

Articoli/Articles

## ITINERARI TERAPEUTICI PLURALI

SILVIA IORIO

Università degli Studi dell'Insubria, Sapienza Università di Roma, I

*SUMMARY*

### *PLURAL THERAPEUTIC ITINERARIES*

*This article addresses the strategies employed by Nahua community of Mexico to deal with health problems. Drawing on qualitative research, it discusses the choice of plural therapeutic itineraries, including the use of informal and formal healthcare.*

### *Introduzione*

I risultati presentati in questo articolo sono il frutto di una ricerca condotta nella comunità nahua di Naupan (Puebla, Messico). L'indagine è stata incentrata anzitutto sui processi di cambiamento dell'orizzonte medico Nahua suscitati dall'opera di acculturazione biomedica. Nel contesto pluralistico di Naupan, infatti, si confrontano saperi medici distinti per complessità organizzativa, per rapporti di egemonia e subalternità, nonché per differenti strutture cognitive ed epistemologiche. In questo scenario, gli attori sociali dimostrano un utilizzo pragmatico ed eclettico delle risorse locali, strutturando itinerari terapeutici costituzionalmente plurali.

### *Problemi di metodo: alcuni cenni sul concetto di “tradizione”*

L'utilizzo del termine “tradizionale” nel campo delle “medicine” si fonda generalmente su una sistematizzazione ideologica bipolare im-

*Key words:* Nahua – Medical Pluralism – Biomedicine

propria, relazionata alla medicina cosiddetta scientifica. Una prima prospettiva, dietro cui si cela un'ideologia reificante, attribuisce al "tradizionale" la facoltà di essere "sempre e ovunque una riserva di significati, di strategie contro egemoniche e di conoscenze particolarmente coerenti con i bisogni di cura e i ritmi di vita (individuali o collettivi): bisogni e ritmi che verrebbero all'opposto di rado rispettati da una medicina aggressiva e oggettivante"<sup>1</sup>. In tal modo, dunque, il tradizionale attingerebbe il suo valore solo nella contrapposizione alla "scienza". La seconda prospettiva, invece, più palesemente riduttiva e in progressivo disuso nel campo scientifico, definisce "tradizionali" quei saperi medici che si fondano su pratiche esoteriche e simboliche e che, in rapporto con il metodo biomedico sperimentale, risultano definite come "credenze" sistematizzate, trascurando quanto, invece, il rituale e il soggettivo permeino anche le pratiche della biomedicina. Sulla scorta di tali orizzonti analitici, riguardanti le medicine "tradizionali", in Messico sono stati determinati molti dei programmi volti alla promozione e allo sviluppo della "medicina tradizionale", motivati dalla necessità di individuare tracce di efficacia curativa all'interno del vasto panorama delle pratiche mediche indigene<sup>2</sup>. Un esempio rappresentativo è quello della farmacopea di tipo vegetale. Ampie indagini sono state condotte su di essa, classificando le qualità terapeutiche delle piante, attraverso l'analisi dei principi attivi in esse contenuti, fino a ricondurre la plurisemanticità della medicina "tradizionale" all'interno del singolo concetto di botanica medica, concettualizzazione diffusa anche in ambito accademico. È stato in tal modo attuato un processo reificante verso le medicine in questione, nel quale sono andati compromessi anche i delicati processi di legittimazione degli specialisti rituali. Oltre all'ambito ideologico è stato coinvolto anche quello politico/economico. Ulteriormente, la trattazione e l'interesse verso aspetti che potrebbero definirsi "tradizionali", tanto nel campo medico quanto in quello religioso, spesso non tiene conto delle contraddizioni insite nelle situazioni di pluralismo

in cui versano culture orali, continuamente stimolate dagli influssi di molteplici modelli differenti.

In particolare, nel contesto messicano il termine “tradizionale”, così come il termine “indigeno”, manifestano una significazione ideologico/politica che ne marca pesantemente la subalternità e che tende a connetterli ad un’archeologia culturale intenta a rintracciare contenuti identitari del passato “puri”, privi di contaminazione. Tale ideologia comporta a volte una sorta di mistificazione nei confronti di queste popolazioni e delle loro rispettive pratiche mediche. È in tal modo che si producono azioni governative assistenzialiste volte a tamponare l’emarginazione concettuale ed economica a cui le comunità rurali sono sottoposte. Questo processo è evidente nell’ambito medico e delle terapie, in cui, da un lato si tende a valorizzare gli ambiti non convenzionali nelle modalità sopra accennate, mentre parallelamente si opera tentando di abbattere le “superstizioni” in nome della “verità medica” e “della salute per tutti”.

In piena consapevolezza di questa assai densa dimensione problematica, intendo trattare il “tradizionale” quale insieme di saperi e pratiche che sono sì incorporati nel contesto locale, ma che, costruiti attraverso molteplici impulsi storici, continuano a strutturare la realtà locale in maniera sempre nuova, tramite processi di scambio e di comunicazione.

Entrando, dunque, nel merito dell’opposizione problematica tra scientifico e tradizionale nell’ambito di questa ricerca, va ora constatato come le distinzioni che hanno portato - nel campo delle classificazioni nosologiche - a identificare patologie ed eziologie di tipo “spirituale” separandole da quelle di tipo “naturale” sono enunciate chiaramente dagli interlocutori locali stessi, siano essi terapeuti o pazienti nahua: le une sono nominate “kokolistle Maldad”(malattie da fattura) e le altre “kokolistlee Dios” (malattie di Dio) o “kokolistle natual” (malattie naturali). Viene anche specificato dai *naupeños* che le malattie “spirituali” non possono essere curate che dai

*curanderos*. Quanto segue è la narrazione di una giovane donna [R] della comunità di Naupan che racconta il suo faticoso percorso di guarigione da una *enfermedad de Maldad* che, in quanto tale, è soggetta alla cecità dei medici di un ospedale, mentre incontra il suo riconoscimento e la sua risoluzione solo grazie alle conoscenze e alle pratiche di un *curandero*.

R: *Un día me empezó a doler todo y me llevaron al hospital y ya, ahí, no me curaba.*

D: *¿ No te curabas?*

R: *No, una semana y no me curé.*

D: *¿ Qué te dijeron que tenías?*

R: *Que no tenía yo nada me sacaron varias análisis. El químico me sacó cuatro veces la sangre para ver que tenía.*

D: *¿ Para analizarla?*

R: *Los doctores no veían nada, no pudieran hacer nada, para ellos yo no tenía nada.*

D: *¿ Pero no te curaste?*

R: *En el hospital no, porque dijeron: “si quieren llevársela para que pueda ir en su casa, no tiene nada”. Pues yo escuchaba pero ya no podía ver.*

D: *¿ No podías ver?*

R: *No, nada más veía yo como si hubiera mucho humo.*

D: *¿ Y pudías hablar?*

R: *No muy bien. Pero un señor le platicó a mi papa: “¿ Oye y cómo sigue tu hija?” y ya mi papa le dijo: “mal”. Y le dijo el señor: “hace mucho tiempo yo tenía como... no sé una bola”, y le dice: “y me curó un señor, un curandero”. Así me fue a ver un curandero viejo. En esa noche llegué a dormir y siempre soñaba yo con perro que me quería morder.*

D: *¿ Un perro, es como un hombre que te quiere matar no?*

R: *¡ Aja! Es una maldad.*

D: *¿ Qué te dijo el hombre, el curandero?*

R: *Me dijo que alguien me había hecho algo.*

D: *Una maldad o algo así?*

R: *Sí, pero no a mí, lo habían hecho a mi papa.*

D: *¿ A tu papa, y porqué te llegó a ti si lo habían hecho a tu papa?*

R: *Porque dicen que siempre le llega [la maldad] a las personas que más quieres, y él me quiere más a mí. Yo lo considero así, entonces yo creo que sea por eso.*

D: *¿ Como te lo explicas?*

R: *No sé, pero mis dedos estaban así, no se como, y yo digo: “¿ y ahora?”, y el*

### *Itinerari terapeutici plurali*

*curandero me dice: “no te preocupes, vas a venir tres veces y así te vas a curar”.*

*D: ¿ Y qué te hizo?*

*R: Nada me sacó unos huevos, así de muerto, y como una especie de gusanitos. Me los enseñó que se movían así! Y le digo: “¿ y eso tenía yo?” Y me dice: “sí”. De ahí ya me curé. De esta enfermedad los doctores no saben, para ellos yo no tenía nada, porque no veían nada adentro de la sangre y de las análisis que me sacaron. Las enfermedades de maldad no se veen en las análisis. Así los doctores se creen que tu estás bien. Pero, si el viejo no me iba a veer, yo estoy segura que me iba a morir. (Intervista del 5/11/2009)*

Sembra quindi accolta anche dai nativi l’opposizione duale di queste categorie di mali. Nonostante ciò, le malattie di Dio, nel contesto di Naupan, inglobano categorie di mali curati tanto nell’ambito familiare, quanto da specialisti locali (tra cui massaggiatori, conciaossa, erboristi, levatrici), dal “doctor” di formazione biomedica o anche da terapeuti rituali che, solitamente riservati alla cura dei mali spirituali, rivendicano e attuano la loro capacità di intervento anche per mali di origine “naturale” (come ad esempio il diabete e “il mal di cuore”). I concetti di naturale e di spirituale non si connotano, quindi, come netto spartiacque tra l’ambito scientifico e quello tradizionale, nel senso riduttivo sopra riportato, ma al contrario si coniugano convivendo all’interno di uno stesso caso di malattia, all’interno dei saperi di uno stesso terapeuta e all’interno di uno stesso percorso terapeutico. Il mal di pancia di un bambino è sì naturale, quindi curabile anche con i medicinali prescritti dal *doctor*, ma è allo stesso tempo determinato da un’azione provocata da un *espíritu*, che ha di conseguenza causato lo spostamento degli organi alla radice del dolore alla pancia. Proprio in relazione a quello che Andrés Zempléni<sup>3</sup> chiama “polivalenza eziologica”, in questo caso la diagnosi e la terapia chiameranno in causa sia la cura dell’ambito naturale che quella dell’ambito morale e mistico. Già molti studiosi, tra cui Andrés Zempléni - Nicole Sindzingre<sup>4</sup> e Gilles Bibeau<sup>5</sup>, hanno dimostrato come spesso nell’universo della malattia e nell’operazione di ricerca

di senso che caratterizza i momenti delle crisi vitali, si combinino insieme cause empiriche (il come ci si ammala e il chi ha inviato il malanno) con la dimensione morale e simbolica (il perché si subisce un determinato male). Non è possibile individuare “confini netti che permettano di circoscrivere una determinata categoria nosologica come entità discreta, al contrario ognuna di queste categorie presenta una zona d’ombra, elementi contraddittori e anche di sovrapposizione con altre categorie”<sup>6</sup>. Essendo il percorso terapeutico costituito anche da fallimenti, genera sovente nuovi orientamenti e reinterpretazioni dello stato patologico che portano a un continuo slittamento tra le differenti categorie diagnostiche, impedendo così all’osservatore di classificare in maniera rigida le categorie dei mali. L’azione di slittamento infatti include non solo il processo di traduzione della malattia, ma anche il ricorso a “pratiche della guarigione” che all’interno di uno stesso caso di malattia possono includere quelle rituali, quelle erboristiche così come quelle biomediche. *È quindi tramite il paradigma della flessibilità che, durante la ricerca etnografica, sono state guardate le classificazioni dei mali che affliggono la popolazione di Naupan.*

Dunque, utilizzando la distinzione tra le categorie nosologiche locali o tradizionali e quelle biomediche, mi riferirò ad entrambe secondo i principi flessibili sopra indicati, tenendo però sempre presente l’assoluta pregnanza che, nell’attribuzione e nella ricerca del “senso del male”, hanno ancora e soprattutto le cornici concettuali che si iscrivono nella sfera del tradizionale.

### *Il sistema medico di Naupan e gli specialisti terapeutici locali*

Le pratiche terapeutiche nahua corrispondono ognuna a diversi tipi di cause della malattia e combinano al loro interno una varietà di risorse e di tecniche, che comprendono dai rimedi a base di erbe o prodotti farmacologici (anche di tipo allopatico) alle diverse forme di manipolazione del corpo, fino a rituali e a particolari forme di pre-

ghiera. Generalmente questo tipo di terapie sono combinate in un'azione sinergica in relazione alla natura e alla gravità della malattia. Come nella maggior parte delle società, molti dei disturbi sono trattati all'interno dello spazio domestico come conseguenza della capillare distribuzione del sapere medico tradizionale tra la popolazione. Tale diffusione a livello "popolare" è determinata dal facile accesso allo *status* di terapeuta anche da parte di profani, senza che debbano sottoporsi a un preciso iter iniziatico. Ciò non toglie che l'investitura della figura di terapeuta dipenda sempre dall'assunzione di uno *status* che porta con sé il segno della sanzione ufficiale della comunità. Nella maggior parte dei casi, a Naupan lo statuto di terapeuta si basa sulla dotazione di qualità particolari e non sull'accumulo di un vasto e sistematico *corpus* di conoscenze. A convalidare ciò alcune trattazioni antropologiche riportano di testimonianze di individui che, pur non compiendo nessun passo verso la professione di terapeuta e anzi rifuggendola, si sono visti imporre da terzi, in molti casi dalla volontà divina, l'accettazione di quella che è avvertita come una grande responsabilità e un peso. È dunque assente una regolamentazione istituzionale del sapere terapeutico e l'unica condizione che, prima dell'avvenuto riconoscimento sociale, determina l'appartenenza al gruppo degli specialisti terapeutici è l'autorizzazione da parte di Dio, generalmente tramite segni sovranaturali, quali sogni, malattie e visioni. Questa sorta di elettività divina a Naupan viene espressa con la formula linguistica che indica il ricevimento da parte del terapeuta del "*don de Dios*". La connessione della terapeutica tradizionale con il mondo extraumano – o più semplicemente il suo carattere mistico – si esplica anche nelle pratiche terapeutiche in cui sono incluse esclusivamente azioni di tipo meccanico: la potenzialità curativa e la guarigione sono sempre affidate e guidate dalla volontà divina. In tal senso l'interrelazione tra mondo naturale e mondo spirituale è indubbia e per tale ragione basare una classificazione delle diverse specialità terapeutiche su tale contrapposizione sarebbe del tutto

riduttivo perché ignorerebbe la sovrapposizione tra cure empiriche e rituali. Per una migliore comprensione del vasto panorama delle risorse terapeutiche tradizionali naupéne può risultare utile procedere a una loro iniziale categorizzazione secondo il modello proposto da Eduardo Menéndez<sup>7</sup> per il contesto yucateco. Egli, infatti, individua diverse tipologie di terapeuti tradizionali a partire dal grado di tecnologia che costoro impiegano nelle loro pratiche mediche: “a) el grupo técnico que incluye a comadronas y yerbateros; tienen habilidades técnicas y elementos mágico-religiosos; b) el grupo casero y/o auto-medicación centrado en general en los roles femeninos, en los cuales, al igual del grupo anterior, las habilidades técnicas tienen una importancia por lo menos equivalente a la eficacia simbólica; c) el grupo religioso que se basa en la eficacia simbólica; d) el grupo mágico que tiene control social y cuya capacidad curativa está también basada en la eficacia simbólica”<sup>8</sup>.

Con tale categorizzazione l'autore, sensibile alla prospettiva durkheimiana che ha guidato la strutturazione e la finalità di analisi, differenzia le diverse specializzazioni dei terapeuti tradizionali indicando sinteticamente il tipo di tecnologia terapeutica adoperata nella pratica da ciascun gruppo. In base a ciò emergono due diverse abilità terapeutiche, quella tecnica e quella simbolica, entrambe integrate con differenti gradi di utilizzo all'interno di tutti e quattro i gruppi identificati. Ma qui, oltre a mettere in luce il carattere di forte sovrapposizione delle tecniche terapeutiche e il loro diverso grado di utilizzo, è utile, per poter differenziare le numerose specialità presenti nel panorama terapeutico tradizionale, integrare la proposta classificatoria di Eduardo Menéndez con il concetto di “arena sociale” attraverso il quale Athur Kleinman<sup>9</sup> struttura la classificazione dei sistemi medici. Kleinman intende con la concezione di “arena” l'organizzazione di “particolari sottosistemi di credenze socialmente legittimate, di aspettative, ruoli, relazioni”<sup>10</sup>, riferite a contesti socialmente legittimati di malattia e cura nell'accezione di “realità cliniche”, contestua-

lizzando ciò all'interno di settori sociopolitici e ideologico-culturali. La strutturazione di questi settori si articola sulla base di tre arene all'interno delle quali, in un contesto di medicina plurale, viene affrontato l'evento malattia: l'arena familiare che "comprende principalmente il contesto familiare [...] ma include anche la rete sociale e le attività della comunità"; l'arena popolare "costituita da specialisti non professionisti"; e infine l'arena professionale, "costituita dalla medicina professionale scientifica [...] e da tradizioni indigene di cura professionalizzate"<sup>11</sup>. Questa ripartizione, però, così come presentata da Kleinman, non risulta essere perfettamente declinabile per quel che concerne le risorse terapeutiche di Naupan. Più precisamente, infatti, sembrerebbe qui necessaria una ripartizione basata su: un settore biomedico (pubblico e privato); uno di automedicazione che comprende rimedi tradizionali o biomedici; e infine uno di medicina tradizionale in cui vengono compresi tutti i diversi specialisti ai quali la comunità riconosce il ruolo di terapeuti.

Dunque, cercando adesso di analizzare più specificamente il ruolo degli operatori della medicina tradizionale a partire da una prospettiva emica, incentrerò la classificazione delle figure degli specialisti tradizionali sullo *statuto di terapeuta* che la comunità di appartenenza riconosce agli specialisti tradizionali. Così, mutuando entrambi gli apporti analitici sopra esplicitati, farò ricorso ad alcune macrocategorie che mi permettano di includere al loro interno le diverse specializzazioni dei terapeuti tradizionali in base (a) al grado di tecnologie che essi adoperano, aggiungendo nella classificazione anche altri parametri che tengano in considerazione (b) della quantità di malattie che sono in grado di curare, (c) del grado e della frequenza del guadagno ricavato dalle attività terapeutiche e infine (d) della reputazione e del riconoscimento dentro e fuori i confini municipali. Attraverso questi quattro parametri di categorizzazione vengono implicitamente integrati nell'analisi sia i diversi costrutti culturali della malattia quale esperienza appresa e sancita socialmente sia la

costruzione dei criteri valutativi riguardo alle scelte terapeutiche che guidano il malato tra le pratiche e gli operatori di cura tradizionali. Pertanto, nell'economia di questo discorso, ho scelto di articolare il contesto terapeutico tradizionale *naupeño* in quattro macrocategorie:

1. Il termine “professionale” si riferisce a tutti i terapeuti che hanno seguito (o subito) un particolare percorso nell'acquisizione del loro sapere; che praticano la cura secondo un'ampia gamma di categorie diagnostiche attraverso le diversificate tecniche terapeutiche; il cui statuto di specialista è riconosciuto dall'intera comunità di appartenenza (anche fuori dai confini municipali); che pretendono una qualche forma di remunerazione; che hanno adibito uno spazio professionale (anche se sempre all'interno della propria abitazione) in cui svolgere la pratica terapeutica.
2. La definizione “semi-professionale” è la categoria che incorpora i terapeuti il cui percorso professionale è piuttosto incerto, privo di segnali o di condizioni che ne abbiano sancito lo statuto di terapeuta, che quindi hanno acquisito il sapere relativo alle cure e alle malattie in maniera “informale”: sono terapeuti che possono curare solo un numero ristretto di malattie e che praticano le loro cure in luoghi e spazi dove è assente una qualsiasi attenzione al *setting* terapeutico. Il loro guadagno è saltuario e poco consistente e il loro statuto di terapeuta non è legittimato dalla totalità dei membri della comunità di appartenenza.
3. La terza categoria è quella “domestica”, che sta a indicare i terapeuti la cui clientela si limita ai conoscenti stretti e al vicinato; sono in grado di curare esclusivamente le patologie più comuni, anche se non per questo le meno gravi. In genere infatti possono curare la patologia denominata *mitsixkokua'ke* (malocchio) che in alcuni casi può anche essere mortale.

Nel gruppo “professionale” sono inclusi coloro che a Naupan in lingua nahuatl vengono denominati *tlapahtiani* (colui che cura)<sup>12</sup>, riferendosi con questo termine a una grande varietà di terapeuti. Le caratteristiche che connotano la loro azione di cura implicano necessariamente pratiche di tipo rituale, di divinazione e di preghiera, ma in alcuni casi anche di tipo empirico, come l’“aggiustamento delle ossa”, il “riposizionamento degli organi” e altro ancora. Sono inoltre in grado di curare alcune delle malattie di derivazione nosologico-biomedica, anche se, secondo la dichiarazione di molti dei terapeuti con cui ho dialogato, per quel tipo di malattie l’intervento da parte di un terapeuta tradizionale è possibile solo quando esse si trovino in uno stadio iniziale e cioè quando non siano degenerate in una patologia grave, in tal caso curabile solo attraverso le risorse biomediche. Questo tipo di specialisti sono spesso chiamati in causa per la cura di patologie causate da entità extraumane, la maggior parte delle volte malefiche. Tra le varie “tecnologie” terapeutiche praticate c’è il rito lustrale della *limpia*, che attraverso l’operazione simbolica di ripulitura dell’infermo è volta a espellere l’entità patogena dal corpo mediante il ricorso a oggetti che assorbano, attraggano e ingrazino tale entità. Va qui menzionata anche un’altra analoga modalità terapeutica che consiste nell’espellere l’agente patogeno succhiando con la bocca la parte in cui è stata localizzata la patologia: è una pratica che contempla l’estrazione dal corpo del malato, dell’“oggetto malattia”, quale può essere un verme, un insetto, un sasso, un vetro introdotto magicamente all’interno dell’organismo della vittima. Va infine ricordato lo strumento della divinazione, tramite cui il terapeuta dialoga con le entità extraumane (*Dios, santos, dueños*) al fine di effettuare la giusta diagnosi e di proporre la cura più appropriata. Questa potrà poi contemplare lo strumento delle offerte e l’uso di suppliche rivolte generalmente ai santi cattolici ma anche ad altri enti appartenenti al mondo extraumano.

Al *tlaphatiani* è generalmente attribuita una forza spirituale molto elevata: come si usa dire a Naupan in riferimento a tale figura, essa ha

il “cuore forte”, *yolchikauul*. E proprio riguardo alla forza spirituale, o più propriamente alla forza animica, va aggiunto che alcuni terapeuti sono in grado di proiettare al di fuori di sé una delle componenti immateriali, il *tonal*, costituenti la persona. Possedere queste due qualità è essenziale per specialisti che, come in questo caso, sono chiamati in causa per curare patologie in cui sono implicate entità dannose extraumane, in particolare entità maligne come gli *a'mo quale yeyekame*. Una categoria a parte, ma che è spesso nascostamente integrata nelle figure terapeutiche che ho inscritto all'interno del macrogruppo “professionale”, è il terapeuta denominato *tetlachiuan* (fattucchiere, stregone), che oltre a curare è anche propenso a usare le forze e le entità extraumane per determinare gravi stati patologici in una vittima designata. Infine, all'interno di questo raggruppamento si distingue la figura terapeutica delle levatrici, che marca l'esclusiva presenza femminile nell'ambito della gravidanza e del parto.

Dunque come è evidente, l'azione dello specialista rituale che qui ho definito con il termine generico del *tlaphatiani*, comprende un vasto insieme di pratiche rivolte alla cura di diversi tipi di patologie. Egli rivendica, infatti, la capacità di curare le classi di malattie sia di grave sia di lieve entità, a seconda delle quali privilegerà l'utilizzo di complessi rituali terapeutici oppure la semplice somministrazione di erbe medicinali (anche medicinali allopatrici). L'intero complesso di patologie verso cui tali specialisti operano sono distinte in due principali macrocategorie: *kokolistle Dios* (malattie di Dio) e *kokolistle Maldad* (malattie da fattura).

Il secondo gruppo “semi-professionale”, invece, si differenziano dal gruppo dei “professionisti” principalmente per la minore quantità di malattie che essi dichiarano di saper curare. Sono infatti escluse dalle loro azioni terapeutiche tutte le malattie che sono connesse con gli *a'mo quale yeyecame*, quindi più semplicemente tutte le patologie relazionate al Male inteso, in senso cattolico, come forza rigorosamente opposta e inferiore a Dio. Ciò non esclude che anche costoro,

come il gruppo dei “professionisti”, agiscono tramite pratiche terapeutiche di tipo rituale oltre che per mezzo di attività meramente empiriche come la somministrazione farmacologica o la manipolazione del corpo dell’infermo. Dunque anche in tal caso, la tipologia di cura degli specialisti terapeutici include patologie la cui eziologia è rintracciabile a livello sia “spirituale” che “naturale”.

Il terzo gruppo definisce con il termine “familiare” tutti i terapeuti la cui pratica di cura è limitata a poche categorie diagnostiche e il cui *status* è riconosciuto solo da una cerchia ristretta della comunità. Tra gli specialisti terapeutici appartenenti a questo gruppo sono inclusi anche gli attori sociali che praticano alcune delle cure di provenienza biomedica quali le iniezioni di antibiotici o di antidolorifici. Vengono dunque consultati all’interno della comunità per azioni tecniche di somministrazione di farmaci iniettabili, ma non viene loro riconosciuta l’attitudine di diagnosticare patologie o di prescrivere cure biomediche. Al contrario sono invece spesso interpellati per quel che concerne la prescrizione di rimedi di tipo erboristico.

Nel descrivere le tre grandi categorie di terapeuti tradizionali ho volutamente tralasciato di fare riferimento alle specifiche denominazioni con cui di consueto si identificano le diverse professionalità (*curanderos/as, brujos/as, parteras, hueseros/as, sobadores, hierberos/as*) perché non sempre corrispondono a una netta differenziazione nella pratica terapeutica, dove le mansioni dei guaritori della medicina tradizionale mostrano intersezioni considerevoli.

A parte, si colloca la figura degli operatori biomedici che contribuisce a formare il ricco campo delle terapie di Naupan di cui vanno segnalate due tipologie di base:

- a. Gli operatori biomedici pubblici, medici di base, infermiere e promotori sanitari tutti generalmente di provenienza esterna alla comunità. A loro la popolazione attribuisce la funzione di curare diversi tipi di patologie, escluse però

quelle in cui sono coinvolte le entità extraumane. La figura dell'operatore biomedico è molto spesso interpellata solamente quando lo stadio di malattia dell'infermo abbia raggiunto un grado di pericolosità preoccupante.

- b. Gli operatori biomedici privati, comprendono medici di base e personale non specializzato responsabile della vendita di farmaci.

Entrambe le tipologie di operatori biomedici (pubblici e privati) godono all'interno della comunità di un alto grado di riconoscimento professionale e, nonostante vengono percepite come figure esterne all'orizzonte culturale medico locale, sono spesso consultate soprattutto per quel che concerne la salute dei bambini.

In relazione alla convivenza tra figure professionali mediche differenti tra loro, il ruolo che la terapeutica tradizionale svolge all'interno del campo medico plurale di Naupan è piuttosto complesso e certamente una sua corretta analisi non è esauribile attraverso un'osservazione etnografica che, come nel mio caso, ne ha indagato la funzione solo per quel che concerne la definizione delle diverse categorie diagnostiche.

A questo punto del discorso, si rende utile, però, prendere in considerazione il concetto di itinerario terapeutico che designa l'individuazione dei soggetti cui pare opportuno rivolgersi per un efficace dialogo operativo intorno al proprio disturbo e i percorsi di guarigione, talora assai estesi, che ne conseguono. La negoziazione tra pratiche e saperi è direttamente messa in atto dagli attori sociali; come la ricerca etnografica tenta in genere di ricostruire, ciò si traduce nel riconoscimento di molteplici itinerari terapeutici guidati dalla "ricerca di senso" e dalla "ricerca di aiuto" e prodotti dalla consapevolezza della compresenza, in un dato contesto, di risorse diversificate e di varie figure di terapeuti, svolgenti funzioni diverse in luoghi diversi. Il processo di decisione dell'itinerario terapeutico si origina nello

spazio intimo di scambio informale e quotidiano di rassicurazioni, informazioni e consigli, generato dalla comunicazione fra il soggetto sofferente e le persone o le istituzioni a lui più vicine. A Naupan si apre qui uno scenario plurale in cui l'itinerario terapeutico di ogni soggetto può individuare un percorso indirizzato alla biomedicina, alla medicina tradizionale, alla religione o molto spesso il ricorso simultaneo a più e diverse risorse materiali e simboliche. Nel considerare i movimenti a volte tortuosi o apparentemente contraddittori che l'infermo e la sua famiglia mette in atto per fronteggiare l'evento malattia va inoltre preso in considerazione il tema – per niente secondario – del tipo di accessibilità alle varie risorse terapeutiche presenti in un determinato territorio. In tal senso la medicina tradizionale è l'unica risorsa realmente accessibile sia dal punto di vista economico, per i costi ridotti che richiede, sia perché per la popolazione di Naupan è l'unica a garantire sul territorio municipale soccorso in qualsiasi momento del giorno e della notte.

Diversi sono i fattori che concorrono nella costruzione di ogni itinerario terapeutico. John Young<sup>13</sup> (1981), attraverso studi etnografici sulla scelta delle risorse mediche in Messico, ha proposto alcuni parametri per analizzare il processo di selezione e costruzione dei percorsi terapeutici all'interno della popolazione. Egli indica come fondamentali: 1) *La percezione della gravità della malattia*. Questa categoria include sia la percezione individuale sia la considerazione del livello di gravità della malattia da parte della rete sociale a cui appartiene l'infermo. 2) *La possibile conoscenza di un trattamento da adottare in ambito familiare*. Ad esempio, quando il nucleo domestico è in grado di proporre da sé il trattamento per superare la malattia, la ricerca esterna di rimedi terapeutici verrà inizialmente scartata. 3) *La fede nel rimedio*. Questa componente incorpora la convinzione e la valutazione, sia individuale che del gruppo domestico, da un lato di considerare l'efficacia di un determinato trattamento per affrontare la malattia presentatasi e dall'altro di riconoscere a chi sommi-

nistra tale trattamento la capacità di proporre un'azione terapeutica adeguata al tipo di malessere di cui si è portatori. 4) *L'accessibilità alle cure*. In ciò si comprende la valutazione da parte del nucleo familiare del costo dei servizi medici e della disponibilità di tali servizi anche a seconda della loro collocazione territoriale.

Oltre a tali fattori, che contribuiscono alla costruzione dei percorsi terapeutici in un contesto culturale di medicina plurale, è utile ricordare che la malattia, essendo vissuta come un fatto sociale, determina di conseguenza un processo di ricerca delle cause sia come percorso individuale e collettivo – coinvolgente agenti diversi, entità materiali o extraumane – sia come momento di risoluzione dei conflitti, richiedendo pertanto l'azione di un mediatore specializzato.

A Naupan lo statuto attribuito agli operatori biomedici non è stimato da meno di quello dei medici tradizionali. Ciò comporta che spesso vengano interpellati entrambi i tipi di specialisti per la risoluzione dello stesso male, dunque, all'interno di un unico percorso terapeutico. Quest'ultimo fattore non solo evidenzia la natura "interdigitativa" delle categorie diagnostiche e quindi delle pratiche di cura, ma può anche essere letto come risposta a una situazione conflittuale tra due modelli medici che forse sono oggi entrambi privi di forza e di coerenza interna. Da un lato, infatti, la biomedicina è presente sul territorio municipale, ma sprovvista dei presupposti strutturali di cui necessiterebbe per una sua piena funzionalità (personale medico, apparecchiature, rifornimento di medicinali e molto altro), dall'altro, di fronte ai suoi evidenti successi nella cura di malattie infettive ed epidemiche, insieme all'accettazione, anche se parziale, della farmacopea allopatrica tra la popolazione, il ruolo dei terapeuti locali risulta in parte compromesso.

*L'autocura come luogo di negoziazione tra modelli medici differenti*

La pluralità dei saperi che entrano in gioco in relazione ai problemi di salute e di malattia si rende maggiormente evidente nella sfera

domestica. È proprio nella casa e nei suoi dintorni, infatti, che immediatamente si affrontano gli episodi di malattia e che si mettono in pratica quelle *abitudini* riguardanti la gestione dello stato di salute, complessivamente identificati con il termine “autocura”.

Il concetto di autocura, o meglio di *autoatención* (nell’antropologia medica messicana ma anche latinoamericana e iberica), designa quel processo del tutto interno alla dimensione individuale, familiare e comunitaria, che viene attivato dai membri di un determinato gruppo domestico per fronteggiare eventi negativi avvertiti come rischiosi per la propria salute, ancor prima che abbia luogo il ricorso ad un qualsiasi professionista medico. Ciò che Tullio Seppilli ha suggerito di definire “gestione domestica della salute” si configura nell’osservazione antropologica come il campo in cui l’insieme dei saperi, delle rappresentazioni, delle pratiche e dei sistemi tecnici e simbolici opera di fronte ad un qualsiasi stato patologico. Tale insieme di saperi e pratiche (a Naupan come altrove) non appare costituito solamente da una recente e piuttosto complessa interazione tra modelli medici tradizionali e biomedici, ma si correla anche con tutti quei diversi orizzonti medici che hanno interagito con la comunità nel complesso percorso storico che la caratterizza. Ciò è ben evidente nell’azione pratica, dove un’eterogenea rete di risposte si apre di fronte alla domanda di cura e di guarigione del sofferente. A Naupan le risposte per la presa in carico della sofferenza individuale e collettiva possono essere fornite: dall’assetto regolato dell’istituzione sanitaria biomedica, che conferisce a specifici operatori l’autorità di eseguire azioni di cura e prevenzione; dai differenti specialisti terapeutici tradizionali; dagli operatori religiosi, che tramite gli strumenti cattolici del battesimo e dell’esorcismo si adoperano in importanti processi di guarigione; dai venditori ambulanti di rimedi erboristici; dagli operatori immateriali del culto dei santi o dei pellegrinaggi, a cui sono finalizzate richieste di guarigioni miracolose; dai mezzi multimediali, in particolar modo la televisione, attraverso cui vengo-

no rappresentate molte delle diverse forme terapeutiche possibili (da quelle religiose a quelle biomediche). Frazioni di sapere derivanti da tutte queste “risposte” terapeutiche, reinterpretate e assimilate, si inseriscono nel campo dell’autocura, determinandone così il carattere *dialettico* e di negoziazione che la caratterizza. Il *therapy management group* fa riferimento al gruppo di individui più vicini al malato i quali, in maniera formale o informale, si fanno carico della gestione della malattia fino alla sua risoluzione. Tale gruppo, attraverso una serie di iniziali considerazioni sulla natura del male, incide nelle decisioni inerenti la scelta del percorso terapeutico e continua ad essere presente nelle successive risoluzioni da intraprendere durante tutto il processo di guarigione. Nella dimensione dell’autocura si individua dunque uno spazio di contrattazione in cui i vari soggetti sociali coinvolti operano una continua negoziazione delle nozioni di corpo, salute e malattia, tramite la ricerca delle cause, la comprensione dei significati e la formulazione espressiva del racconto di un determinato male. Tale spazio è quindi connotato da confini fluidi, che connettono tra loro i differenti modelli cognitivi e tecnico-operativi dei diversi orizzonti medici.

Per semplificare, nel panorama plurale della medicina a Naupan è possibile distinguere due orizzonti culturali dominanti, i quali racchiudono la complessa articolazione di quei differenti modelli cognitivi a cui ho fatto riferimento poco sopra. Una tale semplificazione, di finalità esclusivamente euristica, vedrebbe allora rappresentate la biomedicina e la medicina tradizionale come due insiemi di risorse distinti e in opposizione tra loro. Nella rappresentazione locale questa opposizione viene espressa attraverso l’associazione del carattere *químico*, in riferimento a ciò che è “moderno” ed esterno alla comunità, e del carattere *natural*, riferito invece a ciò che è frutto delle conoscenze e delle pratiche “tradizionali” interne alla zona rurale del Municipio di Naupan. In un certo senso tale distinzione si basa sulla percezione di estraneità dei prodotti della modernità, quali farmaci

allopatrici, vaccini, fertilizzanti e altri strumenti impiegati per la cura di esseri animali, umani e vegetali, connessi all'idea di un mondo urbano appena al di fuori dei confini municipali. L'opposizione tra universo medico tradizionale e moderno ricalca quella più propriamente emica tra mondo rurale e mondo urbano. Molti degli interlocutori intervistati denunciano la pericolosità di ciò che, proveniente dai "confini esterni" della comunità, contamina il corpo individuale e dunque le "linee interne" del corpo sociale.

*R: Usted puede comprar aquí en la plaza [de Naupan], como la carne de pollo que es de aquí y si usted compra en Huauchinango es diferente y la de aquí es de como lo alimenta con maíz natural, no tiene nada [...] por ejemplo como si yo compro un pollo de granja con vacunas por vitaminas por alimento ya viene contaminado, todo lleno. Cuando compro el pollo y lo pongo a hervir sale todo ese veneno, entonces el caldo esta bien amarillo, entonces, como le digo, sale sucio y hay que tirarlo.*

*D: ¿No se puede tomar el caldo, pero...?*

*R: No se puede porque tiene veneno, entonces ya tiene química, entonces, si le aplicaron la vacuna a mí me va a afectar el cuerpo con esa vacuna. (Entrevista del 03/02/2010)*

In questo scorcio di intervista, l'interlocutore descrive la differenza tra alimenti naturali – in questo caso animali – prodotti nella zona rurale di Naupan (*rancherías*), in contrapposizione con alimenti provenienti da Huauchinango (il centro urbano confinante con il Municipio di Naupan), di cui egli denuncia la caratteristica nociva determinata dalla contaminazione della carne con prodotti chimici somministrati agli animali dagli allevatori. Questa rappresentazione della separazione tra confini interni ed esterni rispetto alla comunità viene costantemente riferita anche alla sfera più strettamente medica. Naturalmente queste differenziazioni non corrispondono ad un'effettiva separazione territoriale, bensì a "luoghi sociali" di carattere simbolico. Un esempio è costituito dal fatto che i rimedi erboristici venduti nei negozi omeopatici della città di Huauchinango siano

anch'essi considerati naturali e dunque non nocivi, nonostante non se ne conosca la provenienza e la lavorazione. Si tratta quindi di confini che distinguono il familiarmente conosciuto da ciò che è distante, misterioso e per questo nocivo. Così che sarebbe possibile riferire la distinzione tra medicina tradizionale e biomedicina non tanto a ciò che è rispettivamente “naturale” o “chimico,” ma piuttosto a ciò che viene riconosciuto come affine ai fondamenti cosmologici locali e a ciò che non lo è. A Naupan, e soprattutto tra le persone anziane, è consueto sentir parlare di un processo di contaminazione del corpo e dell'ecosistema avviato con l'istallazione delle strutture biomediche e ormai radicato all'interno della comunità: “*antes no había contaminación*”. La linea di demarcazione temporale che distingue uno scenario “puro” da uno contaminato risale, nella memoria collettiva, al trentennio passato, che vede nel 1980 (*Diagnóstico Situacional – Estado De Puebla 2010*) la comparsa del primo operatore biomedico come figura stabile all'interno della comunità e, da quel momento in poi, l'ingresso progressivo all'interno della comunità di prodotti medici “chimici” sotto forma di farmaci allopatici.

Dunque è in quest'ottica focalizzata sui confini di familiarità e di estraneità che ho qui guardato alla medicina tradizionale, includendo all'interno di questo concetto tutte le pratiche e i saperi percepiti dai nativi in una prospettiva di coerenza interna. Una coerenza che non viene attribuita solamente ai saperi omeopatici, come ho accennato poco sopra, ma che rende familiari anche molte delle nozioni biomediche che, nel corso degli anni, sono state interpretate e gradualmente assimilate. Nonostante la confidenza oramai raggiunta dalla popolazione del Municipio di Naupan con i concetti e le pratiche biomedici, dalla trattazione dei dati etnografici risulterà evidente quanto l'adattamento ad una dimensione cognitiva “familiare” abbia trasformato le nozioni biomediche “esterne” in costrutti saldamente integrati con la logica locale “interna”.

In questo caso si può parlare di un processo in cui – come avvenne già ai tempi della Conquista – saperi differenti vengono adattati a una determinata visione cosmologica e, dunque, inseriti nelle griglie interpretative dei nativi.

L'autocura, quindi, quale spazio privilegiato di contrasto ed elaborazione della malattia, è il luogo principale in cui ha origine qualsiasi processo di ibridazione. In ogni nucleo familiare, all'interno dei confini domestici, coesistono strumenti terapeutici di diversa natura che includono, a partire dagli ampi assortimenti di piante medicinali, la presenza immancabile di medicine allopatriche, in particolar modo a base di paracetamolo. Nonostante i fraintendimenti che possono sorgere dall'associazione di concetti e pratiche solo apparentemente simili e omogenei, in molti casi essi non sembrano vanificare minimamente l'azione terapeutica complessiva.

Dopo aver fatto riferimento alle dinamiche di ibridazione dei diversi orizzonti culturali medici, risulta ora chiaro che tale processo di acquisizione dei concetti biomedici non possa essere certo considerato un fenomeno del tutto spontaneo. Come sostiene Gonzalo Aguirre Beltrán<sup>14</sup>, il modello biomedico, divenuto progressivamente dominante tramite un processo di egemonizzazione delle pratiche e delle rappresentazioni mediche, ha generato la conseguente subordinazione dei saperi medici tradizionali. Attraverso un paradigma di analisi sensibile ai rapporti di forza presenti all'interno del sistema medico di Naupan, mi avvalgo qui della classificazione che Menéndez propone a partire dal concetto di *modelos médicos*. L'antropologo argentino definisce modelli medici “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curanderos (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”<sup>15</sup>. La definizione di “modello medico” – così come proposta da Menéndez – rappresenta un utile strumento

metodologico per analizzare le molteplici relazioni e i complessi rapporti di forza che intercorrono tra questi diversi modelli di attenzione alla salute così come emergono dall'osservazione etnografica. Sulla scorta di questa categoria è possibile declinare il sistema medico di Naupan attraverso una classificazione tripartita che vede: a) la biomedicina come modello medico egemonico; b) la medicina tradizionale, così come la medicina omeopatica e altre medicine non allopatiche, come modello medico subordinato; c) e, infine, il modello medico basato sull'autocura definita come la prima tra le risorse terapeutiche a cui si fa riferimento all'interno dell'unità domestico-familiare.

A partire da questa premessa, il modello dell'autocura esprime tali relazioni di egemonia e subalternità attraverso una combinazione dinamica (ma anche diseguale) di elementi biomedici e tradizionali, all'interno della quale è possibile riconoscere processi di complementarità, di sintesi e di conflitto. Il processo di egemonizzazione operato dal modello biomedico deve essere analizzato alla luce del contesto sociale ed economico della zona di studio, e dunque va posto in relazione con il progressivo e crescente contatto che la popolazione intrattiene con i servizi biomedici di salute, così come con il continuo bombardamento mediatico che ne pubblicizza strumenti (farmaci allopatici), attività (campagne di vaccinazione e di prevenzione) e conoscenze (prevenzione e cura delle malattie più diffuse). Tale egemonia della biomedicina è legittimata da un lato in termini tecnici, a partire dalla maggiore efficacia presunta o dimostrata nella risoluzione dei principali problemi di salute che affliggono la popolazione, e dall'altro in termini ideologici, attraverso la rifunzionalizzazione e la subordinazione che il modello biomedico opera verso i saperi medici tradizionali. Un'analisi del fenomeno di diffusione della biomedicina nel contesto indigeno *naupeño* – tanto a livello tecnico che ideologico –, permette, indagando le relazioni sussistenti con il concetto di egemonia, di guardare alle categorie nosologiche locali e all'incorporazione di concetti biomedici attraverso una prospettiva critica

che problematizzi la gerarchizzazione delle categorie su cui si basa il processo di ibridazione. Già Aguirre Beltrán<sup>16</sup>, ponendo l'accento sul lungo processo gerarchico di produzione ideologica nel campo della medicina, conìò la definizione di "medicina duale" in riferimento alla situazione sanitaria messicana attuale alla luce della asimmetria di beni e servizi, rintracciando le analogie sussistenti con il processo che investì la medicina in Messico durante l'epoca coloniale: "hay desde la temprana época colonial, una medicina para los opulentos y otra medicina para los indigentes"<sup>17</sup>. Consapevole della complessità della dimensione su cui si fonda la costruzione delle categorie diagnostiche e dei percorsi terapeutici plurali è necessario avvalersi, nel parlare del sistema medico di Naupan, del concetto di "campo delle terapie". L'adozione della nozione di "campo" – che nella prospettiva bourdieuana si presenta come dotato di una struttura gerarchica articolata sulla base di posizioni dominanti e dominate – offre la possibilità di sottintendere la dimensione dei rapporti di forza tra differenti orizzonti culturali medici, determinante nella percezione e nell'elaborazione individuale e collettiva di ogni singolo itinerario terapeutico.

#### BIBLIOGRAFIA E NOTE

##### Bibliografia Generale

L'indagine etnografica svolta nel Municipio di Naupan (da ottobre 2009 a marzo 2010), nell'ambito delle attività della Missione Etnologica Italiana in Messico, ha fruito del supporto dell'antropologa Lourdes Baez Cubero – *Curadora de la Sala Nahua del Museo Nacional de Antropología* – e del sostegno dell'Università di Roma "La Sapienza".

La metodologia adottata nel corso della ricerca include la combinazione di diversi strumenti antropologici fra cui l'osservazione partecipante e le interviste in profondità, strutturate e semi-strutturate, volte raccogliere i punti di vista dei diversi attori sociali. Si è scelto di collocare nel presente contributo gli stralci delle diverse interviste al fine di permettere la ricostruzione della cornice delle dinamiche sociali di cui l'indagine, insieme alle narrazioni degli interlocutori, è frutto. Ciò ha permesso di amalgamare lo studio sugli enunciati esplicativi dei singoli individui.

- AGUIRRE BELTÁN G., *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*, México, Fondo de Cultura Económica. 1994.
- BAEZ CUBERO L., *Saberes prácticos y actos rituales. Nahuas de la Sierra Norte de Puebla*, Tesi di dottorato in Antropologia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia. 2009.
- BENEDUCE R. *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, Torino, L'Harmattan Italia. 1997.
- BIBEAU G., *A System Approach to Ngbandi Medicine*. In: P. S. YODER, *African Health and Healing Systems: Proceedings of a Symposium*, Los Angeles, Crossroad Press 1982, pp. 43-84.
- FOSTER G. M., *Hippocrates Latin American Legacy, Umoral Medicine in the New World*, Amsterdam, Gordon and Breach Science Publishers. 1994.
- KLEINMAN A., *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*. In: QUARANTA I., *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2006, pp. 5-30.
- MENÉNDEZ E., *Poder, estratificación y salud. Analisis de las condiciones sociales y economicas de la enfermedad en Yucatán*, Tlalpan, México, Ediciones de la Casa Chata. 1981.
- SCHIRRIPA P., VULPIANI P., *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Lecce, Argo. 2000.
- SEPPILLI T., *Antropologia Medica: fondamenti per una strategia*, Rivista della Società italiana di antropologia medica (AM), 1996:1-2: 7-22.
- SINDZINGRE N., *La necessità del senso: la spiegazione della sventura presso i Senufo*. In: AUGÉ M., HERZLICH C., *Il senso del male*, Milano, Il Saggiatore, 1993.
- SINDZINGRE N., ZEMPLÉNI A., *Modèles et pragmatique, activation et répétition. Réflexion sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire*, Social Science & Medicine, 1981: 3: 279-293.
- YOUNG J. C., *Medical Choice in a Mexican Village*, Rutgers University Press, New Brunswick. 1981.
- ZEMPLÉNI A., *La maladie et ses causes*, Ethnographie. 1985.

1. BENEDUCE R., *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*. Torino, L'Harmattan Italia. 1997.
2. I programmi governativi che si riferiscono alla valorizzazione delle pratiche terapeutiche tradizionali, di cui qui è solo fatto cenno, sono coinvolti all'interno del più ampio discorso delle politiche sanitarie globali rivolte

### *Itinerari terapeutici plurali*

ai paesi “in via di sviluppo”. Già precedentemente alla conferenza di *Alma Ata* del 1978 (organizzata dall’OMS e dall’UNICEF in Kazakistan) - che vede suggerire una valorizzazione delle medicine tradizionali e una strategia fondata sulla loro integrazione con la biomedicina, per l’attuazione di piani di sviluppo sanitario internazionale - l’Organizzazione Mondiale della Sanità aveva costituito un settore dedicato alla medicina indigena. Ciò aveva comportato l’avviamento di ricerche e di ricognizioni nell’ambito dei saperi e delle pratiche mediche dei paesi non occidentali, al fine di valutare l’opportunità di una loro introduzione nella sanità nazionale. I principi di valutazione messi in atto per l’analisi di piante medicinali o pratiche terapeutiche indigene, sono stati da allora focalizzati sull’individuazione di fattori di efficacia o di nocività, in relazione a standard internazionali stabiliti per la valutazione della qualità dei preparati di erbe o delle tecniche utilizzate dagli specialisti tradizionali.

3. ZEMPLÉNI A., *La maladie et ses causes*. Ethnographie, 1985.
4. SINDZINGRE N., ZEMPLÉNI A., *Modèles et pragmatique, activation et répétition. Réflexion sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d’Ivoire*. Social Science & Medicine. 1981, 3: 279-293.
5. BIBEAU G., *A System Approach to Ngbandi Medicine*. In: YODER P. S., *African Health and Healing Systems: Proceedings of a Symposium*. Los Angeles, Crossroad Press, 1982, pp. 43-84.
6. SCHIRRIPA P., VULPIANI P., *L’ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*. Lecce, Argo, 2000.
7. MENÉNDEZ E., *Poder, estratificación y salud. Analisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Tlalpan, México, Ediciones de la Casa Chata, 1981.
8. MENÉNDEZ, op cit. nota 7, p. 30.
9. KLEINMAN A., *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*. In: QUARANTA I., *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2006, pp. 5-30.
10. KLEINMAN A., op. cit. nota 9, p. 10
11. KLEINMAN A., op. cit. nota 9, p. 12
12. Con la denominazione di *tlapahtiani* a Naupan viene spesso fatto riferimento anche alla figura delle levatrici (*tositsi*), perfettamente integrabili all’interno della categoria dei “professionisti”. Per di più esse rivestono un ruolo fondamentale per quel che concerne il ciclo vitale nella sua totalità: nascita, unione

riproduttiva, morte. In tutto il Messico la figura della levatrice è molto diffusa e per questo è oggetto di politiche di integrazione all'interno del sistema sanitario nazionale. È la diretta responsabile del parto e del momento del puerperio e per tale ragione molte donne durante il concepimento continuano a preferire la sua assistenza rispetto a quella sanitaria biomedica.

13. YOUNG J. C., *Medical Choice in a Mexican Village*, Rutgers University Press, New Brunswick. 1981.
14. AGUIRRE BELTRÁN G., *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*, México, Fondo de Cultura Económica. 1994.
15. MENÉNDEZ E., nota 7, p. 98.
16. AGUIRRE BELTRÁN G., op. cit. nota 14.
17. AGUIRRE BELTRÁN G., op. cit. nota 14, p. 129.

Correspondence should be addressed to:

[silvia.iorio@gmail.com](mailto:silvia.iorio@gmail.com)