista, dicendo che sono a conoscenza dell'importanza del parto istituzionale, ma che non sono state in grado di partorire nelle strutture sanitarie:

Ho partorito tutti i miei figli a casa. Non ho avuto alcun problema nel partorire a casa, sono stata aiutata da una levatrice tradizionale. Lo so che dovremmo partorire nei centri di salute, ho saputo dei benefici del partorire nei centri di salute negli incontri del WDA e attraverso gli operatori sanitari [risate della donna]. Il prossimo lo partorirò nei centri di salute (donna in Nano Bidire, 26 maggio 2017).

Come sopra riportato, partorire nei centri di salute è consigliabile in caso di travaglio prolungato o complicazioni ostetriche. La retorica del travaglio veloce era usata molto spesso dalle donne durante le interviste in profondità, come in altre aree dell'Etiopia dove sono state condotte analoghe ricerche (Corrado 2010; Villanucci 2014b; Fantini & Villanucci 2016). Tali ricerche hanno messo in luce come le donne la usino per giustificarsi di fronte agli operatori sanitari che hanno un ruolo non solo nella loro educazione sanitaria, ma anche nella valutazione e supervisione delle "performance" e dei comportamenti delle donne. Il travaglio veloce è una modalità per motivare il parto in casa senza cadere in giudizi negativi da parte degli operatori sanitari; è una tattica di resistenza all'istituzionalizzazione del parto (Villanucci 2014b). Un parto semplice non richiede gli interventi di operatori sanitari biomedici.

Le donne che hanno avuto una brutta esperienza con il parto in casa passano al parto istituzionale:

Ho partorito due bambini, uno è morto due anni fa e uno ha 8 mesi. Il primo l'ho partorito a casa ed è nato con una posizione anomala delle gambe ed è morto. Per il secondo, proprio perché il primo era morto, quando ho sentito che mi faceva male, sono andata al centro di salute di Angetu a partorire (donna in Sodu Welmel, 8 aprile 2017).

Ma le donne che non hanno affrontato nessuna difficoltà, continuano a pensare che partorire a casa sia naturale. Ciò è dovuto a una percezione differente del rischio (cfr. Corrado 2010; Corrado 2011; Quattrocchi 2014): da un punto di vista biomedico, l'incertezza e l'imprevedibilità del parto rappresentano automaticamente il primo rischio; nella prospettiva comune delle donne, invece, solo segnali di pericolo durante la gravidanza o dopo il parto sono percepiti come rischiosi.

Accanto al discorso sulle percezioni, importante è l'analisi delle pratiche e degli itinerari per la salute materna. La scelta nella tipologia di parto è influenzata anche da fattori strutturali: le donne sono spaventate all'idea di dover pagare i servizi all'interno delle strutture sanitarie. Attraverso gli incontri del WDA e la formazione, è stato reso noto che i servizi riguardanti la salute materno- infantile sono gratuiti; in ogni caso, però, il parto nei centri di salute richiede dei costi in termini di investimento di energie e denaro: vestiti puliti da indossare per andare e vestiti puliti per i neonati; cibo per le madri, trasporti per tornare a casa. In un'economia familiare povera, comparando costi e benefici, il parto a casa sembra essere spesso la soluzione più semplice ed economica.

Dai risultati alle raccomandazioni: il potere *in*-formativo e *tras*-formativo dell'antropologia

Tramite le interviste in profondità, le *focus group discussions* e l'osservazione si è riusciti ad evidenziare quale fosse la percezione emica delle attività del progetto di cooperazione sanitaria. La disciplina antropologica ha avuto, dunque, in una prima fase un potere *in*-formativo per il proprio committente, rispetto alle prospettive degli attori locali; tale corpus di saperi però non era finalizzato a se stesso, ma rappresentava la prima fase di una ricerca che avesse un potere *tras*-formativo e, dunque, un esplicito fine operativo.

Quanto emerso dall'attività di ricerca è stato organizzato in ciò che nel linguaggio dello sviluppo si chiamano risultati e raccomandazioni, cioè proposte operative per calibrare interventi futuri. I nodi tematici attorno ai quali si sono concentrati i risultati e le proposte future sono stati, in gergo tecnico: l'*accettabilità* dei servizi sanitari e l'*accessibilità* geografica e finanziaria. Per accettabilità si intende l'adesione o meno agli interventi proposti, da parte dei beneficiari, e in qualche modo la cosiddetta *compliance*. A tal proposito i risultati principali sono stati proprio le differenti percezioni legate al parto che conducono le donne delle *woreda* intervistate a scegliere tra parto istituzionale e parto in casa e il ruolo delle levatrici tradizionali. La ricerca ha sottolineato la profonda ambiguità del coinvolgimento di tali attori sociali nelle attività del progetto. Di fatto, le levatrici tradizionali entrano a far parte delle reti comunitarie e delle attività di *awareness* nel momento in cui smettono di essere tali, e cioè quando smettono di operare il loro saper fare per rimanere contatti chiave e "facilitatrici" del progetto e dei processi di educazione comunitaria. Promuovendo una tale integrazione-

ne degli operatori tradizionali si rischia di concorrere più alla loro scomparsa attraverso un «abbraccio fatale» (Van der Geest 2000 [1985]), che non a una vera valorizzazione:

Ho smesso 3 anni fa. Prima collaboravo con operatori sanitari, loro mi chiedevano consigli. Ora al Dollo Mena Hospital e nella Harena Buluq mi hanno detto di non continuare. Noi non dobbiamo toccare le donne e dicono che le uccidiamo (levatrice tradizionale in Angetu, 10 aprile 2017).

Ciò rischia di far perdere forme “tradizionali” di *primary health care* riconosciute dalla conferenza di Alma Ata (1978) come importanti risorse di salute nel perseguimento dell’obiettivo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità: “Salute per tutti” dei Millennium Development Goals. Tuttavia, nel tempo, le stesse posizioni dell’OMS riguardo l’importanza e la valorizzazione dei saperi e delle pratiche mediche “tradizionali” si sono ridimensionate, aprendo lo spazio a un pericolo di scomparsa degli operatori “tradizionali” e traducendosi, nel contesto locale, in una virata piuttosto repressiva da parte del governo etiopie rispetto ai parti in casa e alle levatrici tradizionali e abbandonando ogni forma di cooperazione con esse. Pericolo di dissoluzione che viene ben espresso dalle parole di una donna incontrata sul campo: «Ho 4 bambini e li ho partoriti tutti a casa. I primi con l’aiuto di una levatrice, ma l’ultimo (che ha 25 giorni) da sola. Le levatrici adesso hanno paura e non vengono più a casa» (donna in una remota *zooni* di Aba Sirba, 28 maggio 2017).

La prospettiva antropologica ha esplicitato tale ambiguità, permettendo alla ONG di interrogarsi sul valore e sul ruolo delle *traditional birth attendants* (TBA) e di immaginare nuove forme di collaborazione con esse. Nella situazione odierna, gli spazi reali di negoziazione sono certamente minimi, sia per l’approccio della ONG, poco orientata alla valorizzazione del pluralismo medico locale, sia per le forti resistenze da parte delle istituzioni nazionali e transnazionali. Il dato interessante è che le TBA alle quali non è consentito operare - osteggiate dal governo -, invece di essere emarginate, mantengono il proprio ruolo carismatico e vengono elette dai membri della comunità come figure di riferimento, riconfigurando la propria vocazione sociale nell’ambito della salute materna in una nuova versione: quella delle donne-mobilitatrici. Sarebbe opportuno approfondire quanto, in questa nuova veste, le levatrici assoggettino i propri modelli culturali di riferimento al dispositivo biomedico e sviluppatista e quanto

invece nelle micro-pratiche quotidiane operino forme di accomodamento e negoziazione tra modelli apparentemente conflittuali. Questo può essere il caso di una delle TBA incontrate durante la ricerca, anch'essa coinvolta come mobilitatrice delle attività progettuali del CCM, che non dice esplicitamente di aver smesso di aiutare le donne nel parto in casa, ma che sulla scia delle nuove leggi governative che regolano l'ambito sanitario e che potrebbero condurla verso una condanna penale, afferma che in caso di complicazioni esorta le partorienti a rivolgersi agli istituti biomedici:

Se il bambino è nella giusta posizione, acconsento a farle partorire in casa, ma se il bambino non è nella giusta posizione e riconosco delle complicazioni, come una quantità eccessiva di sangue o di placenta, allora le mando al *health center*. C'è una legge del governo che dice che le donne devono partorire nelle istituzioni sanitarie e non a casa (TBA in Sodu Welmel, 19 aprile 2017).

Il rapporto con gli operatori sanitari è stato un altro argomento rilevante. Molte delle donne intervistate si sono lamentate della scarsità e della poca disponibilità degli operatori nelle strutture sanitarie e del trattamento discriminante verso le donne provenienti da condizioni socio-economiche più basse. Il CCM ha, dunque, utilizzato tale evidenza per incontri formativi con i professionisti biomedici, che non fossero incentrati solamente sul perfezionamento delle procedure cliniche, ma anche sulla sensibilizzazione riguardo al rapporto con le donne e l'umanizzazione delle cure. Come dice Olivier de Sardan l'accettazione delle campagne di *sensibilizzazione* è sempre un «processo articolato di negoziazione del significato, pilotato da chi acquisisce consapevolezza» (Olivier de Sardan 2008 [1995]: 83), ma ancor di più questo processo di negoziazione dovrebbe essere reciproco e riguardare non soltanto i cosiddetti beneficiari, ma anche gli attori che conducono gli interventi di cooperazione per far sì che essa non venga solamente «subita» (cfr. Zanotelli & Lenzi Grillini 2008). È infatti, fin troppo facile incolpare le comunità locali di «mancanza di educazione» o poca consapevolezza, ma non si pensa che a dover essere «sensibilizzati» ai bisogni delle persone possano essere coloro che elargiscono i servizi.

Oltre a quelle che potremmo definire le barriere sociali, politiche e culturali, fin qui dibattute, esistono barriere strutturali che inficiano l'accessibilità territoriale e finanziaria dei servizi sanitari e delle attività del progetto. Molte delle *kebele* sono estremamente lontane dai centri di salute e in alcuni periodi dell'anno le strade sono interrotte. Una questione inizialmente ipotizzata, confermata con evidenza dalla ricerca, è il costo indiretto del

parto istituzionale. È vero che i servizi di salute materna presso le strutture sanitarie sono totalmente gratuiti, ma non è certamente vero che il parto istituzionale non abbia alcun costo. *In primis*, ha il costo del viaggio di ritorno dalle strutture. L'ambulanza del distretto, quando non ci sono problemi di network telefonico per chiamarla - problemi evidenti anche per lo staff del CCM e per l'antropologa che li hanno sperimentati in prima persona - copre gratuitamente il trasporto dall'abitazione delle donne ai centri di salute, ma non quello di ritorno. Non esistono trasporti pubblici di collegamento tra le varie *kebele* con i centri urbani, i mezzi più comuni sono le moto. Tornare immediatamente dopo il parto con un motociclo con il neonato non è certamente confortevole né sicuro. Si aggiunge che all'evento parto partecipano vari componenti della famiglia, così l'affitto dei mezzi di trasporto diventa insostenibile per economie familiari povere:

L'ambulanza ci ha portato solo al centro di salute, ma dopo il parto abbiamo dovuto pagare il biglietto per la motocicletta e tornare alla nostra casa è stato difficile. Il costo della motocicletta è molto caro. Sarebbe meglio se l'ambulanza ci portasse al centro di salute e poi ci riportasse a casa (mobilitatrice durante la WDA in Abba Sirba, 22 maggio 2017).

Nella regione del Tigray, data la forte pressione delle donne rispetto a questo tema, il governo ha organizzato trasporti post-parto gratuiti (cfr. Villanucci 2014b). Avendo sottolineato che il trasporto a seguito del parto è percepito dalle donne di entrambe le *woreda* come un grave problema, le azioni del governo messe in atto nel Tigray potrebbero essere considerate come una buona pratica da estendere nelle altre regioni del Paese.

Per quanto riguarda l'impatto delle WDA Conferences, i risultati principali sono stati che le attività lavorative delle donne influiscono sulla partecipazione e sull'adesione alle attività delle WDA. La valutazione del progetto aveva messo in evidenza che Angetu, l'unica *kebele* urbana del progetto, aveva la *performance* più bassa nelle WDA Conferences. La ricerca è andata oltre il dato tecnico-valutativo, cercando di evidenziare gli elementi valoriali e di comprendere il *perché* di una scarsa partecipazione e il *come* le attività proposte dal progetto fossero percepite in tale contesto. In area urbana, infatti, la maggior parte delle donne svolgono lavori d'ufficio o attività commerciali: partecipare alle conferenze viene vissuto come una perdita di tempo e denaro. Pensare, dunque, di organizzare le WDA sovrapponendole a momenti comunitari già pre-esistenti poteva limitare questa percezione e facilitare la partecipazione agli incontri. Tener conto

delle differenze tra il contesto urbano e quello rurale nella pianificazione del programma e delle attività è fondamentale. In Etiopia, abitualmente, i progetti sono studiati per le zone rurali e successivamente trasferiti al contesto urbano (Villanucci 2014b; Villanucci & Fantini 2016). La strategia di sviluppo etiope si basa sulla partecipazione e mobilitazione contadina. I contesti urbani, caratterizzati dalla continua mobilità degli abitanti e dalla disgregazione dei forti legami familiari e di vicinato, obbligano a ripensare nuove forme di azione adattate alla peculiarità del contesto specifico.

Conclusioni

Questo lavoro è il risultato dell'esperienza di co-disciplinarietà dell'antropologia insieme ad altre discipline all'interno di un progetto di cooperazione sanitaria internazionale:

Nella co-disciplinarietà ognuno ha bisogno dell'altro a condizione di lasciarlo libero, senza imbrigliarlo. In altri termini, non è soltanto rispondendo agli interrogativi formulati dalla medicina che le scienze sociali le daranno necessariamente più aiuto, ma anche permettendo all'antropologia di indagare di nuovo sulle certezze legate alla salute pubblica, formulando così nuovi interrogativi e apportando nuovi risultati (Fainzang 2006-2008: 20).

L'antropologia è entrata a pieno titolo nel progetto del CCM. È stato firmato un contratto che riportava esplicitamente la dicitura "Antropologa – Responsabile ricerca" e l'oggetto della prestazione come "Ricerca antropologica", e non consulenza o valutazione del progetto attraverso gli strumenti dell'antropologia, senza dover entrare "di traverso", un'espressione spesso ripetuta da antropologhe e antropologi rispetto ai vari tentativi di introduzione della disciplina in contesti istituzionali e sanitari. Il contratto e il relativo salario non sono stati importanti unicamente in un'ottica di "monetarizzazione" della professione, ma come precipitati materiali e tangibili del riconoscimento sociale della professionalità della disciplina antropologica, troppo spesso mis-conosciuta.

Come qui dimostrato, le riconfigurazioni non avvengono mai a senso unico, e la prima parte dell'articolo dimostra come, per riconfigurare le pratiche mediche, il primo passo sia stato quello di riconfigurare le pratiche antropologiche o quantomeno adattarle ai limiti pratici e teorici dell'inserimento di una ricerca in un progetto di cooperazione che ha i suoi tempi, i suoi linguaggi, le sue necessità di restituzione e il suo target

di persone a cui restituire. Concentrare gli aspetti e le questioni emerse in “semplici” risultati e raccomandazioni, stare sul campo “solo” due settimane nel primo campo e venti giorni nel secondo erano condizioni che l’antropologa ha fatto fatica ad accettare, arroccata su certezze, dispositivi e habitus accademici che l’hanno abituata a tempi di ricerca molto più duraturi, a revisioni continue e ad alti livelli di approfondimento.

Oggi antropologhe e antropologi sono studiosi delle forme di contestualizzazione dei discorsi, ovvero dei “registri”, e scienziati delle relazioni umane e quindi delle negoziazioni. Questo lavoro è stato uno dei possibili “registri” della ricerca antropologica ed è frutto di negoziazioni tra soggettività, paradigmi teorici e pratici, linguaggi e sguardi. Tale coinvolgimento ha implicato la messa in discussione delle certezze di tutti i partecipanti: dei metodi antropologici e dei quadri teorici della cooperazione allo sviluppo da parte della ONG¹⁴.

Restano, ovviamente, nodi irrisolti: una volta appurata, grazie all’etnografia, l’importanza delle levatrici tradizionali, come si possono coinvolgere tali figure, se a livello governativo ciò non è concesso? Che valore hanno le percezioni delle donne sulla naturalità del parto in casa in una relazione asimmetrica di potere, nella quale solo la medicalizzazione sembra dover essere accettata? È possibile usare i risultati di questa ricerca per cambiare le modalità operative dei progetti, anziché per realizzare forme di assoggettamento a paradigmi biomedici “culturalmente addomesticati”?

Questa forma di antropologia si è rivolta con lo sguardo alla lezione di Tullio Seppilli, che ha dato il titolo al II Convegno SIAM, dal quale questo articolo è scaturito. È stata una ricerca antropologica che ha provato a capire, ha avuto nell’azione il suo primario obiettivo e nell’impegno il suo orizzonte.

Bibliografia

- Augé, M. 1986. Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell’avvenimento, in *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*, a cura di M. Augé & C. Herzlich, pp. 33- 85. Milano: Il Saggiatore.
- Banteyerga, H. 2011. Ethiopia’s Health Extension Program: Improving Health through Community Involvement. *MEDICC Review*, 13, 3: 46-49.

¹⁴ Per un approfondimento su ONG e “sviluppo” e sul dibattito riguardante la loro “neutralità” o il loro riprodurre in scala minore le stesse logiche delle Agenzie e Organismi Internazionali (cfr. Zanotelli & Lenzi Grillini 2008; Pandolfi 2005).

- Bassi, M. 2018. Paradigmi dello Sviluppo e Approccio Relativista. *Antropologia Pubblica*, 4, 1: 65-94.
- Bastian, L.M. 2001. "The Demon Superstition": Abominable Twins and Mission Culture in Onitsha History. *Ethnology*, 40, 1: 13-27.
- Bedford, J., Gandhi, M., Admassu, M. & A. Girma 2012. "A Normal Delivery Takes Place at Home": A Qualitative Study of the Location of Childbirth in Rural Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 2: 230-239.
- Colajanni, A. 1994. *Problemi di antropologia dei processi di sviluppo*. Varese: ISSCO.
- Colajanni, A. 2012. Note e riflessioni sulla consulenza antropologica, in *Il mestiere dell'antropologo. Esperienza di consulenza tra istituzioni e cooperazione allo sviluppo*, a cura di F. Declich, pp. 37-50. Roma: Carocci.
- Corrado, S. 2010. *Gravidanza, parto e puerperio a Mekelle*. Tesi di laurea magistrale in Discipline Etnoantropologiche, Sapienza Università di Roma.
- Corrado, S. 2011. Percezione del rischio ed efficacia: l'evento nascita in contesto urbano, in *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, a cura di M. Pavanello & E. Vasconi, pp. 243-253. Roma: Bulzoni.
- Csordas, T. (ed.) 1994. *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: University Press.
- Declich, F. (a cura di) 2012. *Il mestiere dell'antropologo. Esperienza di consulenza tra istituzioni e cooperazione allo sviluppo*. Roma: Carocci.
- Fainzang, S. 2006-2008. Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarietà nella ricerca. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 21-26: 11-24.
- Fantini E. & A. Villanucci 2016. Santé publique, participation communautaire et mobilisation politique en Éthiopie: la *Women's Development Army*. *Politique Africaine*, 142: 77-99.
- Kassaye, K.D., Amberbir, A., Getachew, B. & Y. Mussema 2006. A historical overview of traditional medicine practices and policy in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 20, 2: 130.
- Martínez Hernáez, A. 2000. Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 9-34.
- Mc Cormack, C.P. 1981. Health Care and the Concept of Legitimacy. *Social Science and Medicine*, 15b: 423-428.
- Olivier de Sardan, J.P. 2008 [1995]. *Antropologia e sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Palmisano, A.L. 2014. Committed, engaged and applied anthropology. *DADA Rivista di Antropologia post-globale*, 2: 13-24.
- Pandolfi, M. 2005. Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza, in *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, a cura di R. Malighetti, pp. 151-186. Roma: Meltemi.

- Pavanello, M. 2010. *Fare antropologia. Metodi per la ricerca etnografica*. Bologna: Zanichelli.
- Pankhurst, R. 1997. The Coffee Ceremony and the History of Coffee Consumption in Ethiopia. *Ethiopia in Broader Perspective*, 2: 516-539.
- Pizza, G. & H. Johannessen, 2009. Two or three things about Embodiment and the State. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 27-28: 13-20.
- Quattrocchi, P. 2014. "Riesgo" y "seguridad" durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliario, in *Periferias, Diálogos y Fronteras*, pp. 4444-4465, Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. Tarragona.
- Schirripa, P. (ed.) 2010. *Health System, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*. Munster: LIT.
- Seppilli, T. 2008 [1969]. Rapporto sull'antropologia culturale, in *Scritti di Antropologia Culturale*, vol. I, a cura di M. Minelli & C. Papa, pp. 75-104. Firenze: Leo S. Olschki.
- Van der Geest, S. 2000 [1985]. Integrazione o abbraccio fatale, in *L'ambulatorio del guaritore. Forme e Pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di P. Schirripa & P. Vulpiani, pp. 55-64. Lecce: Argo.
- Vecchiato, N. 1993. Traditional medicine, in *The Ecology of Health and Disease in Ethiopia*, a cura di H. Kloos & Z. Ahmed Zein, pp. 157-178. Boulder: Westview Press.
- Villanucci, A. 2010. Traditional healers in the context of health care, in *Health System, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*, a cura di P. Schirripa, pp. 35-65. Munster: LIT.
- Villanucci, A. 2014a. Salute Sviluppo e lotta alla povertà. Vecchie e nuove forme di mobilitazione nelle campagne del Tigray. *L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, 1: 121-139.
- Villanucci, A. 2014b. *Salute, sviluppo e lotta alla povertà in un distretto rurale del Tigray*. Tesi di dottorato in Antropologia e Studi storico-linguistici. Università di Messina.
- Warren, C. 2010. Care Seeking for Maternal Health: Challenges Remain for Poor Women. *Ethiopian Journal of Health Development*, 24, 1: 100-104.
- Wondwosen, T. 2006. *Medical Pluralism in Ethiopia*. Aachen: Shaker Verlag.
- Zanotelli, F. & F. Lenzi Grillini 2008. *Subire la cooperazione? Gli aspetti critici dello sviluppo nell'esperienza di antropologi e cooperanti*. Catania: Edit Press.

