

Aspettando il dottore?

*Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico **

Paolo Bartoli

professore associato di antropologia culturale, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia.

1.

Sono davvero molto lontani i tempi in cui Ernesto de Martino, etnologo e militante in un partito politico che intendeva rappresentare i bisogni di emancipazione delle classi popolari, poteva entrare «nelle case dei contadini pugliesi come un “compagno”, [...] che vuol rendersi partecipe, insieme agli uomini incontrati, della fondazione di un mondo migliore» (DE MARTINO E. 1953: 318). A distanza di cinquanta anni da questa esplicita affermazione di impegno politico-culturale della etnografia, molti studiosi che pure riconoscono nel lavoro di de Martino uno dei momenti fondanti della antropologia medica italiana, sembrano aver dimenticato che le sue ricerche sulla medicina popolare delle plebi meridionali non rispondevano a un puro interesse conoscitivo, a un tentativo di sistematizzare credenze e pratiche esotiche o arcaiche e tanto meno a una astratta finalità accademica, bensì «all'esplicito riconoscimento di una passione attuale, congiunta ad un problema vitale della civiltà cui si appartiene, a un nodo della prassi, a uno stimolo della *historia condenda* o delle *res gerendae*» (DE MARTINO E. 1961: 20), a una «originaria motivazione trasformatrice» (DE MARTINO E. 1961: 35). Forse non si tratta di dimenticanza quanto piuttosto della convinzione di doversi realisticamente arrendere al fatto che troppi aspetti della cultura popolare sono morti o stanno morendo «da sé, senza che la coscienza e la ragione ne traggano alcun merito operativo» (DE MARTINO E. 1961: 381), o forse, ancora, i caotici e incoerenti processi di modernizzazione che hanno investito il nostro Paese hanno insegnato a tutti che non è vero, come ottimisticamente pensava de Martino, che «la legge interna della cultura è di procurare la morte del passato attraverso il vivo lume della coscienza e della ragione» (DE MARTINO E. 1961: 381).

Sta di fatto che oggi, come è noto, non ci sono più “compagni” (e se qualcuno ancora ce n’è, è insistentemente invitato a vergognarsene e a pentirsi), né sembrano esserci più proletari o sfruttati (e se qualcuno ancora ce n’è, viene sistematicamente ignorato dal discorso politico) insieme ai quali aspirare a costruire un mondo migliore e più giusto. E intanto la cosiddetta cultura contadina o tradizionale, qualunque cosa essa sia, si è ricoverata e imbalsamata nei vari musei di folklore regionale per essere di tanto in tanto riesumata nei falsi *tableaux vivants* delle feste paesane mentre, per quello che qui interessa più da vicino, la cosiddetta medicina popolare⁽¹⁾ è ormai tutta consegnata e circoscritta ai testi di demoiatría o, al massimo, ai ricordi più o meno nostalgici e frammentari degli anziani. Finalmente, tanto i suoi detrattori che da tempo ne denunciano il carattere superstizioso e la sconcertante inefficacia, quanto i suoi eruditi estimatori possono almeno convergere sul fatto che in ogni caso la medicina popolare oggi, letteralmente, *non fa male a nessuno*: né ai superstiti contadini, che come tutti gli altri ricorrono agli stessi medici e agli stessi ospedali, né, tanto meno, alla trionfante egemonia che la biomedicina, nonostante le allarmate o compiaciute denunce della sua crisi, esercita su tutta la società⁽²⁾.

Sembra anzi che, quanto più è moribonda o morta e dunque inoffensiva, tanto più la medicina popolare è “buona da pensare”; per esempio, nei corsi di formazione destinati ai medici che lavorano nel campo dell’educazione sanitaria o con gli immigrati, può essere utilmente riesumata, senza correre alcun rischio di contaminazione epistemologica, come risorsa didattica per illustrare la pluralità di logiche cognitive e operative nel campo della salute e malattia e per far assumere agli operatori sanitari una “sensibilità antropologica” necessaria per relativizzare il proprio sapere (LOUX F. 1990).

Ma soprattutto la medicina popolare si dimostra “buona da studiare” visto che un certo numero di antropologi italiani – tra i quali posso ascrivermi anche io – si sono iniziati alla antropologia medica proprio attraverso una più o meno intensa esperienza di ricerca sulla medicina popolare delle classi subalterne italiane⁽³⁾. Fondamentalmente, almeno nel mio caso, si è trattato di un lavoro sul *passato*, o meglio su tre suoi diversi supporti o su tre sue diverse rappresentazioni: il passato consegnato nelle carte degli archivi storici locali, che raccontano la tortuosa vicenda della penetrazione della organizzazione sanitaria nelle campagne e del suo progressivo sovrapporsi e contrapporsi alle pratiche e agli stili di vita delle classi contadine; il passato delle credenze e pratiche popolari raccolte e sistematizzate nelle etnografie dei medici folkloristi⁽⁴⁾, e infine il passato rivissuto nella memoria degli anziani informatori. Il tentativo di far dialogare fonti di-

verse e diversi punti di vista sulla medicina popolare risponde a una precisa scelta metodologica che consiste nell'assumere come oggetto di analisi la concretezza e la unitarietà della esperienza degli individui in lotta contro la malattia: in effetti è questo il terreno su cui le pratiche popolari, anche quelle più scandalosamente "superstiziose" o magiche convivono con le procedure della medicina scientifica in un rapporto socialmente e storicamente variabile, irriducibile alle separazioni e alle esclusioni operate sia dai medici che dai folkloristi. Questa prospettiva, peraltro, ha permesso di mettere subito a fuoco alcune delle stesse questioni teorico-metodologiche che si impongono con evidenza tanto più forte nella ricerca sul campo: quali attori sociali "parlano" nei documenti d'archivio e quali invece sono solo raccontati o semplicemente dimenticati? Quanto risultano banalizzate e infine distorte le pratiche di salute delle classi subalterne nelle etnografie dei folkloristi che tendono sistematicamente a ignorare la presenza dei medici condotti nelle campagne e ad accentuare gli aspetti "strani" o "esotici" o addirittura ripugnanti delle pratiche popolari a scapito di altre condivise o accettate dagli stessi medici e pienamente incorporate nella prassi degli attori sociali? Oppure ancora, quante omissioni, rimozioni, reticenze diradano la trama dei ricordi degli anziani informatori? Si potrebbe continuare a lungo con l'elenco delle trappole da evitare, dei vuoti da riempire, dei silenzi da forzare quando si tratta di ricostruire quell'insieme complesso di rappresentazioni e di pratiche che chiamiamo medicina popolare interrogando i documenti e i testimoni di un passato già tutto consumato.

In questa sede, tuttavia, basterà dire che proprio da questo percorso di domande e di tentate risposte mi è stato conveniente e utile prendere le mosse quando mi si è offerta l'occasione di partecipare a una ricerca sul campo in un contesto geograficamente lontano, il Messico, in comunità nelle quali la cosiddetta medicina tradizionale⁽⁵⁾ costituisce nel bene e nel male una risorsa fondamentale per la difesa della salute e la cura delle malattie. E tuttavia il bagaglio di esperienze teoriche acquisito frequentando la medicina popolare italiana, pur prezioso per mettere a fuoco alcuni nodi cruciali della ricerca sul campo, non esonera l'antropologo medico dalla necessità di un radicale ripensamento della sua materia e del rapporto che intrattiene con essa; anzi accade facilmente (o almeno a me è accaduto) che ci si trovi sollecitati o costretti a una profonda riconsiderazione delle proprie prospettive scientifiche e accademiche e perfino esistenziali. Il disorientamento con cui ci si trova all'improvviso a fare i conti non dipende tanto dall'eccitazione del trasferimento dalla biblioteca o dall'archivio storico al mitico *field*, per di più esotico, cui molti antropologi del mio

Paese e della mia generazione hanno acceduto con troppo ritardo; piuttosto si tratta di una specie di smarrimento e al tempo stesso di trepidazione dettati dalla consapevolezza di passare dallo studio di una cultura (la medicina popolare italiana) da tempo “condannata a morire”, allo studio di una cultura che invece chissà per quanto tempo è “condannata a vivere”.

2.

Nel 1997, grazie a un piccolo finanziamento della Università di Perugia, ho iniziato a collaborare a un progetto di ricerca dell'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) del Messico denominato *Actores sociales de la flora medicinal en México*. Si tratta di un progetto interdisciplinare estremamente complesso e di lunga durata, messo a punto e portato avanti dal Centro INAH dello Stato di Morelos, sotto la direzione del medico e antropologo Paul Hersch Martínez, ricercatore presso questo Centro⁽⁶⁾.

Il titolo del progetto ne sintetizza efficacemente la portata e l'oggetto. Da una parte le *piante medicinali*, che in Messico rappresentano una risorsa terapeutica ed economica importante e che sono studiate tanto come organismi vegetali dotati di specifiche caratteristiche biochimiche, quanto come prodotti culturali investiti di senso e radicati nella pratica sociale. Dall'altra parte una pluralità di *attori sociali* che a diverso titolo giocano un ruolo importante nell'attribuzione di significati e nelle modalità d'uso della flora medicinale: le madri di famiglia che vi fanno frequente ricorso nell'ambito della *autoatención*⁽⁷⁾ e della medicina domestica, le diverse figure di terapeuti tradizionali (*curanderos, hueseros, parteras*), i raccoglitori e gli intermediari che ne assicurano la disponibilità e la circolazione sul mercato locale e nazionale (HERSCH MARTÍNEZ P. 1996), e infine anche i rappresentanti della biomedicina, in particolare i membri della Commissione nazionale incaricata della regolamentazione dei farmaci di origine vegetale (HERSCH MARTÍNEZ P. 2003).

Il campo della ricerca è costituito da alcune comunità rurali, con forte presenza indigena, caratterizzate da un alto indice di povertà e di marginalità e dalla insufficienza o inesistenza di alcuni servizi di base come acqua potabile, fognature, raccolta dei rifiuti, assistenza sanitaria, ecc. Per dirla con Bonfill Batalla, si tratta di uno dei tanti tasselli che costituiscono il variegato mosaico del *México profundo*, dove la alterità e la diversità culturale si sono finora tradotte in disuguaglianza sociale e in una relazione asimmetrica di dominazione/subordinazione (BONFILL BATALLA G. 1994).

La metodologia del progetto si ispira ai criteri e presenta le difficoltà della ricerca-azione: la *partecipazione comunitaria* e la *reciprocità* sono intese dal gruppo di ricerca come messa in comune e scambio di conoscenze fra studiosi e attori sociali nativi (madri di famiglia e terapeuti tradizionali) in vista della conservazione e del potenziamento dei saperi e delle pratiche locali di salute. In tale prospettiva l'inserimento del gruppo di ricerca nella comunità è sempre preceduto da una negoziazione degli obiettivi con le autorità municipali e in particolare con la *regiduría de salud* e, quando è possibile, con organismi sociali di base, e cioè con tutte le istanze locali che giocano un qualche ruolo nei processi di gestione e di cambiamento delle condizioni di salute della comunità. In questo senso ci si riferisce alle comunità via via investite dalla ricerca non come a un semplice oggetto dello sguardo dell'antropologo professionale bensì come a una realtà socioculturale abitata dai "padroni del problema" (GREENWOOD D. 2000: 32) in collaborazione con i quali e a vantaggio dei quali la ricerca acquista senso e utilità.

In effetti, le operazioni di ricerca vera e propria si sono frequentemente intrecciate, nel campo, con una serie di incontri e di interventi caratterizzati dal coinvolgimento diretto e attivo degli attori sociali. Le più importanti di queste iniziative si possono così riassumere brevemente e per punti: a) *caminadas botánicas*, escursioni con gruppi di popolazione e con i terapeuti nelle immediate vicinanze della comunità per identificare e raccogliere esemplari di piante usate localmente a scopo medicinale, b) *talleres de capacitación*, incontri di carattere pratico nel corso dei quali vengono messi in comune, sistematizzati e presentati i saperi botanici e terapeutici locali nonché le modalità di preparazione di specifici rimedi, c) incontri periodici fra terapeuti tradizionali operanti nella zona, d) incontri con gruppi di donne in cui vengono discusse le conoscenze eziologiche, diagnostiche e terapeutiche tradizionali e) interventi di educazione sanitaria, f) produzione di opuscoli informativi ed educativi sui temi della prevenzione e della cura delle malattie più frequenti.

La necessaria interdisciplinarietà di un progetto così ampio e complesso è garantita dalla presenza di ricercatori di diversa formazione cui competono le specifiche linee di lavoro in cui è articolata l'indagine: il gruppo di ricerca, che pure nel tempo ha subito alcune variazioni, è così costituito da medici che posseggono anche una formazione accademica in antropologia medica, da agronomi, da biologi e botanici, da storici⁽⁸⁾. In questo gruppo di professionisti, tutti messicani, io mi trovo ad essere l'unico straniero ed anche l'unico con competenze esclusivamente antropologiche; data la distanza geografica dal terreno di ricerca e soprattutto data la scarsità dei mezzi economici a disposizione, la mia partecipazione alla ricerca è ovvia-

mente meno intensa e continuativa di quella dei colleghi messicani e il mio lavoro si è quasi subito orientato verso le concezioni locali di salute e malattia, la *autoatención*, la medicina domestica.

Negli anni la ricerca ha via via investito numerose località, in particolare negli stati di Morelos, Veracruz, Puebla e Guerrero ma di fatto la mia presenza sul campo si è soprattutto realizzata a Ixhuatlán del Café (Veracruz) e, negli ultimi anni, nella comunità di Temalac, municipio di Atenango del Rio (Guerrero), dove, a partire dall'ottobre 1999, si è in gran parte concentrato anche il lavoro degli altri membri dell'équipe.

Non è possibile qui presentare, nemmeno in modo parziale, i risultati di un percorso di ricerca tanto ambizioso, e per di più non ancora concluso; pertanto questo articolo si limita a mettere a fuoco alcune questioni specifiche che, a partire dal minuscolo ma densissimo campo di ricerca costituito dalla comunità di Temalac, si proiettano su problematiche generali di carattere teorico-metodologico connesse alla pratica etnografica in antropologia medica.

3.

Sarà necessario, prima di tutto e per contestualizzare le riflessioni e le analisi che seguiranno, una breve descrizione della comunità nella quale si è realizzato in modo più continuativo e prolungato il lavoro sul campo. Temalac è una piccolissima comunità, lontana da altri centri abitati, e anche dallo stesso capoluogo municipale, Atenango del Rio, con il quale è collegata da una strada in pessime condizioni. Secondo i dati dell'ultimo censimento la popolazione è costituita da circa 1200 individui ma in realtà vi risiedono stabilmente non più di 6-700 abitanti poiché circa la metà sono emigrati nelle località turistiche del Pacifico o negli Stati Uniti (in particolare, North Carolina e Chicago)⁽⁹⁾. La totalità degli adulti sono bilingui, ma numerosi anziani sono in grado di parlare correttamente soltanto il nahuatl⁽¹⁰⁾. La maggioranza della popolazione è analfabeta e vive in condizioni di estrema povertà. Si pratica un'economia di sussistenza basata sulla coltivazione del mais e sul piccolo allevamento. Il vastissimo territorio montuoso che circonda il *pueblo* consente una intensa attività di raccolta di vegetali spontanei in gran parte destinati all'autoconsumo ma che alimentano anche un piccolissimo commercio: si raccolgono infatti, oltre a numerose specie di piante medicinali, legna per cucinare, canna di *otate* per la costruzione di pareti e ripari, foglie di palma per la copertura

dei tetti, per la costruzione di legacci dai molteplici usi e per la produzione di stuoie, *maguey* per la distillazione del *mezcal*, una quantità di frutti e di piante usate a scopo alimentare. L'ubriachezza è molto frequente, anche fra le donne, ma non crea particolari allarmi di ordine etico né sanitario. La disponibilità d'acqua e le condizioni igieniche sono molto carenti: le latrine sono quasi inesistenti e maiali, cani, asini circolano liberamente per le strade depositando grandi quantità di feci.

In questo contesto sono presenti e operanti molti terapeuti tradizionali il cui numero, se rapportato alla popolazione residente, risulta decisamente elevato. Fra *curanderos*, *parteras* e *hueseros* ne sono stati finora individuati almeno una decina, tutti di età piuttosto avanzata, alcuni dei quali godono di un notevole prestigio all'interno della comunità. Anche se, per quanto abbiamo finora potuto constatare, nessuno di loro sembra possedere caratteristiche di tipo sciamanico, i loro saperi e poteri mostrano aspetti di grande arcaicità, riconducibili almeno in parte alla medicina preispanica. Dispongono di vaste e diversificate competenze, sia sul piano empirico delle piante medicinali che su quello simbolico delle orazioni, degli scongiuri, dei rituali, in forza delle quali sono capaci di intervenire su un'ampia gamma di disturbi e di malattie che i medici non riconoscono né sanno trattare. In questo senso, come è dimostrato anche dalla frequenza con cui la popolazione fa ricorso alle loro prestazioni, i terapeuti tradizionali rappresentano una risorsa importante nel sistema medico locale.

Pertanto, dall'analisi degli itinerari terapeutici condotta con una serie di soggetti, risulta che molte persone di Temalac ricorrono anche alle prestazioni di guaritori di altre località (ad esempio del municipio confinante di Copalillo, dove operano specialisti particolarmente apprezzati in tutta la regione), a volte anche molto lontane. E tuttavia sembra che questa risorsa sia destinata a perdere peso e importanza in un prossimo futuro, visto che praticamente la totalità dei terapeuti intervistati lamentano il fatto che non trovano persone giovani interessate ad apprendere i loro saperi e a prepararsi a prendere il loro posto.

Le donne posseggono e tramandano un ricco patrimonio di conoscenze e di pratiche terapeutiche grazie alle quali sono in grado di trattare un gran numero di disturbi, di sofferenze e di malattie, in particolare, ma non soltanto, per quanto riguarda i bambini (per esempio il *daño*⁽¹¹⁾ o le diverse forme di *empacho*)⁽¹²⁾. L'insieme di pratiche empiriche e simboliche che costituiscono il dilatato terreno della *autoatención* domestica e femminile rivestono un ruolo fondamentale, e in certi casi insostituibile, nelle strategie locali di difesa della salute.

La presenza capillare e diffusa della medicina tradizionale nella vita quotidiana della comunità non risulta affatto, agli occhi dei nativi, messa in discussione o minacciata dalla presenza di un *Centro de salud* che da più di dieci anni funziona a Temalac. Si tratta di un servizio di medicina di base che dispone di un ambulatorio per le visite mediche, di un armadio farmaceutico e di una sala parto dove vengono seguite e portate a termine le gravidanze "normali". Vi operano un medico e una infermiera che non risiedono stabilmente nella comunità e sono presenti soltanto quattro giorni alla settimana, dal lunedì pomeriggio al venerdì mattina. Negli altri giorni le persone che hanno bisogno di un intervento medico urgente sono costrette ad aspettare il rientro degli operatori o, se hanno risorse economiche sufficienti per pagare il passaggio in auto, a viaggiare per più di un'ora per raggiungere un medico privato o, nei casi più gravi, l'ospedale. Da questo punto di vista si può dire che Temalac costituisce uno dei tanti esempi di come le pretese universalistiche e totalizzanti della biomedicina possono essere vanificate o ridimensionate dalla sua impotenza sul terreno della pratica sociale. Nonostante tale precaria e limitata possibilità d'azione sul piano tecnico della tutela della salute della popolazione, il *Centro de salud* occupa una posizione importante nell'assetto del controllo sociale sulla comunità. Agli operatori del *Centro*, infatti, è affidata la gestione a livello locale di un programma di assistenza federale del quale usufruisce la stragrande maggioranza dei gruppi domestici. Si tratta del discusso Programa de educación, salud y alimentación (PROGRESA)⁽¹³⁾, istituito nel 1997 dal Presidente Zedillo e inteso come forma di sostegno alle famiglie che si trovano in condizioni di povertà e di emarginazione particolarmente pesanti. Le madri di famiglia sono le destinatarie effettive dell'aiuto che consiste in piccole somme di denaro, alimenti per i bambini piccoli, materiale scolastico per quelli che vanno a scuola. In cambio debbono impegnarsi a far vaccinare i propri figli, a sottoporsi a visite mediche periodiche, ad assistere a lezioni mensili di educazione sanitaria impartite dagli operatori del *Centro de salud* su temi di igiene domestica e di prevenzione delle malattie. L'obbligo di verificare e registrare la partecipazione delle donne a questi incontri, che costituisce un requisito indispensabile per conservare il diritto all'assistenza, compete agli stessi operatori i quali, in tal modo, si trovano a gestire processi di inclusione/esclusione di notevole rilevanza nel contesto locale. Per quanto ho potuto osservare, le donne assistono abbastanza regolarmente alle lezioni anche se la maggior parte di loro ammette di non essere molto interessata agli argomenti trattati e soprattutto di non imparare molto: in genere non hanno nessuna esperienza di apprendimento in contesti formali sconnessi da una situazione

concreta da affrontare o da un problema da risolvere e perciò non c'è da stupirsi se la maggior parte di loro vivono questi incontri soltanto come un obbligo cui è necessario adempiere.

Infine è da ricordare che il *pueblo* di Temalac è compreso nel territorio inquisito dall'irruenza evangelizzatrice del sacerdote Hernando Ruiz de Alarcón autore del famoso *Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales desta Nueva España* (datato 1629 ma pubblicato per la prima volta soltanto nel 1892). Si tratta, come è noto, di un testo di cui un autore come Gruzinski (GRUZINSKI S. 1988) ha ampiamente riconosciuto l'importanza per la conoscenza dei rituali terapeutici che, a un secolo dalla Conquista e pur ridotti alla clandestinità, dominavano ancora saldamente la scena della malattia nelle comunità di villaggio del Guerrero. Ma anche oggi, a distanza di più di tre secoli e mezzo, rappresenta un punto di riferimento imprescindibile per leggere le vistose sopravvivenze del ricco patrimonio di dispositivi mitico-rituali in cui il ricercatore si imbatte frequentemente sul campo e che hanno resistito alla violenta pressione deculturante dei dominatori spagnoli e, più recentemente, alla concorrenza della biomedicina.

4.

In questo contesto la “medicina tradizionale” non si lascia vedere né tanto meno descrivere come un corpo omogeneo e compatto di credenze e di pratiche ma si presenta come uno spazio d'azione articolato e complesso all'interno di un campo di forze più ampio su cui convergono o si scontrano una pluralità di attori e di punti di vista (*curanderos* e operatori sanitari, donne e uomini, giovani e anziani, ...) e nel quale si inscrivono le tensioni ideologiche e i giochi di potere che attraversano la comunità. Alcuni aspetti della vita locale appaiono particolarmente rilevanti a questo riguardo: il conflitto latente tra la maggioranza di cattolici e la minoranza di protestanti; i risentimenti creati dalla non sufficiente trasparenza dei criteri con cui sono stati attribuiti gli aiuti di PROGRESA alle famiglie; la divisione del *pueblo* in due *barrios* [quartieri] e i processi identitari nonché le dinamiche competitive che vi sono connesse; l'iniziale risveglio di istanze indigeniste incentrate sulla difesa e valorizzazione della cultura tradizionale⁽¹⁴⁾. Come sempre, anche qui l'antropologo sperimenta fin da subito l'impossibilità di trincerarsi dietro un improbabile ruolo di osservatore oggettivo e distaccato mentre si trova inevitabilmente irretito dentro una trama di sguardi e di discorsi che costantemente lo interpellano e lo coinvolgono.

Le persone che abitano il campo che l'etnografo intende studiare (quei soggetti, cioè, che alcuni ancora insistono a definire "oggetti" della ricerca) «cercano di valutare quanto ci si può fidare [dell'etnografo], che cosa potrebbe essere in grado di offrire come conoscente o amico, e forse anche quanto facilmente può essere manipolato o utilizzato» (HAMMERSLEY M. - ATKINSON P. 1983: 78). In mille modi e occasioni, i nativi invitano più o meno implicitamente il ricercatore a stabilire con essi un rapporto di *reciprocità* che lo impegna tanto a *dare* quanto a *dire* qualcosa o molto di sé. Non si sta parlando qui, come è ovvio, della reciprocità come nozione canonica della *teoria antropologica* bensì come modalità e come condizione della *pratica antropologica*. Più precisamente, si intende sottolineare il fatto che la reciprocità sul campo, prima di essere una strategia che il ricercatore può mettere in atto per ottenere la fiducia e la collaborazione degli informatori (JORGENSEN D.L. 1989: 71-73; GUASCH O. 1997: 43), è spesso un vincolo ineludibile in cui si manifesta l'iniziativa del nativo e a cui il ricercatore *deve* in qualche modo fare fronte.

Leggo, per esempio, nel mio diario di campo (Temalac, 6 ottobre 2000): una vicina di casa e informatrice mi ferma per la strada e mi racconta di un mal di schiena che la fa molto soffrire e che non riesce a curare. Mi chiede quando verrà uno dei medici e antropologi dell'équipe di ricerca nel quale ripone molta fiducia e che l'ha già visitata; le rispondo che nei prossimi giorni sicuramente non potrà venire e mi scuso con lei di non poterle essere d'aiuto dato che non sono un medico. Il suo commento, espresso in forma di domanda e con un tono di delusione e quasi di risentimento, è: «Perché non sei medico?». Sono molte, e alcune anche più impegnative, le richieste implicite o esplicite di reciprocità che ho dovuto via via registrare⁽¹⁵⁾, ma è questa, peraltro rivoltami più e più volte, che senza volerlo riepiloga uno dei nodi cruciali della nostra ricerca. In effetti la presenza sul campo di tre medici (oltre che antropologi medici) è risultata una circostanza che ha inciso in modo decisivo sul rapporto con gli informatori e, in definitiva, sugli stessi risultati della ricerca.

Intanto, è facile immaginare che di questa doppia formazione e competenza i nativi riconoscono e valorizzano solo quella medica e che in ogni caso è questa la carta di identità con la quale si ha più libero o più agevole accesso alle loro case e ai luoghi della vita comunitaria⁽¹⁶⁾. È pur vero che *in quanto antropologi* i ricercatori propongono di contraccambiare l'accoglienza e la disponibilità dei nativi con un impegno che, *a lungo termine*, dovrà produrre un *testo* che avrà raccolto la memoria di una forma di vita e di una cultura che altrimenti potrebbero presto essere dimenticate⁽¹⁷⁾. Ma è soprattutto *in quanto medici* che essi si trovano *nell'immediato* nella

condizione di produrre *azioni* che i membri della comunità sollecitano e su cui fanno affidamento. Infatti, ci si trovi nella casa di un informatore, si passeggi per le vie del paese o si entri in un negozio per comperare dell'acqua o della frutta, quasi sempre ci si imbatte in una persona che chiede una visita o un medicinale, che presenta un problema di salute per il quale non ha ancora trovato una soluzione, che offre allo sguardo del medico una articolazione deformata e dolorante⁽¹⁸⁾.

A volte capita anche che il medico antropologo medico si trovi a curare qualche malanno degli stessi *curanderos*, per lo più persone molto anziane e con assai scarse risorse economiche. Così, almeno nei periodi in cui sono presenti sul campo, i medici antropologi medici rappresentano una *risorsa locale di salute*, sulla quale, pur in modo intermittente, la popolazione di Temalac fa evidente e fiducioso affidamento.

Certamente le attività dei colleghi medici, se considerate nell'ottica positivista della registrazione oggettiva dei dati, rappresentano delle pesanti interferenze nel campo di osservazione: in questo senso è probabilmente vero che un eventuale successivo *restudy* troverebbe una situazione in qualche misura modificata anche per effetto di questi interventi. D'altra parte la messa in moto di un processo di cambiamento costituisce proprio uno degli obiettivi specifici della ricerca-azione basata sulla partecipazione comunitaria e sulla reciprocità. Nello stesso tempo, però, l'esperienza di campo mostra che il ruolo di medico aggiunge delle nuove e feconde opportunità alle possibilità conoscitive di cui dispone il ricercatore antropologo; infatti è grazie a questo ruolo che l'etnografo può stabilire con i nativi un implicito e vicendevolmente vantaggioso patto di reciprocità: in quanto medico il ricercatore è in grado di rispondere alle richieste di aiuto da parte dei nativi mentre in quanto antropologo guadagna un più facile e diretto accesso ai loro saperi e alle loro pratiche. Così l'etnografo medico, invitato a occupare uno spazio nell'itinerario terapeutico della persona sofferente, a intervenire *nel vivo* di una situazione problematica o di disagio, viene di fatto a trovarsi in una posizione privilegiata per accedere direttamente al mondo della esperienza vissuta del soggetto, per osservare *in azione* i criteri di cui il soggetto dispone per formulare un suo problema di salute, per azzardare una diagnosi o per negoziare la scelta di un trattamento.

Diversamente dalle interviste formali che impegnano il nativo, in quanto *rappresentante* della propria "cultura", a rispondere ordinatamente alle domande poste dal ricercatore, i momenti della visita medica, della ricostruzione anamnestica di un disturbo, della somministrazione di un far-

maco o della prescrizione di una dieta, favoriscono una sorta di suo *protagonismo* offrendogli l'occasione per esplicitare, in significativo "disordine", le mappe cognitive ed operative con le quali si orienta nella ricerca di una soluzione ai propri problemi.

In realtà il progetto di ricerca-azione in corso a Temalac prevede ben più pesanti e, potremmo dire, sistematiche interferenze con il campo di osservazione: si tratta, come si è accennato all'inizio, dell'insieme di processi di interazione e di scambio fra saperi biomedici e saperi locali che stanno alla base di un complesso lavoro di sistematizzazione delle conoscenze tradizionali relative agli usi della flora medicinale⁽¹⁹⁾.

L'attività più significativa in questo senso è quella che ha visto i medici antropologi medici protagonisti per alcuni mesi, al posto degli operatori del *Centro de salud*, nella conduzione degli incontri con le donne beneficiarie del programma di assistenza PROGRESA. Questi incontri, volta a volta dedicati a un problema di salute identificato secondo le coordinate della cultura locale (per esempio, i diversi tipi di *empacho*, la *vergüenza*, il *daño*), erano organizzati in modo tale da offrire la possibilità alle donne presenti di descrivere le modalità con cui affrontano tali problemi nell'ambito della sfera domestica. Le testimonianze delle donne sono ovviamente registrate come preziosi dati di ricerca, insieme ai loro commenti, alle loro reazioni o ai loro silenzi nei confronti degli etnografi medici che intervengono per mettere a confronto, integrare, precisare interpretazioni eziologiche, criteri diagnostici e modalità di intervento terapeutico. È da sottolineare, anche, che lo spazio di negoziazione aperto in questi incontri nel *Centro de salud* non si è limitato alle narrazioni e agli scambi verbali ma ha incoraggiato anche un diretto coinvolgimento delle donne nella preparazione di rimedi vegetali e persino nella dimostrazione pratica delle loro tecniche di manipolazione del corpo a fini terapeutici (per esempio il modo di *tronar el empacho*)⁽²⁰⁾.

5.

Ho già ricordato all'inizio come una lunga esperienza di ricerca sui testi e i documenti della medicina popolare italiana rappresenti un prezioso retroterra di conoscenze e di consapevolezza teorico-metodologica che è possibile mettere utilmente a frutto anche nel momento in cui ci si trova ad affrontare lo studio della medicina tradizionale in un contesto indigeno. Tuttavia, come è evidente, non ha nessun suggerimento da offrire all'antropologo rispetto alla posizione da assumere sul campo e al modo

di fronteggiare la materialità e l'urgenza dei problemi di salute che ogni giorno si presentano al suo sguardo. In effetti, molto diversamente da quanto accade nei testi di folklore medico, sul campo la medicina tradizionale si offre all'attenzione dell'antropologo completamente incorporata negli scenari della vita quotidiana dove la vitalità della sua funzione nelle strategie di sopravvivenza, anche culturale, del gruppo si lascia osservare soltanto *insieme* alle carenze dell'assistenza medica e *insieme* alla precarietà delle condizioni economiche e igieniche della popolazione. Così, anche in un contesto indigeno come è quello di Temalac, l'oggetto proprio o primo dello sguardo dell'antropologo medico non è un astratto inventario o un repertorio sistematico e strutturato di credenze e pratiche tradizionali, bensì un insieme eterogeneo, provvisorio e mutevole di interpretazioni e di azioni messe in campo dalle persone per fronteggiare la sofferenza, la malattia, il dolore. Per cogliere adeguatamente la complessità e anche la ineliminabile contraddittorietà di tale scenario, risulterebbe del tutto sterile qualunque tentativo di rappresentare la medicina tradizionale (sia quella dei *curanderos* che quella delle donne) come una totalità intera e coerente da contrapporre sistematicamente alla biomedicina, così come serve a poco indagare l'origine autoctona o spagnola delle rappresentazioni e delle pratiche che la costituiscono⁽²¹⁾. In questo senso la scelta di privilegiare il punto di vista degli attori sociali (MENÉNDEZ E. L. 1996) risponde a una prospettiva teorico-metodologica che infine è praticamente obbligatoria perché è soltanto questa che permette al ricercatore di riconoscere nelle pratiche con cui le persone gestiscono e cercano di risolvere i problemi di salute forme di razionalità che «*pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes modelos médicos relativamente diferenciados entre sí, en particular de la biomedicina y de la llamada "medicina tradicional"* [possono essere complementari, in conflitto o addirittura contraddittorie, tuttavia esistono, e hanno una coerenza interna, sono operative, pragmatiche e funzionali; riflettono una sintesi di saperi che corrispondono a modelli medici relativamente diversi fra loro, in particolare della biomedicina e della cosiddetta "medicina tradizionale"]» (OSORIO CARRANZA R. M. 2001: 14).

Per gli antropologi non è certamente una novità, e tanto meno è motivo di scandalo, il fatto che le persone, a seconda del problema di salute che si trovano a dover affrontare, fanno generalmente riferimento a una pluralità di risorse, ricorrendo volta a volta, in modo molto disinvolto, alle pratiche di autocura, al medico o al *curandero*. Ciascuna di queste risorse, anche

in una piccola comunità come Temalac, sono in realtà caratterizzate da forti eterogeneità interne, irriducibili a qualsiasi tentativo di semplificazione: nelle pratiche di autocura coesistono reinterpretazioni e adattamenti di elementi tradizionali e della biomedicina; il medico è di solito quello del *Centro de salud* ma in caso di necessità si ricorre a medici privati di altre comunità o alla cure di un ospedale; di *curanderos*, come si è detto, ce ne sono molti e con competenze diversificate e inoltre a volte si ricorre a specialisti di altre località, anche abbastanza lontane. A questo panorama, inoltre, bisognerebbe aggiungere la fede in Dio e le preghiere, cui molti nel *pueblo* attribuiscono un ruolo importante nella prevenzione e nella cura delle malattie, e infine anche il sacerdote che può svolgere un vero e proprio ruolo di terapeuta, per esempio *rezando vangelio* [pregando]⁽²²⁾, in particolare, ma non soltanto, per il bambino che ha *daño*.

Davvero nessuna rappresentazione omogenea e coerente della medicina tradizionale può reggere alla verifica della etnografia e qualora la si tentasse si lascerebbe subito vedere come costruzione reificata dell'osservatore esterno: le contaminazioni, le reinterpretazioni, le sperimentazioni, le varianti individuali non sono affatto aspetti contingenti o marginali, bensì in certo modo costituiscono la "verità" profonda, e al tempo stesso in continuo mutamento, delle pratiche subalterne di difesa della salute⁽²³⁾.

Se guardata da vicino e soprattutto dal punto di vista dei diversi attori sociali, la presunta organicità e coerenza della cosiddetta medicina tradizionale si scompone e si frantuma in un caleidoscopio di diversità che costituiscono propriamente l'oggetto che l'antropologo ha il compito di registrare e di interpretare. Non si allude qui soltanto alla eterogeneità per così dire strutturale consistente nel fatto, ben noto agli studiosi, che la stessa "tradizione" consegna ai nativi una pluralità di varianti per quanto riguarda l'eziologia, la diagnosi e soprattutto la terapia di un medesimo quadro patologico. Si vuole fare anche e soprattutto riferimento al fatto che gli itinerari terapeutici dei membri di una stessa comunità, pur essendo per lo più riconducibili a un fondo condiviso di rappresentazioni, seguono percorsi anche molto diversi in relazione alla diversità delle condizioni di esistenza dei singoli individui, in particolare sul terreno delle reti sociali a cui appartengono, delle costrizioni materiali che li affliggono, del capitale culturale su cui possono contare. Un esempio fra tanti, particolarmente significativo in quanto il protagonista è uno dei pochissimi se non l'unico originario di Temalac che ha conseguito una laurea ed esercita la professione di avvocato in città: riferendo che nel *pueblo* molte persone sanno trattare piccoli disturbi pur senza essere *curanderos*, questo signore racconta di un suo zio che gli ha curato un disturbo degli occhi facendogli

limpias⁽²⁴⁾ con il *cordoncillo*⁽²⁵⁾ ritenendolo causato dall'*aire*⁽²⁶⁾; per lo stesso disturbo ha fatto anche ricorso a un oftalmologo che gli ha prescritto delle gocce e una pomata, e infine è andato da una "señora" che con il metodo tradizionale dell'uovo ha cercato di vedere se avesse veramente *aire*.

La eterogeneità e l'andamento sinuoso degli itinerari terapeutici, tuttavia, non si manifestano semplicemente nella disinvoltura con cui le persone ricorrono alternativamente al medico o al *curandero*, ma in un atteggiamento di più radicale disponibilità a contaminare, proprio nell'ambito della *autoatención*, modalità di interpretazione e di azione che appartengono a orizzonti culturali completamente diversi. Al di là del fatto che il *curandero* può incorporare nelle sue pratiche elementi della biomedicina (per esempio prescrivendo farmaci) o che il medico può riconoscere o addirittura consigliare alcuni rimedi tradizionali (per esempio certe piante medicinali), sono prima di tutto i membri della comunità che incorporano nelle proprie strategie di autocura elementi eterogenei, irriducibili alla rigida dicotomia tradizione/modernità, che a uno sguardo esterno risulterebbero incompatibili o contraddittori. Il panorama di pratiche che ne risulta è assai vario e tale da mettere in imbarazzo il ricercatore che aspira a costruire ordinate tassonomie di modelli cognitivi e operativi. Il ricorso ai rimedi tradizionali, sia vegetali sia di ordine simbolico-rituale, coesiste, spesso nel quadro di uno stesso evento patologico, con l'uso di farmaci messi a disposizione da una pluralità di soggetti: ci sono ovviamente quelli prescritti e somministrati dal medico del *Centro de salud*⁽²⁷⁾, ma anche quelli che alcune signore vendono nel piccolissimo negozio familiare insieme a bibite e sigarette e che la gente compera senza prescrizione medica. Ci sono poi i venditori ambulanti che periodicamente visitano il paese proponendo *vitaminas*, *iniecciones* e un gran numero di altri medicinali «para dolor de cintura, para dolor de pulmones o para dolor de cabeza o para la diarrea». In questo quadro si inseriscono – in modo significativo anche se limitato ai periodi di presenza sul campo – anche i farmaci che i medici antropologi dell'équipe di ricerca regalano alle numerose persone che si rivolgono a loro per un consiglio o una visita.

Nella fitta circolazione locale di *vitaminas poderosas*, di *alkaseltzer* e *aspirina*, di *reconstituyentes* e di *Sucrol alimento ideal para el cerebro y los nervios*, spicca per la sua incredibile molteplicità di applicazioni il *vaporù*, una pomata a base di canfora che apertamente richiama il notissimo prodotto industriale Vicks VapoRub ma che può essere facilmente preparato in casa. Il suo uso terapeutico viene riferito dai diversi informatori a un'ampia gamma di disturbi fisici come tosse, catarro e raffreddore, "mal di petto", dolore di stomaco o di pancia, dolori alle gambe, mal di testa, puntura di scorpione.

Può essere usato anche come mezzo di difesa preventiva: quando si sta vegliando un morto, si spalma su eventuali ferite perché «*no caiga cancer* [lett.: non vi cada il cancro]» a causa «*de lo feo que está soltando el muerto* [lett.: del male emanato dal morto]». Ancora, a causa probabilmente del suo odore penetrante, viene usato per alleviare il *dolor de l'alma* e l'*enfado*, una vera e propria malattia che, come dice la parola, è causata da una esperienza penosa. L'*enfado*, o *coraje*, si manifesta al tempo stesso come dolore nel petto (*colico de enfado*) e come profonda tristezza, è considerato una malattia molto grave che può causare diabete (*azucar*) e può portare alla morte; la sua causa è individuata nella sofferenza provocata dalla morte di una persona cara o da una esperienza penosa di abbandono⁽²⁸⁾. Oltre che con il *vaporù* l'*enfado* si può curare con la Coca Cola o la Pepsi Cola (ma non con la Fanta che “non è forte”), con la birra, con l'*agua de enfado rezada por un curandero*, con *aceite rosado*⁽²⁹⁾, o semplicemente masticando e succhiando un rametto di origano. Ciascuno di questi rimedi, compresa la Coca Cola, viene usato anche per curare molti altri mali, ciascuno dei quali, a sua volta, prevede il ricorso a vari rimedi...

Sullo stesso instabile confine fra “tradizionale” e “moderno” e con una stessa fluidità nel trascorrere dall'uno all'altro campo, si collocano anche una serie di persone che posseggono frammenti di saperi biomedici che mettono a disposizione della comunità o del proprio gruppo domestico. Così, una descrizione accurata delle risorse locali di salute dovrà registrare l'attività della signora che prima che fosse aperto a Temalac il *Centro de salud* vendeva nella sua casa alcuni farmaci le cui proprietà e indicazioni aveva appreso in un prontuario commerciale per le farmacie regalato da un medico, o di un'altra signora che, spinta dalla necessità di curare i propri figli, ha imparato nel *Centro de salud* a praticare iniezioni intramuscolari e ora anche lei vende medicinali ed è molto richiesta nella comunità per iniettare diversi tipi di farmaci tra cui l'antiveleno specifico contro la puntura dello scorpione, o ancora di un signore che ha appreso in un libro l'uso di alcune piante medicinali e alcune elementari cognizioni di medicina nell'edizione spagnola del famoso manuale di David Warner *Donde no hay doctor*, destinato alle persone che vivono in contesti rurali dove non esiste assistenza medica.

Analogamente, ma sul versante della “tradizione”, bisognerebbe registrare l'attività di altre persone che pur non essendo *curanderos* hanno appreso da questi, osservandone le azioni e i procedimenti terapeutici, le tecniche per intervenire su alcuni specifici disturbi. Tutte queste persone, ma anche le donne che si occupano della salute del proprio gruppo domestico e perfino molti degli stessi *curanderos* possono essere messe a confronto con la figura

del *bricoleur* così come è stata descritta da Lévi-Strauss (LÉVI-STRAUSS A. 2003 [1962]: 30): «Il *bricoleur* è capace di eseguire un gran numero di compiti differenziati ma, diversamente dall'ingegnere, egli non li subordina al possesso di materie prime e di arnesi, concepiti e procurati espressamente per la realizzazione del suo progetto: [...] per lui la regola del gioco consiste nell'adattarsi sempre all'equipaggiamento di cui dispone, cioè a un insieme via via "finito" di arnesi e di materiali [che] è il risultato contingente di tutte le occasioni che si sono presentate di rinnovare o arricchire lo *stock* o di conservarlo con i residui di costruzioni e di distruzioni antecedenti»⁽³⁰⁾. E del resto non ci ha insegnato Michel de Certeau (DE CERTEAU M. 1990) a osservare le *tattiche* con cui i ceti "popolari", i "deboli" si appropriano, manipolando a proprio vantaggio, delle pratiche e delle rappresentazioni imposte con la forza o con la seduzione da parte delle élites dominanti?

6.

Dieci anni fa, in un lavoro di messa a punto della nozione di "medicina tradizionale", Eduardo Menéndez ha, fra l'altro, criticato la tendenza della biomedicina a relegare ai margini o a squalificare i processi di efficacia simbolica e, in particolare, a considerare le pratiche popolari di salute e l'attività dei curanderos soltanto come risorse subordinate, di riserva o integrative delle insufficienze organizzative dell'assistenza sanitaria (MENÉNDEZ E. L. 1994: 79). Ora si può aggiungere che questo modo di concepire la medicina tradizionale non soltanto ne dà una rappresentazione reificata e astorica, ma anche ne occulta una caratteristica fondamentale che, nei nostri lavori sulla medicina popolare italiana, abbiamo identificato come *pervasività*. Il riconoscimento di tale caratteristica, che fra l'altro fa risultare problematica la stessa delimitazione di campo della medicina popolare, rende impraticabile, e mistificante, qualunque tentativo di contrapporre, o di giustapporre, termine a termine (magari per compararne, a svantaggio delle pratiche popolari, i diversi gradi di efficacia) la medicina popolare e la biomedicina. Infatti: a) la medicina popolare si configura in realtà come un sapere diffuso e un insieme di comportamenti socialmente condivisi che si inseriscono senza soluzione di continuità nella concezione del mondo delle classi subalterne, fanno parte integrante del loro patrimonio complessivo di conoscenze empiriche e "magico-religiose", e prendono senso dalle loro condizioni materiali di esistenza; b) la medicina popolare, mentre inserisce la salute e la malattia in un più vasto gioco di forze benefiche e malefiche, tende a vedere nel corpo un insieme

psicofisico inscindibile e a stabilire un rapporto molto stretto fra la sfera psichica, somatica, comportamentale e relazionale, ciascuna delle quali costituisce un suo potenziale ambito di intervento (BARTOLI P. - FALTERI P. 1983: 57-58). Così, la unitarietà della esperienza psico-fisico-relazionale, che la biomedicina tende a scindere e scomporre in ambiti separati di intervento, sta invece alla base della razionalità, e forse della efficacia, della medicina popolare; in altri termini ciò equivale a sottolineare che fra le tante diversità che separano le procedure scientifiche da quelle popolari c'è anche una diversa "geografia" delle sofferenze che le une e le altre sono chiamate ad alleviare.

Credo non sia necessario forzare le pur numerose corrispondenze tra la "medicina popolare" delle classi subalterne italiane e la "medicina tradizionale" delle popolazioni rurali e indigene del Messico, per riconoscere anche in questa la caratteristica della pervasività. A titolo di esempio, può essere utile proporre un dato emerso, in modo imprevisto e quasi casuale, nel lavoro sul campo a Temalac⁽³¹⁾. Si tratta di una "sofferenza" che consiste in una intensa perturbazione della relazione madre-figlio/a che soltanto la madre può "curare". La catena eziologica viene così descritta, in modo sorprendentemente uniforme, dalle informatrici: la madre soffre una profonda pena causata dal figlio (*tiene coraje de él, se enoja, se molesta*) perché lui non le obbedisce, si comporta male oppure perché è costretto a emigrare e ad allontanarsi da lei (*se va por allá, al norte*), allora comincia a piangere, piange e piange e questo pianto *le resulta al hijo, le entra [si ripercuote su di lui, gli entra dentro]*, così il figlio comincia ad ammalarsi, smette di mangiare, dimagrisce, sente dolori in tutto il corpo. Il medico, ovviamente, non riconosce questa "malattia" ma nemmeno il *curandero* può fare niente: l'unica titolare della cura è la stessa madre che con la sua saliva bagna il proprio figlio in tutto il corpo. Lo deve fare la mattina presto, a digiuno, per quattro volte, il giovedì e il venerdì, e così il figlio guarisce (*se compone*).

Per ciascuno degli elementi simbolici che compongono il quadro di questa terapia si potrebbero esaminare le corrispondenze con numerosi altri ambiti di intervento della medicina tradizionale di Temalac (la saliva, il numero quattro, il digiuno, il valore magico del giovedì e del venerdì), ma in questa sede, per rispettare le dimensioni di un articolo, conviene insistere sulla esperienza del soffrire perché è su questa che si misura l'ampiezza degli ambiti di intervento dei saperi popolari e la loro irriducibilità ai criteri nosografici e diagnostici, oltreché terapeutici, della biomedicina.

Esplorando la malattia e la sofferenza come espressioni corporee, culturalmente modellate, di relazioni sociali caratterizzate dalla privazione e dalla

diseguaglianza, Nancy Scheper-Hughes ritiene impossibile “sussumere entro le categorie diagnostiche della biomedicina quelle delle varie etnomedicine” e fuorviante tradurre «una forma comunicativa culturalmente ricca nel ristretto e individualizzante linguaggio della fisiologia, della psicologia e della psichiatria» (SCHEPER-HUGHES N. 2000: 291-292). Questa operazione risulta tanto più impraticabile se si considera con attenzione l'aspetto della guarigione, ovvero della efficacia della pratica popolare, che nel caso della applicazione della saliva materna, come in molti altri che abbiamo rilevato sul campo, viene costantemente sottolineata dagli informatori. Rispetto a molte situazioni di sofferenza – di seguito se ne offrirà un ulteriore e ultimo esempio – ci si trova di fronte ad imbarazzanti (soprattutto per il medico) affermazioni: mentre da una parte si rappresenta una condizione patologica come molto grave e pericolosa che può condurre alla morte (*se acaba uno; se estaba muriendo*), dall'altra si descrivono guarigioni rapide e definitive come effetto della terapia. Certo non è questa la sede per discutere la complicata questione dei criteri di valutazione della efficacia della medicina tradizionale⁽³²⁾ ma intanto non sembra possibile sottovalutare, o liquidare come inconsistente, il criterio della soddisfazione del sofferente, se non altro per la frequenza con cui ricorre nelle narrazioni dei nativi. Se l'oggetto della ricerca non è un catalogo astratto di sintomi, di malattie e di terapie, ma invece la concretezza vissuta (e narrata) del soffrire, la fiducia dei nativi nella efficacia della risposta tradizionale alla sofferenza e la valutazione soggettiva di guarigione acquistano una piena e inevitabile pregnanza epistemologica. Così il ricercatore, posto di fronte ai tanti racconti di guarigione che raccoglie sul campo, o li squalifica come manifestazioni di ignorante credulità, di superstizione o di falsificazione della realtà, oppure è costretto a prenderli in seria considerazione come prospettive da esplorare e da interpretare.

7.

Per concludere, può essere utile presentare brevemente un altro esempio di patologia causata da una forte emozione e nella cui terapia gioca un ruolo importante la saliva; anche questa, peraltro, è ritenuta di notevole gravità ma nello stesso tempo è caratterizzata da una rapida guarigione. Si tratta della *vergüenza*, una “malattia” riscontrata in numerosi gruppi indigeni del Messico (ZOLLA C. cur. 1994: 858-9) e largamente documentata anche nello stato di Guerrero, dove, come si è detto, si trova la comunità di Temalac. I suoi sintomi variano a seconda della parte del corpo che

viene colpita: può interessare una mano, il viso, un piede, un orecchio, ecc., e in questi casi generalmente si manifesta con prurito (*comezón*) e con gonfiore ma non viene ritenuta di particolare gravità. Invece «*si te cae en el estomago y uno no hace nada, se puede morir uno de vergüenza, le agarra vómito y diarrea, se muere en un ratito [lett.: se ti colpisce lo stomaco e uno non fa niente, si può morire di vergüenza, lo prende vomito e diarrea, muore in poco tempo]*». Gli informatori raccontano di amici o parenti che sono morti proprio perché il vomito e la diarrea di cui soffrivano non sono stati identificati a tempo come sintomi di *vergüenza* e dunque non sono stati adeguatamente trattati. Un'altra manifestazione di questa malattia è che la persona colpita inizia a salivare molto, e la sua saliva è salata. Mentre per quanto riguarda la terapia, in cui il sale e la saliva costituiscono due elementi cruciali, esistono numerose varianti, la causa della malattia è universalmente attribuita a un sentimento di vergogna, a un'esperienza di pena e di turbamento, dovuti al timore di essersi messi in ridicolo o di aver compiuto qualcosa di umiliante di fronte ad altre persone. Per Zolla (ZOLLA C. cur. 1994: 858) la *vergüenza* è una «malattia che colpisce le persone che sono state umiliate, ridicolizzate o offese in pubblico», ma a mio parere tale definizione non corrisponde ai dati raccolti sul campo che mettono invece l'accento più sul *timore soggettivo* che non su una *reale* esperienza di essersi esposto alla umiliazione o al ridicolo. In effetti gli esempi riferiti dagli informatori parlano di situazioni sconvenienti o inopportune in cui il soggetto malato di *vergüenza* *potrebbe* essere stato oggetto di critica o di derisione da parte di altri: uno ha provato un senso di vergogna perché si è recato a casa di persone che stavano mangiando e queste possono aver pensato che sia venuto perché affamato e in cerca di cibo; una signora può provare vergogna perché qualcuno è andata a trovarla e la sua casa era sporca, ecc. In generale, viene soltanto *immaginato* o temuto che altri possano aver trovato ridicolo o umiliante il comportamento o la situazione della persona che ha provato vergogna. Questa puntualizzazione sembra importante proprio perché la ricerca della causa scatenante della malattia presenta il caratteristico andamento a ritroso della indagine anamnestica: prima si avvertono i sintomi «*vas a sentir como viene tu saliva muy salada y te quieres vomitar, sientes mal del estomago [senti la tua saliva molto salata e hai voglia di vomitare, senti male allo stomaco]*», poi si attribuiscono questi sintomi alla *vergüenza*, infine si torna indietro con il pensiero alla ricerca di quale può essere stata la causa del sentimento di vergogna («*a lo mejor un señor vino, a lo mejor la casa estaba sucia, a lo mejor me dió pena... [magari è venuto un signore, magari la mia casa era sporca, magari mi sono vergognata...]*»). Non c'è un lasso di tempo definito tra il presentarsi dei sintomi e l'evento

che si suppone aver provocato un sentimento di vergogna⁽³³⁾. I sintomi possono apparire anche molto tempo dopo, anche quando uno è da solo nei campi a lavorare la *milpa* o nei monti circostanti a raccogliere legna.

La terapia della *vergüenza* prevede come opzione prioritaria l'uso del sale, meglio se regalato da altra persona. Perché sia efficace, però, il sale deve essere "pregato" o dalla stessa persona malata, se conosce la preghiera, o da una delle tante che lo conoscono e si prestano ad offrire la *sal preparada*. "Preparare" il sale significa porne una presa nel palmo di una mano e mescolarlo con le dita dell'altra recitando la preghiera. Questa operazione, fondamentale nel rituale terapeutico, ha al tempo stesso un valore diagnostico, poiché se il sale non si inumidisce significa che non si tratta di *vergüenza*⁽³⁴⁾. Quando si valuta che il male sia particolarmente grave e che dunque sia necessario intervenire in modo più energico, soccorre la "magia" del numero quattro: in questi casi, infatti, è meglio che il sale sia regalato da quattro famiglie diverse e poi "pregato" da quattro persone, due uomini e due donne. Il sale così preparato⁽³⁵⁾ viene usato per frizionare la pancia o la parte colpita o tutto il corpo e poi viene anche ingerito. Questa è la terapia che gli informatori di solito ricordano per prima, ma ce ne sono molte altre, a quanto dicono, equivalenti. La più semplice e la più a portata di mano consiste nello strofinarsi le ascelle o i genitali con le mani⁽³⁶⁾ e poi annusare il sudore-odore così raccolto oppure sfregarsi la faccia o schiaffeggiarsi le guance. Altri, se non hanno a disposizione il sale, preferiscono strofinarsi la faccia con della terra oppure con la propria saliva dopo essersi sputati nelle mani. Infine, se si viene colti da *vergüenza* mentre si è da soli nel campo o sul monte ci si toglie la camicia, la si mette a rovescio, ci si strofina la faccia e infine la si indossa di nuovo, tenendola a rovescio.

Gli informatori riferiscono, inoltre, diverse forme di prevenzione della *vergüenza*: «*tomar agua donde toman los perros [bere acqua da dove bevono i cani]*»; «*cuando estás comiendo agarras de tu tortilla y le das al perro, el perro muerde tu tortilla y tu vuelves a comer [mentre stai mangiando dai un po' della tua tortilla al cane, lui l'addenta e tu ricominci a mangiare]*»; «*comer tortilla mientras estás defecando [mangiare tortillas mentre stai defecando]*», farsi leccare la propria bocca dal cane. Sul piano simbolico risulta abbastanza chiara la funzione del cane, animale *sin-vergüenza* che fa i propri bisogni e si accoppia in mezzo alla strada.

Il sentimento della vergogna appare caratterizzato da una profonda ambivalenza: da una parte può causare una grave malattia ma dall'altra è valorizzato come dispositivo psicoculturale che svolge una funzione im-

portante nel mantenimento degli equilibri della comunità e del gruppo domestico. È proprio per questo, infatti, che secondo alcuni informatori non conviene ricorrere con i propri figli a nessun metodo di prevenzione della *vergüenza*: in definitiva è meglio correre il rischio che si ammalino piuttosto che privarli di un efficace strumento di autocontrollo, o di controllo sociale incorporato, come è il sentimento della vergogna⁽³⁷⁾. In questo senso, forse, si può interpretare la convinzione, vivacemente espressa da alcuni informatori, che coloro che emigrano dal paese, che «*andan por allá, por el norte* [se ne vanno al Nord, cioè negli USA]», così come anche l'antropologo, estraneo alla comunità e abituato ad andare per il mondo, non possono essere colpiti dalla *vergüenza*, non hanno più bisogno «*que se le reze la salita* [che si preghi il sale]».

8.

Devo riconoscere che finora non mi è capitato di *vedere* nessun malato di *vergüenza* (come del resto non ho visto nessuno mettere in atto la relativa terapia) e pertanto tutte le informazioni che ho presentato sono basate sulle *parole* degli informatori⁽³⁸⁾. Tuttavia mi sembra di non avere nessun motivo di metterle in dubbio, tanto più che le descrizioni e i racconti di tutti gli informatori mostrano, su questo terreno, una notevole omogeneità⁽³⁹⁾. In particolare, come si è detto, tutti parlano della frequenza di questa malattia e della sua rapida e risolutiva guarigione, se prontamente diagnosticata e correttamente trattata. Devo anche riconoscere che qui non mi interessa azzardare una spiegazione specifica, e scientifica, dei *meccanismi* che entrano in gioco nel determinare l'efficacia del trattamento della *vergüenza*: con Csordas e Kleinman, mi limito a registrare che «sebbene gli studiosi non riescano a determinarne con esattezza gli esiti, il fatto che la gente continui a ricorrere a certe forme di trattamento indica che queste producono un qualche effetto» (CSORDAS T. - KLEINMAN A. 1990: 18-19)⁽⁴⁰⁾. Ma intanto, e per circoscrivere il campo, si può comunque ricordare che qui si sta parlando di una pratica di autocura e che dunque la sua eventuale efficacia non può essere ascritta all'azione di un sistema di simboli o di un "mondo mitico" evocati da un terapeuta (DOW J. 1986; KIRMAYER L. 1993). Piuttosto, la "preghiera" del sale si limita a evocare con semplicità gli scenari e gli oggetti della vita quotidiana (il *patio*, la *tortilla*, il *sombrero*, i *guaraches*, ...) a cui può essere riferito l'evento che ha provocato un vissuto di vergogna e, nello stesso tempo, punta a sdrammatizzarlo⁽⁴¹⁾.

Certo sarà necessario tornare sul campo per raccogliere altri elementi sulla base dei quali costruire un più solido modello interpretativo della *vergüenza*, ma intanto e in conclusione si può osservare che il contrasto tra il carattere di gravità attribuito alla malattia e la relativa “semplicità” del trattamento non va, a mio modo di vedere, nella direzione di sottrarre credibilità e valore alle “medicina tradizionale”. Al contrario, può essere esplorato come un indizio della sua potenzialità nel *contesto* materiale e culturale di esistenza della comunità. Anzi, si può ragionevolmente ipotizzare che il contrasto sia piuttosto un prodotto dello sguardo dell’osservatore, una sua costruzione o un effetto ottico della sua inconsapevole “boria culturale” che lo dispone ad assumere «il piano della *datità* naturalistica come l’unico possibile» (DE MARTINO E. 1958 [1948]: 70). Si può pensare allora, che invece di un contrasto siano da scoprire continuità e corrispondenze che nel contesto dato legano insieme indissolubilmente i meccanismi del controllo sociale interiorizzato, la precarietà delle condizioni materiali di esistenza, la fiducia nel dispositivo culturale di risoluzione del male.

La “malattia” della *vergüenza*, come del resto il deperimento che affligge il figlio in conseguenza del pianto della madre, non si limitano ad esistere come semplici entità nosologiche (se così fosse, potrebbero forse essere inserite, magari a prezzo di qualche forzatura, entro le categorie diagnostiche della biomedicina): esse sono vissute e dette come veri e propri dispositivi culturali che conferiscono forma e significato a specifiche esperienze dolorose entro un contesto che *simultaneamente* mette a disposizione gli strumenti per lavorarle e risolverle.

In questo senso non è forse legittimo ritenere che, «date le condizioni negative che agiscono sulla salute, la malattia e la morte nei gruppi indigeni americani” il “sapere medico tradizionale”, almeno da questo punto di vista, svolge una funzione positiva “in termini di riduzione dei danni alla salute?» (MENÉNDEZ E. L. 1994: 77).

Note

(*) Il testo che qui si presenta uscirà in versione spagnola (*¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México*) nella “Revista de Antropología Social”, n. 14 (fascicolo dedicato alla *Antropología médica crítica*, a cura di Rosario OTEGUI PASCUAL e Tullio SEPELLI), di prossima pubblicazione.

(1) Sul carattere fortemente problematico della nozione di medicina popolare mi limito a rimandare a: SEPELLI T. 1983, DI NOLA A. M. 1983, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. - COMELLES J. M. 1994, COMELLES J. M. 1996, CHARUTY G. 1997.

(2) Su alcuni aspetti della complessa vicenda politico-culturale dell’incontro/scontro fra “medicina ufficiale” e “medicina popolare” si possono vedere BARTOLI P. - FALTERI P. 1983, BARTOLI P. 1985, BARTOLI P. 1989.

⁽³⁾ Nella storia degli studi italiani di medicina popolare un vero e proprio punto di svolta è costituito dal Convegno nazionale su "Salute e malattia nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane" (Pesaro 15/18 dicembre 1983), organizzato dall'Istituto di etnologia e antropologia della Università degli studi di Perugia, allora diretto da Tullio Seppilli. Allo stesso Seppilli si deve la cura del numero monografico di "La Ricerca Folklorica" (n. 8, 1983), *La medicina popolare in Italia*, uscito in occasione del Convegno.

⁽⁴⁾ Per una valutazione dei contributi etnografici dei medici folkloristi italiani, e in particolare di Zeno Zanetti, appassionato e attento studioso della medicina popolare umbra, si possono vedere BARTOLI P. - FALTERI P. 1987, J. M. COMELLES 1996.

⁽⁵⁾ Anche la nozione di "medicina tradizionale" risulta quanto mai problematica e difficile da usare senza porla fra diligenti virgolette; per una critica serrata di questa nozione si veda MENÉNDEZ E. L. 1990 e 1994.

⁽⁶⁾ Con Paul Hersch Martínez e con sua moglie Lilian González Chévez, docente di antropologia medica nella Universidad autónoma del Estado de Morelos, ho avuto occasione di stringere un caldo rapporto di amicizia durante un loro soggiorno a Perugia nell'inverno 1993-94. Desidero qui ringraziarli per la generosità con cui mi hanno aperto le porte del loro terreno di ricerca.

⁽⁷⁾ Sul carattere strutturale della *autoatención* è indispensabile vedere MENÉNDEZ E. L. 1984, 1990 e 1992. Si veda anche la recente rassegna di HARO ENCINAS J. A. 2000.

⁽⁸⁾ Non ci si lasci ingannare dal "maschilismo obbligatorio" della nostra lingua: almeno metà dei ricercatori sono donne. Mi sembra anche importante sottolineare che nel corso del 2003 anche un nativo è stato inserito nel gruppo di ricerca.

⁽⁹⁾ Alcuni aspetti del fenomeno migratorio nella comunità di Temalac sono stati indagati in una tesi di laurea, diretta da Lilian González Chévez e discussa nella Escuela nacional de antropología e historia: si veda CAMARGO MARTÍNEZ A. 2002.

⁽¹⁰⁾ Non è questa la sede per discutere la questione dei criteri di definizione della "indigenità". Mi limito pertanto a rimandare il lettore al testo già citato di BONFILL BATALLA G. 1994 e a quello recentissimo di WARMAN A. 2003.

⁽¹¹⁾ Il *daño* corrisponde grosso modo al malocchio.

⁽¹²⁾ «Malattia che si presenta prevalentemente nella popolazione infantile ed è caratterizzata da diversi disturbi digestivi causati dalla ingestione di determinati alimenti o di sostanze non alimentari che "si attaccano" nello stomaco o nell'intestino» (ZOLLA C. cur. 1994: I, 381-382).

⁽¹³⁾ Il governo di Vicente Fox ha deciso di rifinanziare il programma ridenominandolo però "Oportunidades".

⁽¹⁴⁾ Nel 2001 si era costituita una associazione denominata *Unión de campesinos independientes "Tlakaélel"*. L'associazione ha avuto una vita piuttosto breve ma è significativo il fatto che si fosse presentata alla popolazione con un programma di modernizzazione e miglioramento delle condizioni di vita della comunità e allo stesso tempo di rivendicazione delle radici indigene (Tlakaélel era un potente sacerdote azteco). Sul piano della "politica sanitaria" si proponeva di potenziare il servizio medico prestato dal *Centro de salud* e insieme di valorizzare la medicina tradizionale.

⁽¹⁵⁾ Mi riferisco, per esempio, alle continue domande sulla mia famiglia, sul mio paese, sulle mie opinioni religiose o politiche, sul costo delle mie scarpe o dei miei occhiali, ma anche ai rimproveri per aver trascurato di visitare alcune persone, fino a più o meno esplicite richieste di regali o di denaro.

⁽¹⁶⁾ Anche Giuseppe Pitré e Zeno Zanetti, due dei maggiori medici etnografi operanti in Italia alla fine del secolo XIX, riconoscono di aver approfittato della loro pratica professionale fra i contadini per raccogliere l'enorme quantità di informazioni sulla medicina popolare.

⁽¹⁷⁾ Per la verità, il rischio che la fortissima emigrazione che priva la comunità della grande maggioranza dei suoi giovani possa condannare all'oblio o all'abbandono la cultura locale tradizionale, sembra più avvertito dai ricercatori che dai nativi.

⁽¹⁸⁾ Una simile penosa esperienza è narrata da Nancy Scheper-Hughes che così scrive: «Spesso la gente della baraccopoli brasiliana di Alto do Cruzeiro mi avvicina bruscamente per farmi guarda-

re, toccare, esaminare una ferita infetta e infiammata, oppure una frattura malamente ricomposta che sporge, con una improbabile angolazione, da sotto i pantaloni laceri»; però l'antropologa statunitense sembra aggirare il problema del *che fare* di fronte alla sofferenza ostentata dal nativo invocando il fatto che «gli antropologi medici non sono dei dottori frustrati» e teorizzando che «lo sguardo dell'antropologo medico sfiora la superficie del corpo per muoversi verso il contesto, per cogliere il gioco di metafore, figure retoriche e significati simbolici» (SCHEPER-HUGHES N. 2000: 282).

⁽¹⁹⁾ A puro titolo d'esempio, ma si tratta di un esempio particolarmente significativo, si può ricordare l'introduzione nella comunità, da parte dei ricercatori medici, della tintura di *guaco* (Aristolochia fragrantissima) per il trattamento della puntura di scorpione. Il *guaco* dalla cui radice si ottiene la tintura è una pianta che abbonda nella zona ma che tuttavia non viene usata localmente come medicinale; a quanto mi risulta la pianta era già nota a una *curandera* del posto, ma solo per le sue proprietà tussifughe. Qualche cenno alla ricerca scientifica sulle proprietà farmacologiche del *guaco* è in HERSCH MARTÍNEZ P. 2000: 433.

⁽²⁰⁾ Per questa forma di terapia manuale dell'empacho si possono vedere ZOLLA C. 1994: II, 830-832, GONZÁLEZ CHÉVEZ 1996 e 2000.

⁽²¹⁾ Ovviamente non è qui in discussione l'interesse storico di tale tipo di indagini che appassiona molti studiosi della medicina tradizionale messicana: si vedano, per esempio FOSTER G. 1980 e LUPO A. 1998.

⁽²²⁾ Così, per esempio, riferisce una informatrice: «*tienes que ir ocho veces a la iglesia para que te reze, le hablas al sacerdote, rezame, estoy enfermo, te va a rezar* [devi andare otto volte in chiesa perché preghi per te, parli con il sacerdote, prega per me, sono malato, lui prega]».

⁽²³⁾ Non si sottolineerà mai abbastanza il fatto che i nativi manifestano spesso livelli di conoscenza e di fiducia molto diversi nei riguardi di una stessa pratica tradizionale; ecco, a puro titolo d'esempio, alcune delle espressioni con cui gli informatori puntualizzano la propria posizione rispetto all'oggetto della domanda del ricercatore: *Lo comprobé y sí me hizo* [l'ho sperimentato e mi ha fatto bene]; *nomás platican, lo he escuchado* [ne parlano, l'ho sentito dire]; *lo he visto, pero yo nunca lo ocupo* [l'ho visto però io non lo uso]; *eso sí no sé* [questo proprio non lo so]; *los ancianos lo hacían pero ahora ya no se hace* [gli anziani lo facevano però ora non si fa più]; *eso lo saben los curanderos* [questo lo sanno i curanderos].

⁽²⁴⁾ La *limpia* è un procedimento rituale assai diffuso in tutto il Messico che si esegue con una grande varietà di oggetti (piante odorose, uova, ecc.) e serve per prevenire o curare un gran numero di malattie.

⁽²⁵⁾ Pianta silvestre (*Piper amalago*) le cui foglie emanano un intenso e gradevole odore e che «si usa per fare "limpias" o abluzioni in caso di "daño"» (ACTORES SOCIALES DE LA FLORA MEDICINAL EN MÉXICO 2000: 14).

⁽²⁶⁾ Entità invisibile [lett.: aria], che ha la capacità di provocare diversi disturbi.

⁽²⁷⁾ Un esempio, tra tanti, è quello di una anziana signora che si è curato un grosso foruncolo con *velas y oraciones* e, insieme, con una pomata prescritta dal medico del *Centro de salud*.

⁽²⁸⁾ Così esemplifica una informatrice: «*Tus hijos si están lejos, nunca te han hablado o no llaman ni se acuerdan de ti, a lo mejor te vas a enfadar porque les quieres hablar ni sabes como están, niquiera se acuerdan de ti, niquiera te mandan un peso...* [Se i tuoi figli sono lontani, da tanto tempo non ti parlano, non ti chiamano né si ricordano di te, magari ti arrabbi perché vuoi parlare con loro e non sai come stanno, nemmeno si ricordano di te, non ti mandano nemmeno un peso...]».

⁽²⁹⁾ L'*aceite* [olio] *rosado* è un preparato a base di petali secchi di rosa in olio di sesamo; più di un secolo fa faceva parte della farmacopea messicana, oggi viene prodotto da piccole imprese artigianali e venduto nelle farmacie di paese (informazione di Paul Hersch Martínez).

⁽³⁰⁾ La nozione di *bricolage*, come è noto, è stata ripresa da Bastide (1970) negli studi sui processi di acculturazione delle popolazioni afro-americane.

⁽³¹⁾ È questo un caso classico di *serendipity*, che nella ricerca etnografica è più frequente di quanto di solito non si ammetta. Della serendipità nella ricerca sociale si è occupato alla fine degli anni '50 il sociologo nordamericano Robert Merton in un testo solo recentissimamente pubblicato in Italia: MERTON Robert K. - BARBER Elinor G. (2002), *Viaggi e avventure della Serendipity*, Milano, Il Mulino.

⁽³²⁾ LIONETTI R. 1993 ha messo in rilievo la non neutralità dei protocolli biomedici di valutazione dell'efficacia terapeutica quando questi vengono applicati a sistemi medici altri.

⁽³³⁾ Una stessa configurazione si rileva per il *susto*: «La durata del tempo che è trascorso tra il presunto evento scatenante e la comparsa dei sintomi non è significativa; ciò che si ricerca è qualche evento passato che possa fornire supporto eziologico alla diagnosi di *susto*»: RUBEL A. - O'NEILL C. - COLLADO-ARDÓN R. 1991: 42.

⁽³⁴⁾ La netta distinzione tra diagnosi e trattamento, che costituisce uno dei presupposti della biomedicina, «crolla quasi immediatamente quando viene applicato negli studi comparativi dei sistemi terapeutici»: CSORDAS T. - KLEINMAN A. 1990: 12.

⁽³⁵⁾ Il sale può essere preparato al momento del bisogno ma alcuni informatori riferiscono di tenerne sempre un po' in casa già preparato per ogni evenienza, per esempio se la *vergüenza* colpisce di notte.

⁽³⁶⁾ Secondo alcuni, con la mano sinistra.

⁽³⁷⁾ (IMBERTON DENEKE G. M. 2000), che ha studiato la *vergüenza* fra i Choles del Chiapas, propende invece per una interpretazione di questa malattia in termini di concorrenza fra le persone che vivono in un contesto marcato dalla scarsità delle risorse e da forti disegualianze sociali.

⁽³⁸⁾ Questa precisazione intende in qualche modo corrispondere a una importante osservazione di Menéndez che individua in molte etnografie «una sorta di malinteso secondo il quale la rappresentazione esprime isomorficamente la pratica» e invita i ricercatori sul campo a tenere conto delle «differenze ed anche discrepanze» che esistono invece tra le rappresentazioni e le pratiche (MENÉNDEZ E. L. 1996: 129-130).

⁽³⁹⁾ Anche i pochi che affermano di non credere nell'esistenza della *vergüenza* la conoscono e la raccontano negli stessi termini di coloro, la maggioranza, che invece ci credono.

⁽⁴⁰⁾ Quasi cinquanta anni fa de Martino così scriveva delle terapie popolari delle malattie causate dalla fascinazione: «In senso psicologico-protettivo le pratiche magiche hanno sempre successo per coloro che vi sono impegnati, e in senso psicosomatico possono anche facilitare la guarigione: ma ciò che le mantiene è la regolarità del successo psicologico-protettivo e non la eccezionalità e la irregolarità delle effettive guarigioni organiche» (DE MARTINO E. 1966 [1959]: 24).

⁽⁴¹⁾ A titolo di esempio si riporta la traduzione in spagnolo di uno dei *rezos* che abbiamo raccolto a Temalac e che si apre con una sorta di invocazione alla vergogna: «*Vergüenza, vergüenza / que es lo que te avergonzó? / te avergonzó tu cabello o tu trenza / o te avergonzó tu sombrero / o tu sarape te avergonzó / o te avergonzó tu guarache / nada más eso te avergonzó? / por ahí pasé / rien, hacen tortillas, comen / el comisario está con su cara enojada / yo no me avergonzé / y a ti nada más eso te dió vergüenza? [Vergogna, vergogna / cos'è che ti ha fatto vergognare? / ti hanno fatto vergognare i tuoi capelli o la tua treccia / o ti ha fatto vergognare il tuo cappello / o ti ha fatto vergognare il tuo scialle / o ti hann fatto vergognare i tuoi sandali / solo questo ti ha fatto vergognare? / sono passato di là / ridono, fanno tortillas, mangiano / il commissario sta con la sua faccia arrabbiata / io non mi sono vergognato / e a te solo questo ti ha fatto vergognare?]*». Lo spagnolo *vergüenza* traduce il nahuatl *pipinahuiztli*, un vocabolo di cui sarebbe utile approfondire l'analisi: nel *Vocabulario en lengua castellana y mexicana* di Alonso de Molina e nelle opere di Bernardino di Sahagún *pinahuiz* significa «*genitali esterni sia maschili che femminili*», «*las vergüenzas*» (LÓPEZ AUSTIN A. 1996 [1980]: II, 177). Lo stesso Bernardino A. de Sahagún, però, parla del «*mal agüero que tomaban los naturales desta Nueva España cuando encontraban con una sabandija o gusano que la llaman pinahuizt [cattivo presagio che i nativi della Nuova Spagna traevano quando incontravano con un animaletto che chiamano pinahuizt]*» descrivendo così la credenza che lo riguardava: «*Cuando quiera que esta sabandija entraba en la casa de alguno, o alguno la encontraba en el camino, luego concebía en su pecho que aquello era señal que había de caer en enfermedad, o que algún mal le había de venir, o que le había alguno de afrontar o avergonzar [sottolineatura mia]. Y para en remedio desto hacia la ceremonia que se sigue: tomaban aquella sabandija y hacían dos rayas en cruz en el suelo, y poníala en medio dellas, y escupíala [sottolineatura mia] y luego decían estas palabras que se siguen, enderezándolas a aquella sabandija: "¿A qué has venido? Quiero ver a qué has venido" y luego se ponía a mirar hacia a qué parte iría aquella sabandija [Quando questo animaletto entrava nella casa di qualcuno, o qualcuno lo incontrava lungo il cammino, pensava che quello era*

il segnale che si sarebbe ammalato, o che lo avrebbe colto qualche male, o che qualcuno lo avrebbe affrontato o fatto vergognare. Per porre rimedio a ciò eseguiva la seguente cerimonia: prendevano quell'animaletto, tracciavano due righe in croce per terra e lo mettevano al centro, gli sputavano sopra e poi dicevano le seguenti parole rivolgendole all'animaletto: "Che sei venuto a fare? Voglio vedere che sei venuto a fare" e poi si metteva a guardare verso dove si sarebbe diretto l'animaletto» (DE SAHAGÚN B. 1988: I, 292-293). Le stesse notizie, compreso il fatto che gli indigeni sputavano sull'animale oppure gli gettavano addosso un po' di *pulque* per, dicevano, ubriacarlo, sono riportate anche, alla metà del secolo XVII, da Jacinto de la Serna (DE LA SERNA J. 1953 [1892]: 224).

Bibliografia

- ACTORES SOCIALES DE LA FLORA MEDICINAL EN MÉXICO (2000), *Plantas medicinales de Copalilloj Temalac, Guerrero*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México (Serie Patrimonio Vivo, n. 5).
- BARTOLI Paolo (1985), *Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell'Ottocento*, "Sanità Scienza e Storia", n. 2, 1985, pp. 121-139.
- BARTOLI Paolo (1989), *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano*, pp. 23-30, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.
- BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1983), *Il corpo conteso. Medicina "ufficiale" e medicina "popolare" a Magione*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, 1983, pp. 57-66.
- BARTOLI Paolo - FALTERI Paola (1987), *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 a oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in PASTORE Alessandro - SORCINELLI Paolo (curatori), *Sanità e società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, secoli XVI-XX*, Casamassima, Udine.
- BASTIDE Roger (1970), *Mémoire collective et sociologie du bricolage*, "L'Année Sociologique", n. 21, 1970, pp. 65-108.
- BONFILL BATALLA Guillermo (1994), *México profundo. Una civilización negada*, Grijalbo, México.
- CAMARGO MARTINEZ Abbdel (2002), *Migrante de retorno ¿volver a lo mismo? Transformaciones culturales y el dilema del retorno en Temalac, Gro. México, tesis de licenciatura en Antropología social*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- CHARUTY Giordana (1997), *L'invention de la médecine populaire*, "Gradhiva", n. 22, 1997, pp. 45-57.
- COMELLES Josep Maria (1996), *Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, 1996, pp. 57-87.
- CSORDAS Thomas - KLEINMAN Arthur (1990), *The therapeutic process*, pp. 11-25, in JOHNSON Thomas - SARGENT Carolyn (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (CT) - London.
- DE CERTEAU Michel (1990), *L'invention du quotidien. I Arts de faire, nouvelle édition établie et présentée par Luce GIARD*, Gallimard, Paris.
- DE LA SERNA Jacinto (1953 [1892]) *Manual de ministros de indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpación de ellas*, Ediciones Fuente Cultural, México.
- DE MARTINO Ernesto (1958 [1948]), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, II ediz., Einaudi, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (1953), *Etnologia e cultura nazionale negli ultimi dieci anni*, "Società", n. 3, 1953, pp. 313-342.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (1966 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

- DE SAHAGÚN Bernardino (1988), *Historia general de las cosas de Nueva España*, 2 voll., Alianza Editorial, Madrid.
- DI NOLA Alfonso M. (1983), *La medicina popolare: questioni di metodo*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, 1983, pp. 7-12.
- DOW James (1986), *Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis*, "American Anthropologist", vol. 88, n. 1 marzo 1986, pp. 56-69.
- FOSTER George (1980), *Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana*, pp. 123-147, in KENNY Michael - DE MIGUEL Jesús (curatori), *La antropología médica en España*, Anagrama, Barcelona.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian (1996), *Terapia manual en la medicina doméstica*, pp. 201-230, in MALVIDO E. - MORALES M. E. (curatori), *Historia de la salud en México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian (2000), *Interpretación y cura del empacho en la medicina doméstica*, pp. 232-253, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore), *El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- GREENWOOD Davydd (2000), *De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas*, "Revista de Antropología Social", n. 9, 2000, pp. 27-49.
- GRUZINSKI Serge (1988), *La colonisation de l'imaginaire. Sociétés indigènes et occidentalisation dans le Mexique espagnol (XVI-XVIII siècle)*, Gallimard, Paris.
- GUASCH Oscar (1995), *Observación participante*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, (Cuadernos Metodológicos, 20).
- HAMMERSLEY Martyn - ATKINSON Paul (1983), *Ethnography. Principles in practice*, Routledge, London-New York.
- HARO ENCINAS Jesús Armando (2000), *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*, pp. 101-161, in PERDIGUERO Enrique - COMELLES Josep M. (curatori), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul (1996), *Destino común: los recolectores y su flora medicinal. El comercio de la flora medicinal desde el suroccidente poblano*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul (2000), *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul (2003), *Actores sociales de la flora medicinal en México*, "Universidad de México. Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México", n. 629, 2003, pp. 30-36.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul - GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian - GARCÍA FAJARDO Francisco (1998), *Vergüenza y aires de basura: algunas implicaciones simbólicas en dos entidades nosológicas de raigambre prehispánica*, ponencia presentada en la XXV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología (San Luis Potosí, 12-18 de julio de 1998), dattiloscritto.
- HERSCH MARTÍNEZ Paul - GONZÁLEZ CHÉVEZ Lilian - GARCÍA FAJARDO Francisco (in corso di stampa), *Refiguración histórica del sentimiento de vergüenza entre los nahuas. Su análisis a través de una entidad nosológica en Copalillo, Guerrero*, in LAGARRIGA I. - RAJSBAUM A. (curatori), *Aspectos de antropología y psicología en México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México (in corso di stampa).
- IMBERTON DENEKE Gracia María (2000), *La vergüenza: una enfermedad entre los Choles de Chiapas*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici", n. 8/9, 2000, pp. 223-244.
- JORGENSEN Danny L. (1989), *Participant observation. A methodology for human studies*, Sage, Newbury Park (CA) - London - New Delhi.
- KIRMAYER Laurence (1993), *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", n. 2, 1993, pp. 161-195.
- LÉVI-STRAUSS Claude (2003 [1962]), *Il pensiero selvaggio*, Net, Milano.
- LIONETTI Roberto (1993), *Etica e dialettica della valutazione. Alcune osservazioni sullo studio della efficacia terapeutica nei progetti di cooperazione sanitaria*, "I Fogli di ORISS. Luoghi e lingue di confine tra antropologia e psicologia, medicina e psichiatria", n. 1, 1993, pp. 13-33.
- LÓPEZ AUSTIN Alfredo (1996 [1980]), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 2 voll., Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- LOUX Françoise (1990), *Traditions et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé*, II édition revue et corrigée, InterEditions, Paris.
- LUPO Alessandro (1998), *Postille sulle trasformazioni della medicina tradizionale in Messico*, pp. 185-214, in LUPO Alessandro (curatore), *La cultura plurale: riflessioni su dialoghi e silenzi in Mesoamerica*, CISU, Roma, (Quaderni de "L'Uomo", n. 2).
- MARTÍNEZ HERNÁEZ Angel - COMELLES Josep María (1994), *La medicina popular: ¿Los límites culturales del modelo médico?*, "Revista de Dialectología y Tradiciones Populares", n. 49, 1994, pp. 109-136.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1984), *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 3, 1984, pp. 83-119.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa Chata, 179).
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1992), *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes*, pp. 141-185, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, 2 voll., vol. I, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1994), *La enfermedad y la curación: ¿Que es medicina tradicional?*, "Alteridades", n. 7, 1994, pp. 71-83.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1996), *Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 111-140.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1997), *Holísticos y especializados: los usos futuros de la Antropología*, "Nueva Antropología", n. 52, 1997, pp. 9-37.
- MÓDENA María Eugenia (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Ediciones de la Casa Chata, México.
- OSORIO CARRANZA Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CIESAS - INAH - INI, México.
- RUBEL Arthur - O'NEILL Carl - COLLADO-ARDÓN Rolando (1991), *Susto, a folk illness*, University of California Press, Berkeley-Oxford.
- RUIZ DE ALARCÓN Hernando (1953 [1629]), *Tratado de las supersticiones y costumbres gentilíscas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España*, Ediciones Fuente Cultural, México.
- SCHÉPER-HUGHES Nancy (2000), *Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-295, in BOROFKY Robert (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.
- SEPPILLI Tullio (1983), *La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (numero monografico su *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI), pp. 3-6.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, 1983 (numero monografico), pp. 3-136.
- WARMAN Arturo (2003), *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*, Fondo de Cultura Económica, México.
- ZOLLA Carlos (curatore) (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, 2 voll., Instituto Nacional Indigenista, México.

Scheda sull'Autore

Paolo Bartoli, nato a Foligno (provincia di Perugia) il 3 settembre 1943, è professore associato di antropologia culturale (Facoltà di lettere e filosofia), Sezione antropologica

del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia. Per molti anni ha collaborato con il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario (CSESI), della Università degli studi di Perugia, svolgendo attività di docente in numerosi corsi di formazione in salute pubblica e in educazione sanitaria organizzati da istituzioni sanitarie e universitarie italiane e spagnole. Dal 1995 è docente nel Master di antropologia della medicina, presso la Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona (Catalunya, Spagna).

Ha condotto ricerche nel campo dei processi di socializzazione e inculturazione, dei modelli culturali connessi alla solitudine abitativa nella società dei consumi (in collaborazione con altri, *Una nuova solitudine. Vivere soli tra liberazione e integrazione*, Savelli, Roma, 1981), della condizione giovanile (*Giovani del silenzio. Una ricerca sulle rappresentazioni sociali del disagio giovanile a San Giustino*, Protagon, Perugia, 1990) e soprattutto su temi di antropologia medica. In quest'ultimo ambito le sue principali direttrici di ricerca concernono: modelli culturali di salute e malattia; dinamiche dell'incontro-scontro fra medicina ufficiale e medicina popolare in Italia; organizzazione sanitaria come apparato di controllo sociale; conoscenze, atteggiamenti e comportamenti connessi alla prevenzione della tossicodipendenza e dell'Aids; effetti delle campagne di educazione sanitaria sui comportamenti del pubblico; contributo della antropologia culturale agli interventi di educazione alla salute. Fra i relativi lavori si segnalano: (in collaborazione con Paola FALTERI), *Il corpo conteso. Medicina "ufficiale" e medicina "popolare" a Magione*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (numero dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI), pp. 57-66 / *Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell'Ottocento*, "Sanità, Scienza e Storia", n. 2, 1985, pp. 121-139 / *Antropologia culturale ed educazione sanitaria. Considerazioni su una esperienza didattica*, "Antropologia Medica. Per un confronto di culture sui temi della salute", n. 1, maggio 1986, pp. 13-16 / (in collaborazione con Paola FALTERI), *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 ad oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in PASTORE Alessandro - SORCINELLI Paolo (curatori), *Sanità e società. Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX*, Casamassima, Udine, 1987 / *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano*, pp. 23-30, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989 / *Antropologia en la educación sanitaria*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya", n. 7, 1989, pp. 17-24 / (in collaborazione con Paola FALTERI), *Usage social de l'anthropologie. Pour un éloge de la formation*, "Ethnologie Française", tomo 24, n. 3, luglio-settembre 1994, pp. 531-548 (numero dedicato a *Italia. Regards d'antropologues italiens*, a cura di Françoise LOUX e Cristina PAPA) / in collaborazione con Paola FALTERI - Françoise LOUX - Francine SAILLANT, ha pubblicato in questa stessa rivista "AM", nel n. 3-4, ottobre 1997, "Non fissare il ciclo stellato". *Le verruche nella medicina popolare in Italia, Francia e Québec*, pp. 103-144.

In anni più recenti ha condotto ricerche sul campo incentrate sulle pratiche di attraversamento del fuoco (*firewalking*); esse hanno riguardato sia le pratiche "moder-

ne” che si realizzano in Umbria (*Firewalkers de l'Europe de l'Ouest. Experience du corps et quête de sens*, “*Europaea. Journal des Européanistes / Journal of the Europeanists*”, vol. II, n. 2, 1996, pp. 61-84, e vol. III, n. 1, 1997, pp. 195-198), sia una pratica “tradizionale” che ha luogo con cadenza annuale nel villaggio di San Pedro Manrique (Soria, Spagna) in occasione della festa di San Giovanni (*La prova del fuoco. Contesti culturali e tecniche del corpo nella pratica del firewalking*, “*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*”, n. 5-6, ottobre 1998, pp. 41-82). Sul *paso del fuego* di San Pedro Manrique ha realizzato un documentario etnografico (*El paso del fuego. La festa di San Giovanni a San Pedro Manrique*, formato Umatic, durata 56 minuti).

Ha condotto ricerche sui problemi di integrazione degli immigrati nel contesto umbro, in particolare per quanto riguarda l'accesso e le modalità di fruizione del servizio sanitario pubblico (in collaborazione con Caterina PASQUINI e César ZÚNIGA VALLE, *Health-seeking behaviors of immigrants in Umbria. Practices of domestic management of health and illness and recourse to health and social services*, “*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*”, n. 11-12, ottobre 2001, pp. 255-271).

Da qualche anno collabora con l'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) del Messico a una ricerca sulle pratiche di autocura e il ricorso ai guaritori tradizionali in alcune comunità rurali del Messico (*Antropologi, amas de casa e curanderos: appunti da una ricerca in corso in una comunità nahua dello stato di Guerrero (Messico)*, *Atti del XXIII Congresso internazionale di americanistica (Perugia, 4-6 maggio 2001)*, “*Quaderni di Thule. Rivista italiana di studi americanistici*”, n. 1, luglio 2002, pp. 333-338).

Al di fuori dell'ambito dell'antropologia medica ha recentemente lavorato sulle lapidi commemorative della città di Perugia nel quadro dei processi sociali di costruzione della memoria e della identità locale (*Tecnologie della memoria, politiche dell'identità*, pp. 9-28, in BARTOLI PAOLO (curatore), *Parole di Pietra. Le lapidi commemorative a Perugia dal 1860 al 2004*, Benucci, Perugia, 2004).

È socio fondatore e membro del Consiglio direttivo della Società italiana di antropologia medica (SIAM) ed è membro del Comitato scientifico e del Comitato di redazione di “*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*”.

Riassunto

Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico

Facendo riferimento a una ricerca di antropologia medica condotta in collaborazione con l'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) del Messico, l'articolo discute una serie di questioni teorico-metodologiche che riguardano in modo particolare lo statuto della medicina tradizionale e le relazioni di reciprocità che si stabiliscono fra antropologi medici e nativi. Sul campo la cosiddetta medicina tradizionale si presenta completamen-

te incorporata negli scenari della vita quotidiana e si lascia osservare soltanto insieme alle carenze dell'assistenza medica e insieme alla precarietà delle condizioni economiche e igieniche della popolazione. In questo quadro l'oggetto proprio o primo dello sguardo dell'antropologo non è un astratto inventario o un repertorio sistematico e strutturato di credenze e pratiche tradizionali, bensì un insieme eterogeneo, provvisorio e mutevole di interpretazioni e di azioni messe in campo dalle persone per fronteggiare la sofferenza e la malattia. Si sottolinea l'impossibilità di considerare la medicina tradizionale (in questo caso di alcune comunità indigene del Messico) come un patrimonio culturale immutabile e immune da contaminazioni, omogeneo e coerente e si osserva come, nelle strategie locali di difesa della salute, si intrecciano una pluralità di risorse che vanno dalla medicina tradizionale (intesa sia come medicina domestica che come attività dei *curanderos*) al medico del *Centro de salud* e, spesso, agli stessi antropologi sul campo quando, come nel caso in questione, questi hanno anche una formazione medica.

Nella seconda parte dell'articolo si presentano alcune considerazioni relative alla questione della efficacia della medicina tradizionale a partire da dati di ricerca riguardanti "malattie" come l'*enfado* e la *vergüenza*.

Résumé

En attendant le médecin? Réflexions sur une recherche d'anthropologie médicale au Mexique

En prenant comme référence une recherche d'anthropologie médicale menée en collaboration avec l'Instituto nacional de antropología e historia (INAH) du Mexique, cet article aborde une série de questions théorico-méthodologiques concernant notamment le statut de la médecine traditionnelle et les rapports de réciprocité instaurés entre les médecins anthropologues et les autochtones. Sur le terrain, la médecine dite traditionnelle semble complètement incorporée aux scénarii de la vie quotidienne et on ne l'observe qu'à travers les carences de l'assistance médicale et la précarité des conditions d'économie et d'hygiène de la population. Dans ce contexte, l'objet propre ou premier du regard de l'anthropologue n'est ni un inventaire abstrait ni un répertoire systématique et structuré de croyances et de pratiques traditionnelles mais bien un ensemble hétérogène, provisoire et changeant d'interprétations et d'actions mis en place par les gens pour faire face à la souffrance et à la maladie. L'Auteur souligne l'impossibilité de considérer la médecine traditionnelle (en l'occurrence de quelques communautés indigènes du Mexique) comme un patrimoine culturel immuable, à l'abri des contaminations, homogène et cohérent; il constate aussi, dans les stratégies locales de protection de la santé, l'entrelacement de plusieurs ressources allant de la médecine traditionnelle (entendue à la fois comme médecine domestique et activité des *curanderos*) au médecin du *Centro de salud* et souvent aux anthropologues eux-mêmes lorsque ces derniers, comme c'est le cas ici, ont aussi une formation médicale.

Dans la deuxième partie de l'article, l'Auteur propose quelques considérations sur la question de l'efficacité de la médecine traditionnelle à partir de données de recherche concernant des "maladies" comme l'*enfado* et la *vergüenza*.

Resumen

¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México

Refiriéndose a una investigación de antropología médica llevada a cabo en colaboración con el Instituto nacional de antropología e historia (INAH) de México, el artículo plantea una serie de temas teóricos y metodológicos que atañen concretamente al estatuto de la medicina tradicional y las relaciones de reciprocidad que se producen entre antropólogos médicos y nativos. En el campo, la llamada medicina tradicional se presenta completamente incorporada a los escenarios de la vida diaria y se deja observar tan sólo junto a las carencias de la atención médica y junto a las precariedades de las condiciones económicas e higiénicas de la población. En dicho marco, el objeto propio o primero de la mirada del antropólogo no es un inventario abstracto o un repertorio sistemático y estructurado de creencias y prácticas tradicionales, sino un conjunto heterogéneo, provisional y variable de interpretaciones y actuaciones realizadas por las personas para encarar el sufrimiento y la enfermedad. Se destaca la imposibilidad de considerar la medicina tradicional (en este caso de algunas comunidades indígenas de México) como un legado cultural inmutable e inmune a las contaminaciones, homogéneo y consecuente, y se observa que, en las estrategias locales de defensa de la salud, se entrelaza un sinfín de recursos que van desde la medicina tradicional (entendida como medicina doméstica y como actividad de los curanderos) hasta el médico del Centro de salud y, a menudo, hasta los propios antropólogos en el campo, cuando, como en el caso que nos ocupa, éstos también tienen una formación médica.

En la segunda parte del artículo se presentan algunas reflexiones sobre el tema de la eficacia de la medicina tradicional sobre la base de datos de investigación sobre "enfermedades" como el *enfado* y la *vergüenza*.

Abstract

Waiting for the doctor? Considerations on a medical anthropological study in Mexico

With reference to a study in medical anthropology carried out jointly with the Instituto nacional de antropología e historia (INAH) in Mexico, this paper examines a number of theoretical-methodological issues which especially concern the statute of traditional

medicine and reciprocal relations between medical anthropologists and the local population. In the field, so-called traditional medicine appears to be fully integrated in every-day life and can be observed mainly in situations characterised by poor healthcare, the precariousness of economic conditions and health conditions of the population. Given such a framework, the main subject of interest for an anthropologist is not an abstract inventory or systematic structured register of traditional beliefs and practices, rather a heterogeneous, provisional and changeable collection of interpretations and actions deployed by people to better handle suffering and illness. The paper also highlights the impossibility to conceive traditional medicine (in this case, the medicine practiced by various indigenous communities in Mexico) as an immutable cultural heritage which is also homogeneous and consistent, immune from contamination; one cannot but note that the local strategies employed to protect the health of a community make use of a number of resources which range from traditional medicine (in the sense of domestic medicine and the activities of the *curanderos*) to the doctors practicing at the *Centro de salud* and, frequently, even anthropologists in the field if, as in the case in question, the same have a medical background and training.

The second part of the paper includes a number of considerations concerning the question of the efficacy of traditional medicine starting from research data which concerns “disorders” like the *enfado* and *vergüenza*.