

La fistola ostetrica in Tigray. Retoriche culturaliste e violenza strutturale

Désirée Adami

Missione Etnologica Italiana in Tigray – Etiopia

Questo articolo nasce da una ricerca etnografica¹ svolta nello Stato Regionale del Tigray (Etiopia) e incentrata sullo studio di una patologia diffusa quasi esclusivamente tra le fasce più povere dei paesi del Terzo Mondo: la fistola ostetrica². L'intento iniziale era quello di indagare le ragioni che fanno sì che in Tigray questa patologia sia tenuta nascosta dalle pazienti e dal loro nucleo domestico. Infatti, nonostante la malattia colpisca un elevato numero di persone, gli attori sociali non la menzionano quasi mai. Al di fuori degli ambiti istituzionali, la gente comune non è disposta ad ammettere la presenza di questa forma di disagio. Inoltre, le donne colpite dalla malattia vengono spesso poste in una condizione di isolamento rispetto al contesto familiare e comunitario, e sembrano perdere i ruoli sociali di moglie e di madre.

Lo scopo preposto richiedeva che si procedesse, man mano, in una duplice direzione: da un lato, era necessaria una decostruzione della categoria biomedica di fistola ostetrica, poiché la medicina occidentale si caratterizza per una disattenzione e una sottostima di elementi non strettamente legati al dominio organicistico, decisivi nella definizione e risoluzione di uno stato di malessere; dall'altro, bisognava operare una ricostruzione della malattia in questione secondo una prospettiva emica, che integrasse le spiegazioni eziologiche di soggetti eterogenei (le donne che soffrono di fistola ostetrica, i guaritori tradizionali e quelli appartenenti all'ambito biomedico, le *traditional birth attendants*, e gli operatori del variegato mondo istituzionale e non, che ruota intorno alla gestione delle politiche sanitarie e degli aiuti umanitari) tutti coinvolti, per parte loro, nell'interpretazione e nel processo di guarigione della patologia.

I passi preliminari mossi nel contesto locale hanno fatto emergere un'idea peculiare relativamente all'insorgenza della fistola da parto. Tut-

ti i rappresentati degli organismi operanti a vari livelli nel settore della promozione della salute in generale, e di quella materna in particolare, con cui ho avuto modo di collaborare ai fini della ricerca, sono concordi nell'indicare il matrimonio precoce combinato, una pratica ampiamente diffusa in tutta l'Etiopia, quale causa primaria del problema. A partire da questa considerazione, il mio studio intendeva indirizzarsi verso l'analisi dell'universo locale di valori che definisce, giustifica e perpetua il matrimonio combinato di ragazze in giovanissima età, e sul peso che le determinanti culturali hanno nel produrre condizioni fisiche e sociali di sofferenza.

Il lungo lavoro di campo, condotto secondo gli strumenti classici della ricerca etnografica (quali osservazione partecipante, interviste in profondità, colloqui informali e *focus group*), ha ben presto mostrato i limiti di tale chiave di lettura e i rischi di reificazione di forze micro e macro sociali cui può condurre un approccio "culturalista" ai fenomeni di malattia. Le forme simboliche su cui poggia ogni società umana (che hanno un peso anche sulle condizioni di benessere) e gli istituti culturali atti a riprodurle non sono sufficienti a giustificare l'esposizione di un determinato gruppo di persone a forme particolari di sofferenza. Se così fosse, si dovrebbe ammettere che tutte (o quasi) le donne etiopi sono potenzialmente a rischio di contrarre le stesse patologie, come la fistola ostetrica. Invece, per alcune le potenzialità si annullano, mentre per altre si fanno concrete esperienze di disagio fisico e sociale.

Per render conto di questa disparità l'asse della cultura si è rivelato insufficiente. Il confronto prolungato con le donne che soffrono di fistola ostetrica ha fatto emergere un'altra scala di fattori. Benché tirati in ballo quasi distrattamente, o come elementi accessori del contesto di malattia o, ancora, come aspetti "naturali" ed inevitabili della loro realtà esperienziale, la carenza di un sufficiente apporto calorico giornaliero, che blocca o ostacola il pieno sviluppo fisico della popolazione, le difficoltà economiche, l'impossibilità di rivolgersi agli operatori di cura (a qualsiasi settore essi appartengono), la scarsità di risorse sanitarie e una loro diseguale distribuzione sul territorio nazionale hanno spinto la mia ricerca a focalizzarsi su quel complesso di fattori, al centro ormai da anni negli studi antropologici della sofferenza umana, noti come determinanti sociali della malattia (Farmer 1999, 2003, 2006; Fassin 1992, 2006; Pizza 2005; Quaranta 2006a, 2006b). Attraverso la presentazione della storia di vita di una delle donne colpite da fistola ostetrica – che per la sua rappresentatività considero emblematica fra tante altre – risulterà come sia la miseria materiale, più di ogni altro elemento, ad incidere pesantemente sul rischio di sviluppare questo disturbo e sulle possibilità di risanamento dalla patologia. Quanto emergerà dal racconto, ci permetterà di problematizzare i

presupposti teorici che animano gli interventi sanitari condotti sia a livello nazionale sia internazionale, sia governativo e non, intrisi di culturalismo e, al di là degli intenti, penalizzanti per le vittime stesse. Adottando un approccio “culturalista” ai fenomeni di malattia, secondo cui le cause di certe forme di disagio psico-fisico deriverebbero da istituti culturali “arretrati” e “barbari”, i promotori della salute non si fanno solo complici nel riprodurre le forze sociali che creano contesti di rischio, ma alimentano anche un clima di sospetto e di censura tra la popolazione locale, che penalizza ulteriormente quanti vivono già in condizioni estremamente svantaggiate. Durante il lavoro sul campo, ogni volta che in ambienti non istituzionali (come gli ambulatori dei guaritori tradizionali, le case delle *traditional birth attendants*, o tra la gente comune) cercavo di reperire donne affette da fistola ostetrica o chiedevo ai miei interlocutori se fossero a conoscenza di donne costrette a sposarsi molto giovani, la prima reazione che ricevevo da loro era quella di negare l’esistenza della malattia e dei matrimoni combinati: «queste cose da noi non succedono» mi ha più volte ribadito Mama Giddei, una guaritrice tradizionale, durante l’intervista; salvo poi scoprire, abbandonata ogni reticenza, che la figlia soffriva proprio di questo debilitante problema.

Spesso venivo scambiata per una spia del governo, inviata per vigilare sull’operato dei cittadini e per segnalare eventuali trasgressori. A volte dovevo spendere molto tempo prima di conquistare la fiducia dei miei intervistati e di fargli comprendere le reali motivazioni della mia ricerca. Era solo allora che il matrimonio combinato precoce ritrovava il suo posto “naturale” tra gli eventi comunitari ed emergevano racconti di donne che non riuscivano più a controllare l’urina (come comunemente viene indicata la malattia nel contesto locale) e che erano state poste in isolamento, lontane da occhi indiscreti. Il carattere di segretezza che aleggia intorno alla malattia, incentivato dalle retoriche che strutturano i piani di intervento sanitario, rende difficile ottenere una stima precisa dei casi di fistola ostetrica e ostacola il lavoro delle istituzioni stesse, poiché impedisce l’individuazione delle donne affette dalla patologia, che in questo modo hanno minore possibilità di risanare il loro disagio.

Prima di addentrarci in questi discorsi, però, è bene spendere qualche parola in più sulla fistola da parto e sull’attenzione ad essa riservata nell’ambito della salute riproduttiva materna.

La salute riproduttiva materna: un diritto universale, una realtà riservata a poche

Considerata dalla Dichiarazione dei Diritti Universali dell’Uomo (1948) e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1948, come un diritto

inalienabile dell'essere umano, la salute riproduttiva materna rappresenta uno dei cardini fondamentali di tutte le agende politiche, nazionali e internazionali, governative e non governative per lo sviluppo socio-economico e culturale dei popoli. Nel corso degli anni, si è cercato di rendere esecutivo ed estensivo questo principio attraverso l'elaborazione di una definizione operativa di salute e tramite una serie di linee guida che trasferissero il diritto nella pratica (Ardigò & Bodini 2010). La Dichiarazione di Alma Ata (1978), promossa dall'OMS congiuntamente con l'UNICEF, e, successivamente, la Dichiarazione degli Obiettivi del Millennio (2000), firmata dai centonovantuno stati membri dell'ONU, annoverano tra i principali punti programmatici da raggiungere il miglioramento e la salvaguardia delle donne in fase riproduttiva, quale condizione basilare ed imprescindibile per promuovere il benessere dei paesi più poveri. A dispetto di queste Dichiarazioni e prescindendo dalla sua valenza di diritto universale, la salute riproduttiva materna resta ancora una realtà riservata a poche. Secondo l'OMS ogni giorno circa 8.000 donne muoiono per cause prevenibili legate alla gravidanza e al parto: il 99% di queste morti avviene nei paesi in via di sviluppo, dove il tasso di mortalità materna è di 240 per 100.000 nati, contro 16 per 100.000 nei paesi occidentali³.

La morte, però, non è l'unico rischio a cui le donne incinte vanno incontro. Per chi rimane in vita, le complicazioni del parto sono motivo di gravi, a volte permanenti, ferite e disabilità: una di queste è proprio la fistola ostetrica. Una patologia devastante per chi ne è vittima, sia per le pesanti ripercussioni fisiche sia, soprattutto, per le ricadute marginalizzanti sul piano sociale. Essendo un problema legato alle difficoltà del travaglio, potenzialmente la fistola ostetrica può interessare l'intera popolazione femminile. Eppure così non è. A dispetto della sua scomparsa nel prospero mondo occidentale (dove è stata una realtà comune fino a tutta la seconda metà dell'Ottocento, quando l'introduzione del taglio cesareo e l'avvio di un'ampia copertura sanitaria l'hanno resa un problema sempre più raro), la fistola da parto continua ad essere ancora drammaticamente presente tra le fasce più povere, malnutrite e socialmente svantaggiate della popolazione femminile dei paesi del Terzo Mondo⁴. Anche nel contesto etiope la distribuzione della fistola ostetrica non è omogenea: le stime parlano di circa 9.000 nuovi casi all'anno, che si registrano in maniera quasi esclusiva presso le donne povere e residenti nelle zone periferiche del paese (Ahmed & Holtz 2007; Browning & The Lord Patel 2004; Mekbib et al. 2003).

L'ineguale incidenza della malattia ci induce a fare una riflessione preliminare: come avviene per altre patologie, anche la fistola ostetrica è un problema le cui cause non possono essere limitate all'evidenza dei dati clinici. Alcune malattie sono diffuse soprattutto tra le popolazioni più po-

vere e questo è dovuto alle disuguaglianze socio-economiche e politiche, tanto locali quanto globali, che predispongono alcuni soggetti sociali, e non altri, a tali malattie. Le loro condizioni non possono essere interpretate come sfortunati casi d'imprevedibili conseguenze da parto: esse vanno lette come l'incorporazione⁵ di assetti sociali profondamente ineguali. È importante sottolineare la valenza attuale di questo concetto: le disuguaglianze, oggi, sono un fattore che difficilmente viene preso in considerazione nelle politiche sanitarie, che presentano invece ancora una volta la malattia o come puro fattore "naturale" e prospettano la sua risoluzione nei termini di un'etica della "nuda vita" (Agamben 1995), oppure come conseguenza di pratiche culturali "errate", per le quali si rende necessaria una correzione. È questo un rischio che corrono non solo le istituzioni sanitarie, ma anche quelle organizzazioni che si occupano di cooperazione e solidarietà internazionale. Luc Boltanski (1993) parla a tal proposito di "politica della pietà" come fattore intrinseco della modernità, un aspetto questo che è destinato a non cogliere i molteplici fattori (sociali, politici, economici) che concorrono a definire la salute.

Per meglio comprendere quanto sostenuto finora, darò voce a una delle vittime di fistola ostetrica, incontrata nel corso della ricerca: la sua vicenda biografica renderà esplicito il profondo legame tra povertà, disuguaglianze e malattia. L'obiettivo, in particolare, è quello di evitare che la malattia sia solo una questione di numeri, di statistiche, di astrazioni indirette e di concezioni disincarnate, per ridare voce e corpo a chi quelle situazioni di sofferenza le incorpora e le esperisce quotidianamente.

La storia di Abeba⁶

Quando ci siamo incontrate al Fistula Hospital di Mekelle, Abeba aveva da poco compiuto i sedici anni ed era stata ricoverata in seguito alle complicazioni intercorse durante il travaglio, che avevano portato alla morte del suo bambino e alla comparsa di una fistola ostetrica. Iniziai l'intervista con un misto di agitazione e d'imbarazzo, che tentai di superare con una battuta sul suo aspetto fisico: questa in realtà costituirà la prima drammatica conferma del suo vissuto di miseria materiale. La ragazza era visibilmente malnutrita e con una conformazione fisica meno sviluppata rispetto a quella normalmente ritenuta coerente con la sua età. Quando le dissi scherzosamente che sembrava una bambina, mi rispose: "*sì, perché sono molto magra e mangio sempre poco*".

La giovane proveniva da un piccolo villaggio rurale del Tigray, lontano diverse ore di autobus dalla sua capitale amministrativa e a parecchie ore di cammino da qualsiasi centro cittadino. La vita per una ragazza di

villaggio è scandita da tappe fisse; l'infanzia è piuttosto breve e spesso è caratterizzata dal lavoro, anziché dalla frequentazione scolastica.

Non sono mai andata a scuola, perché dovevo aiutare in casa. Qualcuno dei miei fratelli c'è andato ma io no, perché eravamo poveri e io dovevo aiutare i miei genitori – e poi, prosegue – l'acqua nel villaggio non c'era, perciò dovevamo fare tanta strada per trovarla e io li aiutavo (intervista con Abeba).

Abeba appartiene ad una famiglia molto povera⁷ e, come si deduce da questa affermazione, deve subordinare la sua istruzione a delle priorità legate alla sopravvivenza quotidiana, che le impongono di entrare fin da piccola nella gestione domestica della famiglia.

All'età di dodici anni la ragazza viene data in sposa ad un uomo che non conosce, più grande di lei di quattordici anni. L'unione matrimoniale, dunque, non rientra nella volontà di Abeba, ma rappresenta il desiderio e la necessità dei genitori. Infatti, fino a pochi anni fa e lontano dai centri urbani, l'aspirazione personale di contrarre l'unione, un'eventuale inclinazione reciproca, la libera scelta, il mutuo consenso non erano assolutamente presi in considerazione; ancora oggi la libertà di scegliere il proprio compagno/a di vita è difficilmente realizzabile. Sebbene attualmente il matrimonio precoce combinato sia considerato una pratica dannosa, perseguita dalla legge e condannata dalle organizzazioni governative e non, promotori di programmi di sensibilizzazione su questo tema, esso resta una pratica ampiamente diffusa in Etiopia, così come in altri paesi poveri, soprattutto nelle aree rurali. Tutte le donne incontrate, affette da fistola ostetrica, sono state obbligate dalla loro famiglia a sposarsi in un arco di età che varia dai sette ai diciotto anni.

Abeba stessa accetta il matrimonio combinato come una tappa inevitabile nella vita di una donna e quando provo a indagare le ragioni che le hanno impedito di rivendicare una libertà di scelta, mi risponde visibilmente sorpresa: *“perché avrei dovuto farlo?”*, e continua *“questa è la nostra cultura, i genitori organizzano i matrimoni perché hanno sempre fatto così, è la cultura, capisci?”*, e aggiunge *“io non potevo rifiutarmi, ma allora non sapevo che avrei avuto questa malattia”*. Per la ragazza, al momento dell'unione, nessuna controindicazione sembrava minare la validità del matrimonio organizzatole dalla famiglia; la percezione della fistola ostetrica quale conseguenza di un matrimonio e di un parto prematuri è una ricostruzione eziologica a posteriori, che investe la coscienza di Abeba solo in seguito alla sua ospedalizzazione e all'interiorizzazione del nuovo paradigma concettuale fornitole dalla biomedicina⁸. Infatti, quando le chiedo se abbia sempre pensato al matrimonio prematuro quale causa del suo disagio non esita a rispondermi con un deciso no, e poi sottolinea: *“prima non lo sapevo, ma adesso lo so. Adesso*

so i medici mi hanno spiegato che mi sono ammalata perché mi sono sposata troppo giovane”.

Al momento del nostro incontro, come già detto, Abeba aveva da poco partorito. Il parto era avvenuto tra le pareti domestiche, seguendo un'altra tradizione ampiamente diffusa in Etiopia, che, al pari del matrimonio combinato di giovani donne, è considerata oggi come una delle pratiche tradizionali dannose⁹. La ragazza aveva deciso di partorire in casa perché lo reputava il modo più naturale e più sicuro di mettere al mondo il figlio, in quanto avrebbe potuto beneficiare dell'assistenza delle donne della sua famiglia e dell'esperienza di una levatrice tradizionale. Tra la popolazione etiopica, infatti, è diffusa la convinzione che ad avere un ruolo preponderante nella buona riuscita del parto sia l'invocazione continua del nome di Maria, madre di Gesù, e di altre figure del cristianesimo ortodosso etiopico da parte delle *traditional birth attendants* e dei più stretti parenti, disposti intorno alla partoriente. Una pratica, questa, che è vietata nelle strutture biomediche. Dunque, per Abeba seguire la tradizione era garanzia di un esito finale positivo, ma, proseguendo nel racconto, ammise anche che la decisione di restare nella propria abitazione fu una “scelta” inevitabile, perché dove abitava lei non c'erano ospedali:

Perché sarei dovuta andare in ospedale a partorire? Io mi sentivo bene. E poi nel mio villaggio non ci sono ospedali, il più vicino dista tante ore di cammino. Come facevo ad andarci, nelle mie condizioni?

Il parto, al contrario della gravidanza, è un evento il cui espletamento si effettua in un arco di tempo piuttosto limitato, tale da non consentire alla partoriente la possibilità di negoziare la scelta della risorsa cui affidarsi se la struttura si trova a grande distanza rispetto al luogo in cui vive la gestante: una volta iniziato il travaglio, anche qualora esso si presenti difficile e rischioso per la vita della madre e del nascituro, partorire seguendo l'usanza tradizionale diventa una necessità obbligata.

Dopo il parto, Abeba percepisce un'alterazione in ciò che lei considerava un “normale” stato di salute. Oltre ai fortissimi dolori, si rende conto di non essere più in grado di controllare l'urina.

Ero scioccata. Non sapevo cosa fosse successo, ma se provavo ad alzarmi la pipì sgocciolava da sola ed avevo le gambe tutte bagnate,

mi confessò la giovane con evidente imbarazzo. Per Abeba questo disturbo si configura subito, prima ancora che come malessere fisico, come un problema di tipo pratico, che ostacolava le consuete attività giornaliere cui la ragazza doveva dedicarsi, per mantenere la famiglia e il decoro della casa.

Non riescivo ad alzarmi dal letto, avevo la schiena che mi faceva male e le gambe bloccate. Avevo tanto bruciore e se provavo ad alzarmi l'urina mi scendeva da sola. Ero preoccupata perché in casa c'era tutto da fare e io non riuscivo ad alzarmi. La gente veniva a trovarmi e io non mi potevo muovere. Se mi alzavo la pipì sgocciolava e io mi vergognavo (intervista con Abeba).

Con l'insorgenza della fistola ostetrica e la conseguente impossibilità di controllare l'urina, Abeba prova un senso di estraneità rispetto alla sua precedente idea di salute corporea, intesa sia in senso biologico sia come "corpo sociale", incarnato dal lavoro domestico e dalla cura verso i figli. La nuova condizione la costringe a intraprendere un lungo e composito percorso di risanamento dalla malattia; un itinerario terapeutico che si dirama tra le differenti risorse di cura presenti nel sistema medico¹⁰ plurale di Mekelle, seguendo una logica che non rispecchia i principi della razionalità e della coerenza, ma è mossa piuttosto dalla pragmaticità legata all'urgenza di risanamento. Come sostiene Didier Fassin (1992), il cammino di un malato alla ricerca della diagnosi e del trattamento è il risultato delle logiche multiple attraverso cui salute e malattia sono pensate (che incidono sulle ricadute personali e sociali della patologia), delle cause strutturali (come le risorse terapeutiche presenti nel territorio, la loro raggiungibilità, le condizioni economiche e materiali del paziente) e dei fattori congiunturali (tra cui i consigli ascoltati, le esperienze passate, il rapporto con le risorse terapeutiche) che ne condizionano le scelte. Tali elementi s'influenzano reciprocamente e sono a loro volta influenzati da eventi contestuali e da un'attitudine pratica che spinge i pazienti a muoversi tatticamente, rendendo gli itinerari terapeutici percorsi sempre *in fieri*. Tuttavia, le scelte della giovane donna saranno condizionate da limitazioni strutturali più che da elementi contingenti o visioni culturali. Infatti, se la ricerca del senso del proprio malessere (Augé 1986) è un comune denominatore nelle storie dei malati, non tutti hanno le stesse possibilità di risanamento dinanzi il disagio psico-fisico.

La ragazza, sostenuta e consigliata dalla famiglia, che è il primo luogo in cui inizia un'analisi dei sintomi e un'attribuzione di senso al disagio (Lupo 1999; Young 1976; Zempléni 1969), si rivolge inizialmente a un guaritore tradizionale (*balawi hakim*) e successivamente fa ricorso alle *maichelot* (le fonti di acqua santa). Nessuna delle due opzioni terapeutiche sarà risolutiva. Il *balawi hakim* attribuisce la sua sofferenza al *buda* (il malocchio) e prepara per la giovane un *kitab* che le permetterà di risanare il suo malessere attraverso il ripristino delle relazioni sociali precedentemente alterate, ma non sarà efficace sul piano fisiologico: "con il *kitab* sono guarita dal *buda*, però continuavo a non riuscire a controllare l'urina", confessa la giovane.

Abeba è rassegnata e le sue disponibilità economiche sono esaurite¹¹. È in questo momento di sconforto e rassegnazione che si prospetta per la ragazza la possibilità di rivolgersi a una struttura sanitaria grazie all'intervento di un operatore del campo dell'assistenza sociale, di cui Abeba non sa dirmi l'appartenenza. Fino a quel momento l'idea di indirizzarsi alla biomedicina non era stata presa in considerazione, né tanto meno Abeba e la sua famiglia erano a conoscenza dell'esistenza di un centro appositamente finalizzato alla risoluzione della fistola ostetrica. La mancata presa in considerazione della risorsa biomedica non deve essere interpretata come volontà di rimanere coerenti nei confronti delle cure tradizionali, che erano state le uniche opzioni terapeutiche tentate fino a quel momento. Abeba mi dice che il guaritore le aveva suggerito di rivolgersi alla medicina occidentale perché *“loro sanno quello che devono fare”*, ma la ragazza si trova di nuovo a dover fare i conti con limitazioni materiali:

Come facevo ad andare in ospedale? Era lontano e io non potevo camminare per tutte quelle ore con il mio problema. E poi non avevo i soldi, avevamo già speso tanto per le medicine habesha. Dio aveva voluto così, ormai, ed io non ci potevo fare niente (intervista con Abeba).

La cosa che più colpisce di queste parole non è la mancanza di possibilità di salvaguardare la propria salute, ma il fatto che questa impossibilità sia accettata come un fatale destino, sebbene le tappe che hanno scandito la vita della giovane fino al nostro incontro dimostrino come l'insorgenza della malattia sia stata determinata dall'incorporazione di condizioni d'esistenza squilibrate e limitanti, piuttosto che da una fatalità inevitabile.

Dalla malnutrizione che la affligge da quando era bambina, alle scelte effettuate durante il parto fino alle opportunità terapeutiche per ripristinare un “normale” stato di salute, ogni elemento ha cospirato nel produrre per la giovane un contesto di rischio.

La malnutrizione e l'impossibilità per molte persone di fare pasti regolari – e di riuscire, dunque, a raggiungere un apporto calorico sufficiente al fabbisogno giornaliero – sono condizioni che caratterizzano la vita di un'altissima percentuale di soggetti appartenenti alle fasce povere dei paesi in via di sviluppo. Riguardo al contesto etiope, l'OMS, relativamente al 2011, stima che il 40,2% della popolazione si trovi al di sotto del livello minimo di consumo energetico e i dati riferiti alla malnutrizione dei bambini prima del compimento dei cinque anni restituiscono un quadro allarmante: il 29,2% degli infanti è sottopeso, il 44,2% ha subito un arresto nello sviluppo e il 10,1% porta i segni di un grave deperimento.

L'attenzione alla malnutrizione è fondamentale nella ricostruzione del problema della fistola ostetrica poiché le sue implicazioni a livello di sot-

tosviluppo fisico hanno un ruolo primario nell'insorgenza della malattia. È a causa di bacini troppo stretti, non pienamente formati per un insufficiente apporto calorico giornaliero, che le donne incorrono nel rischio di travagli difficoltosi, con la conseguente possibilità di sviluppare una fistola, se non s'interviene con il taglio cesareo. Questa pratica, tuttavia, è effettuata molto raramente, non solo per la reticenza delle donne etiopi di rivolgersi alle strutture biomediche, legata a differenti visioni della salute e della cura, ma anche per ragioni strutturali. Con questo mi riferisco ad una situazione di "apartheid sanitario" per cui, esclusi i centri cittadini, le strutture mediche con un servizio di ostetricia efficiente sono scarsissime. In particolar modo, a essere quasi totalmente inesistenti sono proprio le sezioni di parto cesareo, fondamentali nei casi in cui il travaglio si presenti complicato, come nelle storie delle donne intervistate affette da fistola ostetrica.

La puntualizzazione di Abeba sul fatto che il suo villaggio era sprovvisto di una struttura medica in grado di offrire assistenza durante la gravidanza, il travaglio e in seguito all'insorgenza della patologia, è una testimonianza lapidaria del fatto che la logica multipla che orienta le decisioni in materia di salute e di malattia trova una drastica riduzione nelle limitazioni strutturali che si impongono alla capacità d'azione di milioni di persone.

Un ultimo aspetto emerso dal racconto di Abeba, su cui vale la pena di soffermarsi, sebbene apparentemente meno incisivo sulla salute, è l'abbandono scolastico e il conseguente analfabetismo. La ragazza, a causa di una precaria situazione economica, sacrifica la sua istruzione per poter dare, fin da piccolissima, sostegno economico alla famiglia. Ci troviamo di fronte ad un altro dato che ribadisce con forza la mancanza di opportunità per molte persone di scegliere i termini della propria vita, per sottostare alle prescrizioni che le dure condizioni d'esistenza gli impongono.

La mancanza di un'istruzione di base e l'abbandono scolastico sono due fenomeni che caratterizzano molti paesi in via di sviluppo. In Etiopia, il numero totale di adulti con un'istruzione elementare è pari al 39% secondo i dati OMS, nel 2007, della popolazione nazionale, ma all'interno di questa cifra se ne racchiude un'altra che rileva la disparità di accesso all'istituzione scolastica tra uomini e donne. Del 39% di adulti scolarizzati, il tasso di scolarizzazione per le donne è solo del 26,6%. Alle donne, fin dall'infanzia, vengono riservati specifici ambiti di affermazione della propria socialità che sono il matrimonio e la vita familiare, e che pertanto le escludono dagli ambiti pubblici come l'istruzione, le attività economiche formali, la partecipazione alla vita politica. Questa esclusione è preponderante tra le fasce meno abbienti della popolazione e si ripercuote gravemente anche sulla salute: l'istru-

zione, infatti, non è un fattore marginale negli eventi di malattia. Come notava Didier Fassin (1992), il grado d'istruzione influenza anche il grado di prevenzione e quindi, successivamente, le modalità di ricorso alle cure. Dunque, le ineguaglianze socioeconomiche sono più di semplici ineguaglianze finanziarie: esse condizionano le opportunità delle persone fin dalla nascita e avranno un ruolo determinante per lo sviluppo di tutti gli altri passaggi significativi delle loro vite, comprese la malattia e il suo percorso di risanamento.

Una nuova cornice di senso: la risoluzione della fistola ostetrica attraverso un'etica della giustizia sociale

La storia di Abeba, drammaticamente simile a quella di migliaia di donne in Etiopia, ha permesso di mostrare come le disparità socioeconomiche diventino anche disparità epidemiologiche e come sia la posizione strutturale (di un individuo, di un gruppo, di una popolazione) a costituire un fattore di rischio (Farmer 1999, 2003, 2006) per lo sviluppo di determinate forme di disagio.

Il percorso tracciato ci consente ora di decostruire il discorso delle politiche sanitarie intraprese localmente dagli enti governativi e dalle istituzioni umanitarie riguardo al problema della fistola da parto. Il focus di questi interventi, e la retorica "compassionevole" (Fassin 2006, 2010) che li sostanzia, sono incentrati prevalentemente sull'eradicazione del matrimonio precoce combinato e del conseguente parto prematuro, piuttosto che sull'intreccio dei fattori di cui si è parlato. Eppure, la storia della giovane donna ci ha insegnato che le pratiche culturali pertinenti a ciascun contesto storico sono solo uno dei fattori che predispone i soggetti al rischio di determinate malattie, e anziché la cultura e i comportamenti sono le condizioni di vita che occorre considerare per render conto di alcune patologie e della loro ineguale distribuzione geografica e sociale. Nel sostenere ciò non si vuole giustificare il matrimonio precoce combinato facendo appello ad un acritico relativismo culturale. Quello su cui vorrei insistere, e che la ricerca ha contribuito a rendere evidente, è che sono le donne povere ad avere maggiori possibilità di ammalarsi di certe patologie. Un punto questo che dovrebbe essere preso maggiormente in considerazione da quanti si occupano di promuovere e salvaguardare la salute materna dei paesi del Terzo Mondo.

È giusto condannare le forme di violenza, di sfruttamento e di discriminazione cui, a tutte le latitudini del mondo, sono sottoposte le donne ed è doveroso impegnarsi per la valorizzazione e l'*empowerment* del genere femminile. Questo proposito, tuttavia, richiede l'abbandono delle linee guida di discorsi aprioristici, che possono contribuire a decon-

testualizzare le reali forze sociali che (de)qualificano la vita di milioni di persone, e necessita di calibrare le risposte sulla base dei bisogni e delle specificità delle popolazioni beneficiarie. Butt (2002) pone in luce come certe iniziative sanitarie intraprese da organizzazioni umanitarie siano improntate su un problematico universalismo, che prescinde dalla considerazione del punto di vista degli attori sociali circa la propria realtà. Secondo l'autrice, nel parlare della promozione dei diritti degli svantaggiati si maschera l'assenza di una sfera pubblica internazionale, in cui le voci di queste persone possano trovare legittimità ed essere udite (se non ascoltate).

L'attenzione esclusiva alle pratiche culturali quali il matrimonio precoce e l'idea che il modo migliore di procedere alla prevenzione della fistola ostetrica sia quello di fornire una corretta informazione circa la sua natura e le cause, in modo da generare un mutamento comportamentale, poggia su un

modello razionalistico dell'azione umana che privilegia il livello individuale: il comportamento non sarebbe altro che il risultato di un calcolo costi/benefici che, una volta fornita la corretta informazione, porterà i soggetti interessati ad agire in modo adeguato (Quaranta 2010: 100).

Non a tutti i livelli della scala sociale, il matrimonio precoce combinato è considerato un presupposto per lo sviluppo della fistola ostetrica, o una pratica lesiva per la donna. Come testimoniato dalle intervistate affette dalla patologia, quella di sottostare ad un matrimonio combinato è una questione culturale, e il venir meno agli obblighi matrimoniali imposti dalla famiglia significherebbe esporsi a sicure ripercussioni sociali e a forme di marginalizzazione e ostracizzazione non solo da parte dei genitori, ma dalla comunità intera. Bisogna inoltre considerare che, in Etiopia, il matrimonio è l'istituzione principale attraverso cui le donne riescono a conquistare dei diritti e dei privilegi, legati proprio al ruolo di moglie e di madre. In un contesto di estrema miseria materiale, che costituisce lo scenario in cui vive Abeba e le altre donne affette da fistola da parto, in cui mancano i servizi basilari per elevare le proprie esistenze e poter negoziare i termini della propria vita, è così prioritario focalizzare l'attenzione sul matrimonio quale fonte di malessere per una donna?

L'idea che un matrimonio precoce sia un rischio per la salute psicofisica delle giovani donne è una costruzione retorica incoraggiata da una certa élite, sia a livello locale, sia nazionale e internazionale, che abbraccia un orientamento teorico di chiaro stampo occidentale. Gli enti afferenti al Ministry of Health, le associazioni governative come

la Women's Association, gli enti privati come il Fistula Hospital e le organizzazioni internazionali come Paith Finder International (solo per citare gli organismi di cui ho avuto modo di intervistare dei rappresentanti) sono unanimi nel tracciare uno strettissimo legame tra fistola ostetrica e matrimonio combinato di giovani donne. Un pensiero che ha trovato terreno fertile tra le coscienze di quanti vivono nei centri cittadini, che hanno un più elevato grado di istruzione e godono di uno status socio-economico abbiente. La diversa permeabilità delle politiche contro il matrimonio combinato, dunque, non può essere spiegata con teorie culturaliste o facendo appello alle attitudini psicologiche delle persone: essa trova la sua ragion d'essere in quelle strutture economiche e sociali che sono la fonte di cambiamento anche delle istituzioni culturali, e che offrono alle persone l'opportunità di negoziare i termini della propria esistenza.

Adottando l'approccio cognitivo-comportamentale, invece, il problema della fistola ostetrica diventa una questione radicata nella cultura locale, che si configura essa stessa come un pericolo per i suoi membri. Ivo Quaranta (2010) fa notare come l'adozione di questo principio non solo porti a un'individualizzazione dei processi sociali della malattia, che vengono, quindi, depoliticizzati, ma anche all'offuscamento delle reali dinamiche, tanto individuali quanto collettive, tanto culturali quanto sociali e politico-economiche, che producono contesti di rischio e che fanno da sfondo all'agire individuale. All'interno di questa cornice di pensiero, la malattia appare un fatale destino e perde il suo carattere di evento determinato, reversibile ed evitabile.

Agli stereotipi che giustificano l'ethos di certe campagne sanitarie e alla depoliticizzazione che esse operano sui processi di salute e malattia sarebbe forse preferibile rispondere con un'etica della giustizia sociale che impegni tutte le istituzioni, sia a livello globale sia locale, sia governativo e non, a tener conto dei molteplici livelli di cui si compone la salute. Le esperienze di sofferenza, sebbene radicate nei corpi individuali, rappresentano il marchio della società sui corpi dei suoi membri. I segni di malattia divengono così metonimie di più ampi processi socio-politici, collocando l'esperienza di sofferenza in una dimensione storica profonda e complessa. Riconoscere il carattere sociale delle malattie significa anche ripensare nuovi approcci d'intervento per la loro risoluzione (Quaranta 2006b). Infatti, una volta che la malattia sia concepita come l'incorporazione di situazioni svantaggiate, limitanti e squilibrate, allora anche il tema dell'intervento viene a essere riproblematizzato: per tutte le donne affette da fistola ostetrica, e per tutte quelle potenzialmente a rischio, la "terapia" migliore non è semplicemente quella di ottenere l'abolizione del matrimonio precoce combinato. Il modo più efficace per salvaguardare il

loro benessere è di promuovere i loro diritti, non solo sociali, ma anche politici ed economici, che gli consentirebbero di avere maggiori opportunità esistenziali.

Note

1. La ricerca, finalizzata alla stesura della tesi di laurea specialistica in Discipline Etno-Antropologiche presso la Sapienza Università di Roma, mi ha visto sul campo dal novembre 2009 all'aprile 2010. Il progetto si inserisce nell'ambito della Missione Etnologica Italiana in Etiopia-Tigray, diretta dal Professor Giuseppe Domenico Schirripa, docente di antropologia medica presso la medesima Università. Il lavoro si è concentrato principalmente nella città di Mekelle, capitale del Tigray, e in alcuni piccoli villaggi intorno alla capitale tigrina (Adigudum, Agula e Debri). Alcune testimonianze sono state raccolte anche nella città di Addis Abeba.

2. La fistola ostetrica si riferisce a una connessione tra il canale del parto e altri organi interni, provocata dalla prolungata pressione della testa del nascituro contro il tessuto circostante materno e contro l'estremità ossea spinale. L'afflusso di sangue al tessuto circostante viene così interrotto, fino ad arrivare spesso alla necrosi. Dopo alcuni giorni, nella maggioranza dei casi, il bambino nasce morto. Non potendo intervenire sul tessuto danneggiato, si crea un'apertura permanente tra la vescica e la vagina, che a volte coinvolge anche il retto, portando alla formazione delle fistole e a problemi d'incontinenza (Dizionario Medico UTET 2004).

3. Ci sono ovviamente notevoli differenze fra Stati, con alcuni che presentano un altissimo tasso di mortalità materna pari a 1.000 per 100.000 nati. Forti disparità si registrano anche all'interno delle nazioni stesse, legate allo status socio-economico dei cittadini. In Etiopia il tasso di mortalità materna è di 350 per 100.000 nati vivi. I dati (relativi all'anno 2010) sono consultabili all'indirizzo www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html.

4. Le stime più accreditate dell'OMS suggeriscono che oltre due milioni di donne nel mondo sono affette dal problema della fistola ostetrica; ogni anno insorgono circa 50.000-100.000 nuovi casi. Per una consultazione vedi la pagina web www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.

5. Per un'analisi del concetto di incorporazione quale paradigma per gli studi antropologici vedi Csordas (1990, 1994, 2003).

6. Abeba è un nome di fantasia, scelto per proteggere la privacy della ragazza. La giovane è una delle diciassette vittime di fistola da parto incontrate sul campo, la cui intervista, come per le altre pazienti, si è svolta in un contesto ospedaliero. Molto interessante sarebbe stato fare la conoscenza di donne affette da questa malattia non ancora "ospedalizzate": si sarebbe così potuto operare un confronto tra le diverse prospettive e analizzare se e come cambia l'eziologia della malattia e la terapia ritenuta adeguata a risolverla in seguito al contatto con il sistema di valori proprio della biomedicina. Purtroppo questo non mi è stato possibile. La fistola ostetrica, infatti, è un problema che la società e le donne che ne sono colpite tendono a nascondere ad occhi esterni all'ambiente familiare, e sulla quale si abbatte una pesante censura comunitaria.

7. Secondo l'UNDP (*United Nations Development Programme*), l'Etiopia, dal 2005 al 2012, è riuscita ad abbassare notevolmente l'indice di povertà passando dal 40% al 30% circa di popolazione che vive al di sotto degli standard minimi di vita. Tuttavia, l'innalzamento economico non ha beneficiato in egual misura l'intera popolazione nazionale e in molte

zone periferiche del Paese, l'indigenza materiale è ancora un fattore di rischio per un'alta percentuale di persone.

8. Come Abeba, anche le altre ragazze intervistate, affette da fistola da parto, riconoscono di essere venute a conoscenza della “reale” causa della loro malattia (il matrimonio precoce) solo grazie al contatto con medici di formazione occidentale e alle spiegazioni da loro fornite. Infatti, da quanto si è potuto evincere dalle interviste raccolte, non soltanto tra le pazienti, ma anche tra il personale medico, nel contesto ospedaliero, predomina una retorica prettamente incentrata sulle ripercussioni causate da credenze culturali “sbagliate” e crudeli (come appunto il matrimonio precoce combinato), piuttosto che la presa in considerazione della personale ricostruzione della sofferenza della paziente (*illness*) o delle indigenti condizioni materiali di esistenza. Unica voce fuori dal coro è stata quella del direttore del Fistula Hospital di Addis Abeba, il professor Gordon William, che ha ricondotto il problema della fistola da parto alle determinanti sociali che si stanno analizzando.

9. Secondo le stime dell'OMS, nel 2011, la percentuale dei parti avvenuti in casa è pari al 90%, contro il 10% delle donne che si sono servite delle strutture mediche per portare a termine la gravidanza. I dati relativi al parto, così come quelli relativi alla storia di Abeba rispetto alla malnutrizione e al tasso di scolarizzazione sono consultabili al sito www.who.int/countries/eth/es/

10. Per una definizione di sistema medico e per una discussione più dettagliata sul pluralismo che caratterizza il contesto etiope si vedano Benoist (1996); Schirripa (2005, 2010); Schirripa, Zúniga-Valle (2000); Wandwosen (2006).

11. In riferimento ai costi diretti, come le spese dell'assistenza medica e delle terapie, e indiretti, come l'allontanamento da casa e l'interruzione delle attività economiche, che una persona deve sostenere per salvaguardare il proprio benessere, M. Whitehead (2001), nell'articolo pubblicato sulla rivista scientifica *The Lancet*, conia la triste espressione “trappola medica della povertà”. Con essa si fa riferimento al processo per cui le famiglie, per fronteggiare un evento di malattia e non potendo pagare le spese sanitarie con i propri redditi, s'indebitano ulteriormente, aumentando la loro situazione di povertà. L'aumento della condizione d'indigenza materiale rappresenta a sua volta un fattore di rischio per la salute, facilitando un successivo evento di malattia, in un circolo vizioso che rende le famiglie sempre più povere e malate.

Bibliografia

- Agamben, G. 1995. *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi.
- Ahmed, S. & S. A. Holtz 2007. Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever?. *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 99: S10-S15.
- Augé, M. 1986. “Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento”, in *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, a cura di Augé, M. & C. Herzlich, pp. 33-85. Milano: Il Saggiatore.
- Benoist, J. 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralism médical*. Paris: Karthala.
- Bodini, C. & A. Martino 2010. “La salute negata: da Alma Ata ai Millennium Development Goals, e ritorno”, in *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellicchia, U. & F. Zanotelli, pp. 45-66. Firenze-Catania: ED.IT.

- Boltanski, L. 1993. *La souffrance à distance. Morale humanitaire, medias et politique*. Paris: Métailé.
- Browning, A. & The Lord Patel 2004. FIGO initiative for the prevention and treatment of vaginal fistula. *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 86: 317-322.
- Butt, L. 2002. The Suffering Stranger: Medical Anthropology and International Morality. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 21: 1-24.
- Csordas, T. J. 1990. Embodiment as a paradigm for Anthropology. *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18, I: 5-47.
- Csordas, T. J. 1994. *Embodiment and Experience: The existential round of culture and self*. London: Cambridge University Press.
- Csordas, T. J. 2003. Incorporazione e fenomenologia culturale. *Antropologia*, 3, 3: 19-42.
- Dizionario Medico, 2004. Torino: UTET.
- Farmer, P. 1999. *Infections and Inequalities: the Modern Plague*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. 2003. *Pathologies of Power. Health, Human rights, and the New War of the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. 2006. Un'antropologia della sofferenza strutturale. *Antropologia*, 6, 8: 17-49.
- Fassin, D. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. 2006. Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica. *Antropologia*, 6, 8: 93-112.
- Fassin, D. 2010. "Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'intelligibilità dell'AIDS in Sud Africa", in *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione transnazionale*, a cura di Pellicchia, U. & F. Zanutelli, pp. 105-125. Firenze-Catania: ED.IT.
- Lewis Wall, L. 2006. Obstetric vesicovaginal fistula as an International public-health problem. *The Lancet*, 368: 1201-1209.
- Lupo, A. 1999. Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 7-8: 53-92.
- Mekbib, T., Kassaye, E., Getachew, A., Tadesse, T. & A. Debebe 2003. Averting maternal death and disability. The FIGO Save the Mothers Initiative: the Ethiopia-Sweden collaboration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 81: 93-102.
- Pizza, G. 2005. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci editore.
- Quaranta, I. (a cura di) 2006a. *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I. 2006b. *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi Editore.
- Quaranta, I. 2010. "Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria", in *La cura*

- e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellecchia, U. & F. Zanotelli, pp. 89-104. Firenze-Catania: ED.IT.
- Schirripa, P. 2005. *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*. Lecce: Argo editrice.
- Schirripa, P. (a cura di) 2010. *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*. Berlin: LIT.
- Schirripa, P. & C. Zúniga-Valle 2000. Sistema medico. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 209-222.
- Whitehead, M. 2001. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?. *The Lancet*, 9284, 358: 833-836.
- WHO, 1978a. *Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata, 6-12 Settembre 1978.
- WHO, 1978b. *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*. Genève: Organization Mondial de la Santé.
- Wondwosen, T. 2006. *Medical Pluralism in Ethiopia*. Aachen: Shaker Verlag.
- Young, A. 1976. Internalizing and Externalizing medical belief system: an Ethiopian Example. *Social Science and Medicine*, 10:147-156.
- Zempléni, A. 1969. La thérapie traditionnelle des troubles mentaux chez les Wolof et les Lébou (Sénégal). *Social Science and Medicine*, 3: 191-205.

Riassunto

Ormai scomparsa nel prospero mondo occidentale, la fistola ostetrica è ancora drammaticamente presente tra le fasce più povere, malnutrite e socialmente svantaggiate della popolazione femminile dei paesi del Terzo mondo, nonostante i finanziamenti e i numerosi interventi tesi a salvaguardare la salute materna in questi Stati. Un'analisi dell'origine sociale della malattia condotta in Tigray (Etiopia) ha permesso di mostrare come sia la violenza di forze sociali strutturalmente deprivanti e non paritarie a produrre il rischio di esposizione di determinati soggetti a forme di malessere che si iscrivono nei corpi. Attraverso la biografia di una delle vittime di fistola ostetrica si renderà esplicito il profondo legame tra povertà, disuguaglianze e malattia che troppo spesso le politiche globali alla salute in Africa hanno ignorato, sorrette da un "ethos compassionevole" (Fassin 2006, 2010) e da un approccio cognitivo-comportamentale che tende ad individualizzare i processi sociali della malattia (depoliticizzandoli), e offusca le reali dinamiche (economiche, sociali e politiche) che producono contesti di rischio.

Parole chiave: fistola ostetrica, violenza strutturale, ineguaglianza, politiche sanitarie, "ethos compassionevole".

Abstract

The obstetrical fistula, by this time disappeared in the flourishing Western Countries, is yet dramatically present among the poorest brackets of the female population in the Third World, which are often malnourished and socially disadvantaged in

spite of the funds and the several interventions in favour of the motherly health in these countries. An analysis on the social origins of this disease led in Tigray (Ethiopia) showed how the violence of social forces structurally suppressive and unequal jeopardize some subjects to sicknesses that have a place in their bodies. Through the biography of obstetrical fistula's victim this study aims to explicate the deep connexion between poverty, inequalities and disease, which has too often been ignored by the global health politics in Africa. The reasons have to be searched in a compassionate ethos (Fassin, 2006; 2010) and also in a cognitive-behavioural perspective which tends to individualize the social processes of the disease (and depoliticize them) and obfuscates the real dynamics (economic, social and political) that generate contexts of risk.

Key words: obstetrical fistula, structural violence, inequality, health politics, “compassionate ethos”.