

Il ruolo sociale della midwife nel Gambia contemporaneo: significare la cura tra approccio biomedico e sapere islamico

The Social Role of the Midwife in Contemporary Gambia: Giving Meaning to Care Between Biomedical Approach and Islamic Knowledge

Paola Saderi

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione “Riccardo Massa”,
Università degli Studi di Milano-Bicocca

Abstract

This contribution discusses the role of the midwife within an urban Gambian area. Focusing on the context where Traditional Birth Attendants (TBA) operate I underline different tasks that they take up especially among nulliparous women who turn to their knowledge to ask for help, suggestions and spiritual healing. Special attention will be drawn to the relationships between global health policies and other emic definitions of care incorporated in the Islamic discourse and in conversations held with my informants. I argue that for a complete understanding of these influences it is fundamental to take into consideration the historical events that today led TBAs to adopt either model depending on specific situations and needs.

Keywords: midwife; Gambia; biomedicine; Islam; care.

Introduzione

Il dibattito contemporaneo attorno al filone di studi dell’antropologia della riproduzione ha seguito e segue una serie di specifici focus sulle tematiche legate a parto e gravidanza, nonché sulle diverse cosmologie della nascita a cui si sommano ricerche su fertilità e salute riproduttiva in relazione con la biomedicina, tecnologie riproduttive e tecniche di contraccezione. In Italia, il discorso si è arricchito di contributi centrali. Tra questi, le analisi sui cambiamenti nelle culture della nascita e sulla crescente medicalizzazione del parto [Ranisio 2012; 2019], le riflessioni sulle modalità di intendere la riproduzione in relazione a norme morali, condizioni strutturali e aspirazioni personali [Mattalucci 2017], e le ricerche sulle scelte a favore del parto naturale, spesso in diretta contrapposizione con il modello biomedico dominante [Quagliariello 2022]. Come tutto questo viene letto all’interno dell’africanistica sarà oggetto di indagine delle prossime pagine, nel tentativo di individuare

significati e rappresentazioni emiche di un certo modo di intendere la cura, la gravidanza e il parto a partire dall'esperienza stessa della *midwife*¹ tradizionale.

Quest'ultima è comunemente ascrivibile a un'ostetrica, mentre potrebbe essere paragonata a una generica guaritrice, protagonista di una serie di funzioni centrali nella vita e crescita dei figli fino al raggiungimento dell'età adulta. Il suo ruolo è stato da me approfondito riprendendo materiali e fonti ricavate da una ricerca etnografica² condotta tra aprile e agosto 2022 in una zona urbana del Gambia, con l'obiettivo di individuare pratiche di cura materna nella sfera domestica. La mia ricerca si è sviluppata prevalentemente in una cittadina³ situata in uno dei punti di crescente urbanizzazione della costa Occidentale, entrando in particolare contatto con l'ambiente in cui abita la famiglia estesa: il *compound* familiare⁴. Esso è stato per l'appunto il luogo in cui si muovevano molte delle interazioni tra e con le mie interlocutrici: madri, giovani ragazze, ostetriche, studentesse di medicina, donne anziane, sono state al centro di continui confronti.

Uno dei punti focali nell'antropologia della riproduzione riguarda il fatto che le tematiche ad essa inerenti riflettono e danno forma ai valori e alle strutture centrali di una società. In particolare, negli anni '70 lo sviluppo degli studi di genere e la corrente femminista [Pinelli 2019] hanno dato vita ad un'antropologia della nascita entro un discorso che si è fatto sempre più politico. Si sono così poste al centro tematiche che riguardano il corpo femminile, i diritti riproduttivi, il parto naturale e la problematizzazione del modello biomedico. Nel nord globale, man mano che il parto è diventato sempre più tecnoscientifico, gli attori e le attrici coinvolte nel processo della nascita dei bambini si sono confrontate con un idioma culturale della riproduzione che valorizza la tecnologia avanzata, il progresso e la conoscenza esperte [Sargent, Gulbas 2001, 291]. D'altra parte, nell'africanistica il discorso si è declinato entro una corrente di studi che cercano di collocare antropologicamente la più o meno facilità di accesso all'assistenza sanitaria di base e ai servizi di cura [Obermeyer 2000; Holloway 2007; Geurts 2014]. Il tutto, non senza considerare influenze e risignificazioni delle pratiche e cosmologie esistenti, in una relazione dialettica tra modello biomedico e saperi locali. L'antropologia della *midwifery* è in questo senso un tema centrale in molti studi cross-culturali sulla gravidanza e il parto che tocca diversi argomenti, quali la loro formazione, lo status sociale che acquisiscono, il loro ruolo nell'assistenza prenatale, nel parto e nella cura del neonato [Sargent, Gulbas 2001, 294]. Nel caso del Gambia, poi, la questione va di pari passo con un altro tema centrale che è quello della cornice islamica la quale, come vedremo, fa da fondamento al lavoro stesso della *midwife*. L'Islam si presenta come un mezzo attraverso il quale dare significato a tali esperienze, da intendersi come un simbolo culturale e una tradizione religiosa molto significativa [Sargent 2006, 36].

¹ Utilizzo il termine *midwife* per riferirmi a quella figura che, nel lessico della salute pubblica e della cooperazione internazionale, viene chiamata *Traditional Birth Attendant* (TBA). Ho scelto di adottare il termine *midwife* perché maggiormente aderente al contesto etnografico e più vicino al modo in cui tali figure sono chiamate localmente. In italiano, il termine può essere reso con levatrice.

² La ricerca è stata svolta mediante l'adesione al programma Exchange Extra-Ue dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, da cui è seguita la stesura del lavoro di tesi di Laurea Magistrale in Scienze antropologiche ed etnologiche presso il medesimo Ateneo.

³ Il nome esatto della cittadina è stato omissso per garantire la privacy delle mie informatrici e informatori; inoltre, tutti i nomi propri utilizzati nel corso dell'articolo sono pseudonimi.

⁴ La famiglia estesa gambiana segue un sistema di discendenza patrilineare e residenza patrilocale. Nel *compound*, poi, le famiglie sono suddivise e organizzate secondo un preciso ordine gerarchico stabilito sulla base del genere e della classe d'età di appartenenza, in un sistema che potremmo definire di «gerontocrazia patrilineare» [Becker 1990, 315].

Prendendo parte a questi discorsi ho così iniziato a pormi le seguenti domande: dove si colloca il sapere della *midwife* nella società gambiana? E come è cambiato nel corso del tempo? E, ancora, in che modo la sua autorità viene costruita, riconosciuta e negoziata tra i membri di un gruppo? Per rispondere a queste domande, si prenderanno ad esame alcune delle caratteristiche di questa professione collocandole entro una precisa matrice islamica che fa da fondamento alle sue abilità e competenze. Scopo delle prossime pagine sarà dunque quello di comprendere tensioni e interazioni esistenti nella letteratura antropologica attorno alle tematiche di riproduzione, prevenzione e cura entro una cornice storica di crescente medicalizzazione, il tutto messo in relazione a cosa questa traiettoria possa dire nel dibattito contemporaneo specifico del Gambia. L'attenzione attorno al tema della fertilità femminile servirà infine da esempio ad una serie di pratiche che si fanno strada all'interno di interazioni, forme di aiuto e alleanze inserite nella più vasta cornice di influenze che una certa medicina di importazione⁵ ha avuto nei modi locali di concepire la salute, la riproduzione e il rischio [Brown 2015] legati al parto.

Il lavoro della *midwife* in Gambia si configura come una pratica di negoziazione tra medicina locale e sapere biomedico, in cui alle dimensioni di conflitto non si escludono necessariamente forme di coesistenza e integrazione. Al contrario, l'articolo sostiene che sia proprio questa tensione a rendere spesso possibile un'interazione dinamica tra saperi, piuttosto che una loro rigida opposizione. Al tempo stesso, la *midwife* si appoggia a una rete femminile e comunitaria di sostegno che contribuisce in modo determinante alla sua efficacia e legittimità sociale. L'articolo propone così una rilettura dei temi centrali dell'antropologia della riproduzione, applicata al contesto gambiano, sostenendo come la figura della *midwife* non possa essere slegata dalla dimensione relazionale in cui la famiglia estesa gioca un ruolo chiave nelle scelte riproduttive del singolo. Inoltre, nel contesto etnografico analizzato, le donne che le si rivolgevano erano generalmente già sposate, prive di istruzione superiore e inserite in una realtà socioeconomica segnata da forti condizioni di precarietà. Questo elemento risulta determinante nel comprendere la traiettoria di determinate scelte, credenze e necessità personali legate alla gestione della propria fertilità, alla gravidanza e al parto.

Materiali e metodi

La metodologia di ricerca utilizzata ha previsto l'utilizzo di interviste semi-strutturate, osservazione partecipante e raccolta di storie di vita⁶ in sedici *compound* familiari, indagando in particolar modo il posizionamento femminile e materno nella gestione dell'unità domestica, nonché le modalità con cui si intendono maternità e cura nella crescita dei figli e delle figlie. In seguito al mio trasferimento presso una delle famiglie in questione ho potuto entrare maggiormente a contatto con una sfera femminile altrimenti invisibile ad un occhio esterno. Con specifico riferimento a due *compound* familiari sono così stata introdotta a due *midwives* locali la cui attività era particolarmente rilevante in uno dei quartieri da me più frequentati nella cittadina. In

⁵ Il campo biomedico in Gambia, ad oggi, è composto da personale, farmaci e tecnologie di varia e non solo occidentale provenienza. In queste pagine, mi riferisco alla biomedicina per indicare, in linea generale, un sistema medico fondato sulle scienze biologiche, volto a prevenire, diagnosticare e trattare le malattie.

⁶ Un metodo di raccolta dati qualitativi attraverso cui viene generata una storia a partire dall'intervista (quest'ultima più o meno strutturata). L'obiettivo di tale metodo, pertanto, è quello di stimolare l'interlocutore al racconto delle proprie esperienze trasformando il rapporto intervistato-intervistatore in narratore-ascoltatore.

ciascuno di questi contesti, interlocutori e interlocutrici erano di religione musulmana, elemento che ha portato a porre la mia attenzione ai precetti che definiscono buona parte della cosmologia locale. Entrando a contatto con una serie di apparati istituzionali, come il dipartimento governativo del *Social Welfare*, e ONG internazionali che si occupano di tutela infantile e supporto genitoriale (come nel caso di Child Fund, ONG austriaca presente sul territorio dal 1989), è stato possibile raccogliere materiali e censimenti che dessero conto dei servizi sanitari presenti nel mio ambito di ricerca (e, in generale, in tutta la zona urbana localmente chiamata *Kombo*). Le interviste sono state principalmente condotte in lingua inglese o Mandinka; in quest'ultimo caso, hanno previsto una traduzione simultanea in inglese con l'aiuto di un madrelingua gambiano. Parte del lavoro è poi stato effettuato presso l'Archivio Nazionale della capitale Banjul, con il fine di recuperare testimonianze che dessero conto di una visione storica d'insieme. Infine, il processo di consultazione della letteratura per la stesura di questo elaborato è stato portato avanti tenendo conto della scarsità di riferimenti antropologici sul tema delle *midwives* in Gambia. Si è così cercato di mettere in dialogo i risultati etnografici qui esposti con una bibliografia quanto più possibile varia ed eterogenea.

Chi è la *midwife*

L'approccio analitico che desidero utilizzare individua alcuni elementi ripresi dalle conversazioni intrattenute con le *midwives* all'interno della comunità di appartenenza. Verranno così individuati tre concetti, quali il dono, la reciprocità e la custodia, in quanto nodi di un unico filo conduttore con cui costruire una «definizione emica della cura» [Jaffré, Lange 2021, 3] che, cioè, la consideri dal punto di vista delle mie stesse partecipanti alla ricerca. In generale, la *midwife* è più che una semplice assistente al parto; essa è una figura fondamentale, cui soprattutto le donne si rivolgono per ricevere consigli in campo medico, per ottenere conforto e protezione spirituale, e per la cura e crescita dei figli. Il loro ruolo è tuttavia andato ampiamente modificandosi nel corso del tempo: una data decisiva è il 1989, anno in cui viene emendato il *Public Health Act*, che da quel momento vieta alle *midwives* di agire al di fuori di cliniche specializzate e senza un diploma in ostetricia. Questo ha portato, nel corso del tempo, ad una sempre maggiore separazione tra le ostetriche formate in ambiente ospedaliero e le *midwives* locali, la cui professionalità non è ad oggi formalmente riconosciuta tra gli attori del modello biomedico. Ciononostante, come ho potuto riscontrare, esistono alcuni principi in cui l'Islam funge da base significativa di un certo modo di intendere la cura, la gravidanza e la maternità; tali fondamenti sono ad oggi portati avanti dalle levatrici che continuano i loro servizi pur senza un diploma, ma che si tramandano la professione tra le generazioni. L'Islam cui faccio riferimento riprende quelle che con Benjamin Soares chiamiamo «scienze esoteriche» [Soares 2005, 127] e che comprendono, tra le altre cose, la confezione di amuleti protettivi, il ritiro mistico, l'astrologia, la medicina, e molto altro.

A tal proposito, uno dei temi continuamente emersi dalle mie interazioni è quello del dono; una *midwife* legittima e conferisce significato al proprio operato attraverso la metafora del dono spirituale, che rimanda a un tipo di conoscenza che non tutti possiedono, e che si tramanda lungo la linea di discendenza materna. Tale dono mi viene descritto come una capacità di vedere l'invisibile, assolvendo ad un compito protettivo nei confronti di coloro che si trovano in uno stato

di vulnerabilità, come può essere il momento del parto che attira spiriti e altri esseri ultraterreni (i *jinn*, descritti nel Corano). Essi possono agire sulle persone sottoforma di malattie, cui si pone rimedio con il *naasso*⁷ e altri *juju*⁸. Ed esattamente a questi discorsi che mi introduce la prima *midwife*, Aisha.

La prima volta che ho incontrato Aisha sono stata accompagnata da una delle mie interlocutrici, che aveva avuto il suo primo figlio con il suo supporto. Entrando nel compound, sono stata accolta nello spazio in cui Aisha vive e, allo stesso tempo, assiste le donne durante il parto. In quanto donna più anziana della famiglia, ha diritto a una stanza separata, che le permette di continuare la sua attività in modo discreto e senza interferenze. Nell'introdurmi alla sua professione, Aisha afferma:

Le persone vengono da me quando hanno bisogno di aiuto, bussano alla mia porta anche di notte e io le faccio entrare, do loro le medicine di cui hanno bisogno o le aiuto a partorire. Mio marito continua a dirmi di stare molto attenta ad aprire la porta a sconosciuti ma io gli rispondo che Dio ha mandato a me queste persone e io le devo aiutare. Sai, essere una *midwife* è molto sensibile perché devi avere a che fare con diverse persone. Diversi esseri potrebbero presentarsi e cambiare aspetto. E tu potresti subire dei danni in qualche modo (Aisha, 06/06/2022).

Il dono spirituale si manifesta qui come strumento utilizzato dalla *midwife* per far fronte a eventuali minacce di attacco. D'altra parte, la grande esposizione sociale a cui è soggetta la porta a doversi proteggere proprio in virtù dell'infittirsi di quegli stessi legami: «Devi avere a che fare con diverse [nel senso di tante] persone». Il riconoscimento che ne deriva la sottopone in altre parole a pericoli da cui riesce a proteggersi in forza del dono di cui è portatrice.

Il secondo aspetto è quello della reciprocità, che le mie interlocutrici associano ai sentimenti di empatia e solidarietà. Riprendo, a tal proposito, le parole di un'altra *midwife*, Awa, che al tempo delle nostre interviste ha quarantotto anni e conduce parti in casa dagli anni Novanta.

La prima madre che ho aiutato a partorire ha avuto quattro figlie, che a loro volta hanno tutte partorito da me. Ciò che vivono le madri, le figlie vogliono viverlo allo stesso modo. Se una madre viene qui a partorire, sua figlia vorrà fare la stessa identica cosa e se le dicessi di partorire in ospedale potrebbe rifiutarsi di farlo. E poi, quando io ho partorito mia figlia non ho avuto nessun problema mentre con i maschi è stato molto difficile. Sai perché? Perché essendo femmina già sapeva che prima o poi sarebbe dovuta passare attraverso lo stesso dolore, e così ha deciso di aiutarmi (Awa, 10/06/2022).

La caratteristica principale di questa rete di supporti prevede una reciprocità che avviene tra la *midwife*, la madre partoriente, la futura figlia, e tra le donne stesse in senso più ampio. Anche Awa mi è stata presentata come un'ostetrica da una delle mie interlocutrici, all'interno di una rete che si attiva spesso nella segretezza e discrezione. Il mio accesso ad Awa non sarebbe stato possibile senza questo passaggio di mano in mano tra donne, tra compound, tra storie. È in questa circolazione di fiducia e riconoscimento che si muove una forma di interscambio quotidiano,

⁷ Acqua utilizzata per bagnare le parole di una preghiera trascritta dal Corano, che ne trattiene così la memoria assolvendo alla funzione specifica per cui è stata realizzata. Il liquido viene poi messo in una bottiglia e applicato sul corpo o bevuto per un determinato periodo di tempo.

⁸ Possono essere collane o bracciali contenenti parti del Corano e attivati nella loro forza spirituale da un *marabout*. Essi sembrano avere un effetto particolarmente efficace sui bambini che vengono adornati di collane attorno al collo alla vita fin dalla nascita, per garantire loro una buona crescita e protezione.

in cui sono stata, per un tratto, coinvolta. Tale sentimento si manifesta dunque entro una sfera di genere spiccatamente femminile di cui le *midwives* rappresentano una parte importante che ci invita a considerare un ultimo aspetto.

A fare da cornice a tutto ciò è infatti un elemento che definisce in un certo senso il loro posizionamento sociale: l'essere, cioè, «custodi dei segreti delle donne» [Nyanzi, Manneh, Walraven 2007, 47]. Come afferma Benjamin Soares in riferimento alla diffusione dell'Islam nel Mali precoloniale: «I segreti sono tra le componenti o basi più importanti dell'autorità» [Soares 2005, 34, trad. dell'autrice]. Le detentrici di tale potere, in questo caso le *midwives*, si affermano in quanto depositarie di una saggezza cui solo le donne hanno accesso. E questo si collega poi strettamente alla retorica del dono, che le distingue dalle comuni ostetriche, ponendole in una posizione di prestigio proprio in virtù di questo canale di trasmissione tra il terreno e il divino. L'autorità costituita dalla custodia dei segreti è quindi data sia da quelli trasmessi nella rete femminile che nel tipo di esoterismo legato all'uso di erbe medicinali, per proteggere dai *jinn*, e nella capacità di vedere l'invisibile. La connotazione spirituale del lavoro di una levatrice, la reciprocità delle sue prestazioni e la custodia di segreti, sono dunque ciò che la rende partecipe di tutti quei momenti salienti che caratterizzano la crescita di una persona, soprattutto se femmina, in tutte le fasi della sua vita.

Saperi a confronto

In tutto il mondo le pressioni che, a priori, definiscono la biomedicina come strutturalmente superiore alla medicina tradizionale, i medici come superiori alle ostetriche e le ostetriche professioniste come superiori alle ostetriche popolari non hanno tanto soppiantato i vari sistemi etno-ostetrici con un insieme di pratiche “moderne” universali (o di resistenza ad esse), quanto piuttosto hanno prodotto una molteplicità di pratiche di accomodamento e negoziazione [Sargent, Gulbas 2011, 296, trad. dell'autrice].

Come è stato precedentemente dimostrato, ad oggi, molte donne anziane con cui ho interagito continuano ad incarnare diverse abilità tramandate da generazioni. Le politiche di “modernizzazione” del ruolo delle *midwives* locali hanno tuttavia radici molto profonde, da ritrovarsi in quella concezione coloniale secondo la quale l'introduzione del modello biomedico fosse indice di progresso da sostituirsi completamente alle conoscenze locali. Come afferma la storica Anne Hugon nel caso del Ghana britannico [Hugon 2009, 77], la relazione tra biomedicina e colonialismo ha avuto effetti particolarmente evidenti sulla maternità. Le *midwives*, tacciate di “arretratezza”, diventavano le principali destinatarie su cui applicare quel principio di “civiltizzazione” che era poi anche il deterrente usato dai coloni per giustificare la loro presenza sui territori conquistati.

Nel caso del Gambia, riprendendo fonti storiche dall'Archivio Nazionale di Banjul, si possono trovare brevi testimonianze dei cosiddetti *training* con i quali le levatrici venivano istruite alla professione. Interessante, a tal proposito, un documento risalente ai primi anni Sessanta (a ridosso della fine del colonialismo britannico) redatto da una nutrizionista e un medico in occasione dell'inaugurazione della prima scuola di ostetricia, la *Gambia School of Nursing and Midwifery* in collaborazione con il *Medical and Health Department of The Gambia*, in cui venivano richiesti fondi di UNICEF, ufficialmente presente sul territorio dal 1965 (anno

dell'Indipendenza). Il *training*, qui, è un programma della durata di due mesi presso l'istituto scolastico che raccoglie la partecipazione delle levatrici a livello locale previa compensazione economica. Segue poi una lista di precise istruzioni (da un punto di vista nutrizionale, indicando corretti periodi e fasi di allattamento e svezzamento) con cui ostetriche e infermiere dovrebbero educare le giovani madri alla cura dei figli. Questo perché, come si evince dal testo, «la salute materna e infantile è il mezzo migliore per diffondere l'educazione alla salute»⁹. Questo è infatti un primo di vari interventi che, pur collocandosi su piani e in momenti storici totalmente differenti, riprendono a mio avviso e in una certa misura alcune di quelle retoriche.

Nel 1983 venne introdotto in Gambia un programma di assistenza sanitaria, con particolare riferimento alle cure materne e infantili, seguito dalla *Safe Motherhood Initiative*, lanciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tre anni dopo, nel 1986. Tra gli obiettivi di questi programmi vi era anzitutto l'introduzione di screening per l'assistenza prenatale in gravidanze ad alto rischio; l'implementazione dei *training* per le *midwives*; la fornitura di servizi di prevenzione e cura minore [Telfer, Rowley, Walraven 2002, 75]. Sulla scia di questi primi interventi, va detto che la successiva approvazione di leggi volte alla difesa dei diritti umani fondamentali – che passano anche attraverso la tutela della salute – sono in parte il risultato storico dell'adozione di una serie di politiche neoliberali promulgate da una nuova élite dominante di cui, per un certo periodo, il dittatore al governo del Gambia tra il 1994 e il 2017 Yahya Jammeh ne è stato promotore. Si tratta di una genealogia politica in cui temi come quello dell'emancipazione femminile, della salute, e via dicendo, diventano uno dei perni a partire dai quali costruire una nuova legittimità politica che si caratterizzasse come innovativa, figlia del progresso e dello sviluppo, in sostituzione a ciò che apparteneva al vecchio, poiché reduce di una tradizione passata e quindi primitiva. Collegare gli avvenimenti del passato, e leggere quelli successivi in questa chiave, aiuta dunque a comprendere e interpretare certi provvedimenti che qui riprenderò brevemente, nonché i motivi per cui non sempre sono stati in grado di radicarsi a livello locale.

Nel 2001, l'OMS formulò alcuni suggerimenti per le donne incinte con il fine di ridurre la mortalità materna: il Gambia aderì a queste raccomandazioni. Sono infatti anni in cui, a partire da questo genere di interventi, molti paesi africani iniziarono a adottare il FANC (*Focused Antenatal Care*), che in italiano potremmo tradurre con Assistenza Prenatale Mirata, e che prevede un'ulteriore implementazione dell'assistenza prenatale [Olivier de Sardan, Diarra, Moha 2017, 73]. Nel corso dei *training* le *midwives* venivano invitate all'uso di questi protocolli, con il fine di tenere monitorata la salute della madre e del feto. Tuttavia, riprendendo un recente studio sulle cure prenatali in Gambia [Laing et. al. 2017], si evidenziano una serie di barriere (pratiche e/o simboliche) nell'accesso a tali servizi. Come sottolineano le autrici, tenendo presente il tipo di costruzione gerarchica della famiglia estesa gambiana vi sono evidentemente alcuni casi in cui, uscendo da quel sistema altamente normativo, le persone creano stratagemmi e sotterfugi per evitare l'esclusione sociale. Ciò accade, ad esempio, per tutte quelle gravidanze portate avanti al di fuori del matrimonio: essendo motivo di vergogna, molte donne scelgono in un primo momento di occultare la gravidanza per timore delle ripercussioni che ne deriverebbero (come, nei casi più gravi, l'allontanamento dal gruppo familiare). Altro motivo di nascondimento potrebbe essere quello in cui una madre dovesse rimanere nuovamente incinta in tarda età, ancor prima che sua figlia – adulta e già sposata – possa aspettare un bambino. Oppure ancora,

⁹ HOS A/8 1964, *Maternity and Child Welfare Work*, National Record Office, Banjul: The Gambia.

come abbiamo già evidenziato, trattandosi di un periodo spiritualmente piuttosto sensibile, una donna potrebbe dapprima consultare il *marabout*¹⁰ o la *midwife* per la fabbricazione di *juju* di protezione dal primo e di erbe medicinali dalla seconda. Le *midwives* che oggi continuano a praticare i parti in casa (pur avendo, come vedremo nel caso di Aisha, anche una formazione in ambiente ospedaliero) fanno appello a quel sapere che ho cercato di descrivere nelle pagine precedenti con cui si dà forma all'intera esperienza materna, e che non dovrebbe essere eluso in una definizione emica della cura.

I processi, le regole e le caratteristiche essenziali dei modi locali di percepire gravidanza e parto, nonché le conseguenze determinate da ciò che esula dalle comuni norme di comportamento (i motivi per cui una donna nasconde la gravidanza, ad esempio, alla famiglia), sono ciò che dovrebbe essere posto al centro di qualsiasi forma di intervento nella tutela e gestione dei servizi sanitari materni gambiani (e non solo). Se in epoca coloniale questo intento veniva portato avanti con l'obiettivo del progresso e della civilizzazione, ad oggi le cose non stanno più così. I modelli e servizi forniti, per poter rispondere efficacemente alle reali necessità hanno bisogno di essere collocati e adattati alla situazione specifica, evitando generalizzazioni e interrogandosi piuttosto sui singoli casi. Tutto ciò, ad oggi, avviene già in maniera spontanea tra i membri della famiglia estesa; interpellare un *marabout* o a una *midwife* per ottenere cure e protezione non preclude affatto la possibilità che una donna (con il supporto del marito o, più tipicamente, delle altre donne della famiglia) chieda consiglio anche e contemporaneamente a cliniche specializzate di stampo biomedico. Si tratta sicuramente di due sistemi che, seppur presi separatamente, convivono spesso senza che le persone la vivano come una contraddizione. Risultano a tal proposito esemplificative le parole di Aisha:

Quando arriva una donna, prima di tutto le faccio delle domande. Le chiedo del dolore che sta provando, poi controllo i suoi documenti e verifico se è pronta per partorire. Se è tutto in ordine, la faccio entrare. Controllo se il canale del parto è libero e, se non lo è, le dico che ci vorrà ancora molto tempo prima che possa partorire. Se vedo che manca ancora molto, faccio bollire dell'acqua e faccio sedere la donna in quell'acqua. Preparo delle erbe medicinali e gliele faccio bere. Poi quando le contrazioni diventano regolari capisco che il parto è imminente. [...] Ho imparato molte cose da una donna che si è presa cura di me quando ero giovane: è stata lei a trasmettermi i primi saperi, che ancora oggi metto in pratica. Poi un uomo bianco, il dottor Philippe, mi ha insegnato il mestiere. Era un medico e ha formato cinque donne, tra cui me, e poi ci ha assegnate a un ospedale. Ma poi mi sono sposata e mi sono trasferita qui, perdendo il lavoro in ospedale. Ho cominciato da capo, poco a poco, prendendomi cura di donne e bambini qui a casa mia. Ancora oggi, quando qualcuno sta male, viene da me per farsi curare (Aisha, 06/06/2022).

Quello della salute in generale, e della cura parto in particolare, è un sapere cumulativo, profondamente radicato in una coscienza storica, che segue traiettorie specifiche e dunque sempre inedite. È così che il ruolo della *midwife* trova il suo spazio di azione laddove, mentre continua a muoversi informalmente nella rete familiare, rimanda spesso anche alla biomedicina, appresa e trasmessa dai cosiddetti *training*.

¹⁰ Nella maggior parte dell'Africa islamica, ad eccezione dell'Africa Orientale, ogni villaggio ha un *marabout* e/o *Imam* che assolvono ad alcune pratiche fondamentali. Il lavoro svolto dal *marabout* si compone di quattro categorie principali: diffondere e insegnare l'Islam, praticare la predizione del futuro, fabbricare amuleti e guarire gli ammalati [Okuma-Nyström 2003, 60].

Il ruolo della *midwife* nel regolare la fertilità femminile

Insieme al dono, alla reciprocità e alla custodia, una funzione centrale svolta dalle *midwives* consiste nell'accompagnare le donne nelle loro scelte riproduttive. Il loro intervento si concretizza nel fornire consiglio, assistenza e supporto continuativo durante i processi decisionali legati alla gestione della fertilità. Inoltre, la loro presenza si rivelava cruciale nel contesto frequentato per interpretare e implementare decisioni che riguardano non solo quando e quanti figli avere, ma anche come e con quali mezzi temporizzare o limitare la fertilità. È proprio in virtù del loro posizionamento sociale in quanto anziane – in una società fortemente gerontocratica – e dei doni spirituali in loro possesso, che ottengono tale rispetto e riconoscimento.

Stando al *Gambia Demographic and Health Survey* [GDHS 2019-2020], il 63% delle donne tra i 15 e i 49 anni sono sposate, contro il 39% degli uomini nella stessa fascia d'età. L'aspettativa di cui una donna viene spesso caricata la porta a sposarsi piuttosto presto, con una stima attorno ai 19 anni, variabile a seconda del grado di istruzione (le donne nelle zone rurali prive di accesso all'educazione tendono a sposarsi prima). Il tasso di fertilità, tra le coppie sposate, si aggira sui 4.4 bambini per donna. Inoltre, i cambiamenti demografici che stanno toccando il continente negli ultimi decenni hanno trovato luoghi di discussione anche nei discorsi delle mie interlocutrici, nello specifico sulla volontà di avere sempre meno figli per coppia. È, questo, un tema di discussione eminentemente generazionale, risultato di processi frutto di desideri e aspettative (su di sé e sulla propria famiglia) specifiche. Le parole della *midwife* Aisha incarnano, in questo senso, un ideale di fertilità, retaggio di un'epoca in cui avere tanti figli era un mezzo per garantirsi forza lavoro nei campi di famiglia nonché una forma di distinzione sociale:

Io dico alle persone che vengono da me di non adottare lo stile di vita degli europei. Ai bianchi non piace avere tanti figli ma l'Islam ci dice che dobbiamo averne molti. Puoi partorire tanti bambini oppure puoi partorirne pochi, in entrambi i casi prima o poi la tua vita finirà. Il fatto è che tra i figli che hai non potrai sapere chi di questi avrà successo, chi sarà un fallimento e chi sarà quello che ti salverà nel giorno del giudizio. Ecco perché è sempre meglio avere tanti figli (Aisha, 02/07/2022).

L'alto valore attribuito alla fertilità non esclude, ma anzi presuppone, pratiche di regolazione temporale che assicurino distanze adeguate tra le nascite, a tutela del benessere della madre e del figlio o della figlia. Le opinioni attorno alle scelte riproduttive venivano poi costruite a seconda della classe sociale di una donna nonché dal caso in cui fosse o meno spostata in un matrimonio poliginico. A tal proposito, interessante è il concetto discusso da Madhavan e Bledsoe [2001, 459] sul tema della redistribuzione della fertilità nel matrimonio poligamo. Come affermano le autrici:

[...] è un processo continuo all'interno del compound determinato da fattori economici, psicologici, sociali e, soprattutto, legati alla salute dei suoi membri. L'acquisizione di mogli in un compound è solo un esempio di una strategia attentamente pianificata che consente alle donne di esercitare una forma di controllo della fertilità che (1) non viola le norme dei livelli di alta fertilità e (2) garantisce una gravidanza sana [Madhavan, Bledsoe 2001, 459].

Gli intervalli tra le nascite, dunque, sono facilitati all'interno del matrimonio laddove una donna e le sue co-mogli redistribuiscono le loro capacità riproduttive per continuare a garantire una progenie al marito e, al tempo stesso, tutelare la propria salute e quella del neonato. Mantenere una giusta distanza tra una nascita e l'altra non deriva solo da normative biomediche, ma

è anche il risultato di prescrizioni islamiche legate all'allattamento durante il quale è bene che una donna non rimanga nuovamente incinta. Il latte materno, come mi viene spiegato da Aisha, è una sostanza vitale che agisce in profondità nella costruzione identitaria della persona. Nel Corano vi sono a tal proposito vari riferimenti dedicati alle norme comportamentali che regolano la fase di allattamento che, affinché sia completo, deve concludersi nell'arco di due anni (*Sura II*, v. 233). Aisha, al tempo delle nostre interviste, si trovava spesso a consigliare alle donne di osservare un intervallo adeguato tra le gravidanze, richiamandosi sia a principi islamici sia alla minaccia di disapprovazione sociale in caso di gravidanze troppo ravvicinate.

Oggi una donna può partorire e dopo meno di un anno può restare nuovamente incinta. Ma un tempo se una donna fosse rimasta incinta prima della fine dell'allattamento avrebbe cercato in tutti i modi di nascondere la gravidanza, o se smetteva di allattare prima del dovuto tutti avrebbero saputo che era di nuovo incinta. Questo era causa di grande vergogna. E per questo oggi io consiglio alle donne di rispettare il giusto tempo (Aisha, 02/07/2022).

Come mi è stato riferito da alcune interlocutrici, madri adulte in molti casi già con dei nipoti, le pratiche legate al periodo di allattamento venivano risolte dedicando spazi adeguati alla neo-madre, durante i quali non avrebbe avuto alcun contatto con il marito. Alla nascita del primo figlio, infatti, una donna è ancora solita tornare a vivere nel compound familiare del padre, così da ricevere assistenza dalla madre e dalle altre figure femminili presenti, almeno fino allo svezzamento. Vi erano però anche casi nei quali le madri si spostavano a vivere in una parte dedicata del compound della famiglia del marito, e lì vi restavano insieme alle altre donne che la assistevano, evitando per quanto possibile le interazioni con il coniuge (questo nel caso di compound molto grandi).

L'astinenza sessuale è solo una delle tecniche di regolazione della fertilità, mentre oggi si fa sempre più strada l'utilizzo di contraccettivi importati dall'Occidente attorno agli anni Ottanta. Come tiene a specificare Awa, i contraccettivi sono *haram* (vietati) nella religione, ma la loro somministrazione viene risignificata entro necessità impellenti di natura pratica. Essi possono, pertanto, essere usati nel caso in cui dovessero servire per tutelare la salute della donna. A tal proposito, Awa afferma:

A volte io dico alle donne che vengono da me di assumere contraccettivi. Se lo fai per la tua sicurezza non è *haram*. La nostra religione ci dà questa opportunità: se sai che rimanendo incinta o partorendo potresti andare incontro a serie complicazioni, allora è consentito ricorrere alla pianificazione familiare (Awa, 03/07/2022).

Inoltre, sarebbe un errore quello di ridurre il loro uso al solo scopo di non avere figli, come può essere invece tipicamente il caso delle coppie euro-americane. Tale impiego, potrebbe anche essere finalizzato alla ripresa dei rapporti sessuali subito dopo il parto, mantenendo comunque la necessità di proseguire sia l'allattamento al seno che un intervallo di nascite più consoni alle aspettative [Bledsoe et al. 1994, 85]. In alcuni casi, come riportato da Skramstad [2008], le pillole contraccettive sono utilizzate per trattare forme di infertilità, evidenziando ancora una volta come le *midwives* rielaborino strumenti biomedici secondo logiche locali.

Conclusione

Nel corso delle pagine precedenti si è cercato di mettere in luce come la *midwife* assuma un ruolo centrale specialmente nella rete femminile di cui mi è stato parzialmente fornito l'accesso nel corso della mia ricerca di campo. La possibilità di avvicinarsi a questa sfera, per capirne

i meccanismi di funzionamento secondo regole che gli sono proprie (in contrasto e spesso in diretta opposizione a quelle ufficiali), mi ha permesso di indagare racconti ed esperienze con cui non mi sarei altrimenti potuta confrontare. Ne sono un esempio le forme di Islam quotidiano incarnate nelle conoscenze esoteriche, spesso non riconosciute dai rappresentanti e capi islamici, oppure le diverse strategie adottate dalle donne per rafforzare il proprio sostegno reciproco all'interno della famiglia estesa. La posizione sociale di una *midwife*, nonché la sua custodia delle narrazioni di donne e madri che le si rivolgono, sono stati al centro di continui dialoghi e confronti intrattenuti con le mie interlocutrici. Sotto questo punto di vista si è cercato di portare avanti un lavoro di campo che, avvicinandosi con la medesima empatia alle storie di vita consegnatemi, ne traesse al contempo alcuni spunti di riflessione. I riferimenti analitici qui proposti offrono sicuramente una visione parziale di quell'insieme di interazioni e forme di supporto che non è stato possibile approfondire in questa sede.

È stato tuttavia comunque importante prendere ad esame questa figura tanto controversa quanto centrale nella vita gambiana, collocandola storicamente, culturalmente e socialmente nella più vasta cornice comunitaria, nonché nei tentativi di intervento istituzionali portati avanti ora con la retorica della civilizzazione, ora con quella della tutela e dello sviluppo. Quali che siano queste retoriche, si è cercato di rimettere al centro la loro messa in pratica da parte di un sapere femminile che intende la cura, la maternità e l'idea stessa di femminilità secondo modalità contingenti che sono frutto di specifici processi socioculturali di varia natura. Le diverse attività della *midwife*, pertanto, la collocano entro una rete che è in continua trasformazione e che inserisce, reinterpreta e riconfigura creativamente numerose influenze esterne da cui non è di certo esente, come abbiamo visto ad esempio parlando di fertilità femminile. Ed è così che, ancora una volta, l'enfasi sulla sua professione permette di mettere in luce forme di agentività costruita attraverso vari elementi: tra questi, la sua autorità e potere islamico, la conoscenza profonda di certe pratiche, e la capacità di fare da collante tra molteplici attori e attrici. In definitiva, la *midwife* non è semplicemente una figura ausiliaria: è una regolatrice delle scelte riproduttive, capace di armonizzare pratiche religiose, esigenze di salute e norme sociali in una cornice di continuità culturale e adattamento.

Riferimenti bibliografici

- Becker L. 1990, *The Collapse of the Family Farm in West Africa? Evidence from Mali*, «Geographical Journal», 156 (3): 313-322.
- Bledsoe C. et. al. 1994, *Constructing Natural Fertility: The Use of Western Contraceptive Technologies in Rural Gambia*, «Population and Development Review», 20 (1): 81-113.
- Brown P. 2015, *Theorising Uncertainty and Risk across different Modernities: Considering Insights from "non-North-Western" Studies*, «Health, Risk & Society», 17 (3-4): 185-195.
- Gambia Bureau Of Statistics (GBOS) and ICF 2021, *The Gambia Demographic and Health Survey 2019-2020 (GDHS)*, Banjul, Maryland, USA: The Gambia and Rockville.
- Geurts K., 2001 *Childbirth and Pragmatic Midwifery in Rural Ghana*, «Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness», 20 (4): 379-408.
- Holloway K., 2007, *Monique and the Mango Rains: Two Years with a Midwife in Mali*, Long Grove IL: Waveland Press.

- Hugon A. 2009, *Maternity and Modernity in the Gold Coast, 1920s-1950s*, «Ghana Studies», 12 (1): 77-95.
- Jaffré Y., Lange I. 2021, *Being a Midwife in West Africa: Between Sensory Experiences, Moral Standards, Socio-Technical Violence and Affective Constraints*, «Social Science & Medicine», 276: 1-10.
- Laing S. et. al. 2017, *Barriers to Antenatal Care in an Urban Community in the Gambia*, «African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive», 21 (3): 62-69.
- Madhavan S., Bledsoe C. 2001, *The Compound as a Locus of Fertility Management: The Case of The Gambia*, «Culture, Health & Sexuality», 3 (4): 451-468.
- Mattalucci C. (ed.) 2017, *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Nyanzi S., Manneh H., Walraven G. 2007, *Traditional Birth Attendants in Rural Gambia: Beyond Health to Social Cohesion*, «African Journal of Reproductive Health», 11 (1): 43-56.
- Obermeyer C. 2000, *Pluralism and Pragmatism: Knowledge and Practice of Birth in Morocco*, «Medical Anthropology Quarterly», 14 (2): 180-201.
- Okuma-Nyström K. 2003, *God Turns the Chapter and Everything Changes: Children's Socialization in Two Gambian Villages*, Stockholm: Institute of International Education Stockholm University.
- Olivier de Sardan J-P., Diarra A., Moha M. 2017, *Travelling Models and the Challenge of Pragmatic Contexts and Practical Norms: The Case of Maternal Health*, «Health Research Policy and Systems», 15 (60): 71-87.
- Pinelli B. 2019, *Migranti e rifugiate: Antropologia, genere e politica*, Milano: Cortina Libreria.
- Quagliariello C. 2022, *Fighting Medicalization, Feeling Full Parents: The Choice of Natural Childbirth in Italy*, in Guerzoni C. S., Mattalucci C. (ed.) 2022, *Reproductive Governance and Bodily Materiality: Flesh, Technologies, and Knowledge*, Bingley: Emerald Publishing Limited, 23-38.
- Ranisio G. (ed.) 2012, *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*, Dante & Descartes.
- 2019, *Salute sessuale e riproduttiva: un concetto da rivedere?*, «EtnoAntropologia», 7(1): 161-174.
- Sargent C. 2006, *Reproductive Strategies and Islamic Discourse: Malian Migrants Negotiate Everyday Life in Paris, France*, «Medical Anthropology Quarterly», 20 (1): 31-49.
- Sargent C., Gulbas L. 2011, *Situating Birth in the Anthropology of Reproduction*, in Singer M., Erickson P. I. (ed.) 2011, *A Companion to Medical Anthropology*, Wiley Blackwell, 289-303.
- Skramstad H. 2008, *Making and Managing Femeness, Fertility and Motherhood within an Urban Gambian Area*, University of Bergen.
- Soares B. 2005, *Islam and the Prayer Economy: History and Authority in a Malian Town*, Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Telfer L., Rowley T., Walraven G. 2002, *Experiences of Mothers with Antenatal, Delivery and Postpartum Care in Rural Gambia*, «African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de La Santé Reproductive», 6 (1): 74-83.