

# *Né doctor né curandero: le CAM* (Complementary and Alternative Medicine) *in un contesto indigeno messicano*

Lidia Donat

dottoranda in Discipline etnoantropologiche presso la Sapienza Università di Roma  
[lidia0301@hotmail.it]

## *1. Il luogo, l'oggetto e l'obiettivo della ricerca*

Nel presente articolo intendo analizzare la diffusione presso un certo numero di operatori terapeutici del villaggio nahua di Zaragoza (Veracruz, Messico) delle cosiddette Medicine Complementari e Alternative (CAM). L'acronimo CAM si è affermato in ambito anglosassone, soppiantando nelle pubblicazioni scientifiche la pletera di espressioni che di volta in volta venivano utilizzate: medicine alternative, non convenzionali, dolci, naturali, olistiche, parallele; ed è volto a comprendere un ampio ventaglio di pratiche terapeutiche apparentate soprattutto dalla particolare posizione occupata rispetto alla biomedicina: tendenzialmente alternative e non approvate dal sistema biomedico ufficiale, anche se sovente tollerate come complementari. Si va quindi da medicine che si situano ai limiti del riconoscimento e della istituzionalizzazione, quali l'omeopatia e l'agopuntura, ad altre che invece si configurano come particolarmente eterodosse e irriducibili ai canoni biomedici, per esempio la pranoterapia e l'ipnosi. In molti casi anche le cosiddette "medicine tradizionali" vengono rubricate quale ulteriore sottocategoria dell'onnicomprendivo spettro delle CAM, ed è la lettura che propongo anche nel presente lavoro: infatti cercheremo di evidenziare come risulti essere più proficuo nell'analisi del quadro terapeutico zaragoceño il ricorso a una categorizzazione che sottolinei la dinamicità e soprattutto la relazionalità dei differenti orizzonti terapeutici, rispetto a un'altra che invece, continuando a riferirsi alle opposizioni e integrazioni tra "medicine tradizionali", "medicina scientifica" ed eventualmente "medicine alternative", ne riproponga in filigrana una concezione vagamente essenzialista e "continuista" (nella misura in cui

sembra interessarsi soprattutto al rilevamento di continuità ideologiche, pur nel cambiamento).

Metterò dunque in luce una serie di dinamiche che contribuiscono alla restituzione di un panorama medico locale estremamente complesso e articolato, e non facilmente riconducibile al classico e perdurante (seppur criticato) orizzonte che contrappone tradizione e modernità e dunque, nello specifico dell'antropologia medica, la secolare e sempre riadattata medicina tradizionale da un lato e la recente e più o meno invasiva biomedicina dall'altro (DEI 2012). Nell'ambito dell'antropologia medica messicana, a proporre un'articolazione dei modelli medici che si svincola da questa consueta opposizione, è Eduardo Menéndez, il quale suggerisce la tripartizione "*modelo médico hegemónico*", "*modelo médico alternativo subordinado*" e "*modelo médico basado en la autoatención*", caratterizzando il secondo in una maniera molto simile a quella in cui in questo articolo si intendono le CAM:

«En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como "tradicionales". Pero esta calificación no sólo connota una suerte de "pasado" cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no sólo no proceden del "pasado", sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH [modelo médico hegemónico], y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales. Además, aquí se incluyen prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del sistema médico "occidental", como la medicina ayurvédica o al acupuntura y herbolaria chinas»<sup>(1)</sup> (MENÉNDEZ 1992 [1983]: 101-103).

Per districarsi in un quadro terapeutico tanto ricco quanto multiforme, un'attenzione precipua sarà dunque rivolta alle prospettive e traiettorie individuali dei singoli operatori le quali, seguendo Benoist, si configurano come «luoghi privilegiati di permanente creazione del sociale» (1993: 76), investendo ambiti che travalicano la dimensione prettamente medica e interessando questioni di carattere più esplicitamente socio-politico.

L'indagine etnografica si è svolta tra il luglio 2010 e il febbraio 2011 presso il villaggio nahua di Zaragoza, nel sud-est dello stato di Veracruz. *Cabecera* dell'omonimo municipio, è un *pueblo* indigeno<sup>(2)</sup> che negli ultimi decenni ha conosciuto profondi mutamenti dovuti ad una progressiva e inesorabile integrazione al tessuto nazionale messicano: trovandosi alla periferia del corridoio industriale costituito da Minatitlán e Coahuila e in prossimità della *Carretera Transistmica* che collega le due coste dell'Istmo di Tehuantepec, ha visto riorientare profondamen-

te la propria organizzazione socio-economica. Quest'ultima sta inoltre conoscendo ulteriori e significativi cambiamenti in seguito alla sempre più massiccia emigrazione di membri dei nuclei familiari verso gli stati settentrionali della repubblica o gli Stati Uniti d'America.

Varie sono le ragioni che mi hanno portata ad occuparmi di CAM in un simile contesto. L'obiettivo iniziale e principale della mia indagine etnografica era quello di analizzare la maniera in cui a Zaragoza venivano portati avanti progetti di valorizzazione e patrimonializzazione della medicina tradizionale, sulla spinta di correnti religiose legate agli ambienti del cattolicesimo dissidente e relativamente diffuso in tutta l'America Latina. Si tratta di processi di lunga data, avviati già a partire dalla fine degli anni Settanta in seguito all'evangelizzazione della zona condotta da alcuni gesuiti appartenenti alla Teologia della Liberazione e che ha conosciuto nuovo vigore nell'ultimo decennio con l'insediamento, nel 2003, di un nuovo parroco, padre Alfonso, fortemente coinvolto nelle iniziative di una corrente relativamente recente, la cosiddetta Teologia India<sup>(3)</sup>. Nei mesi di permanenza sul campo ho quindi lavorato con gli operatori terapeutici locali più o meno coinvolti in questo tipo di progetti, frequentando sia gli spazi domestici di coloro che esercitano prevalentemente nella loro abitazione, sia la *Casa de Salud Kuaxiwi' Tahli*<sup>(4)</sup>, centro di "medicina tradizionale e naturale" gestito da sei donne del villaggio. Ho quindi potuto osservare come nell'attività terapeutica di questi nuovi guaritori (o *promotores de salud*, come vengono definiti dai responsabili delle iniziative che li coinvolgono e come loro stessi il più delle volte si definiscono<sup>(5)</sup>) si accostassero le une accanto alle altre le soluzioni terapeutiche più disparate: dall'erboristica all'omeopatia, dall'auricoloterapia e dai rudimenti di agopuntura al *baño de temazcal*<sup>(6)</sup>; tecniche che vengono utilizzate per fronteggiare le manifestazioni patologiche più diverse. Questo composito ventaglio di risorse, dai confini labili, sfumati e continuamente passibili di venire riplasmati, mi ha portato da un lato, come detto, a concentrare la mia attenzione non più su una supposta "medicina tradizionale" quanto piuttosto sulla più vasta ed eterogenea categoria di CAM, che pare attagliarsi maggiormente alle dinamiche che mi sono trovata ad osservare; dall'altro mi ha spinto ad adottare un'ottica che si centrasse sull'analisi dei percorsi dei singoli operatori, non facilmente incasellabili in alcun tipologia terapeutica rigidamente determinata, ma in continuo e fluido movimento tra le numerose alternative proposte, costruite ed elaborate attraverso la loro stessa attività ed esperienza.

## 2. Tra omeopatia, piante medicinali e politica: le CAM a Zaragoza

L'attività dei *promotores de salud* di Zaragoza si iscrive all'interno dei processi di promozione di salute "dal basso" portati avanti già a partire dalla fine degli anni Settanta da settori particolarmente attivi della Chiesa Cattolica, con lo scopo dichiarato da un lato di garantire a tutti un accesso alle cure mediche primarie e dall'altro (soprattutto a partire dalla fine degli anni Novanta, nel passaggio dalla Teologia della Liberazione alla Teologia India) di promuovere e valorizzare i saperi medici tradizionali. Il *promotor de salud*, per divenire tale, segue un vero e proprio percorso di formazione che consiste in incontri e laboratori organizzati tanto dalle diverse associazioni con cui collaborano quanto dai *promotores* stessi, organizzati in reti di reciproco scambio di conoscenze. La formazione è centrata sull'apprendimento delle più diffuse tipologie di CAM (tra le quali, nella mia esperienza, spiccavano omeopatia, auricoloterapia e "medicina tradizionale" generalmente intesa come erboristica) e delle nozioni basilari di igiene e prevenzione legate al concetto di *primary health care*. Nove sono gli operatori terapeutici con cui ho intrattenuto rapporti più stretti nel corso della ricerca, e il lavoro dei quali costituisce l'oggetto specifico di quest'analisi. Il primo di essi, Genaro, vanta un'esperienza quasi ventennale nel campo della terapeutica, avendo cominciato a frequentare i corsi promossi dai gesuiti alla fine degli anni Ottanta ed avendo poi continuato autonomamente la sua preparazione conseguendo un diploma ufficiale di omeopata presso la sede universitaria di Coatzacoalcos. Dopo aver contribuito a sua volta alla diffusione delle conoscenze acquisite nel corso degli anni tramite la formazione di altri operatori e operatrici del *pueblo*, esercita adesso privatamente nella sua abitazione. Si definisce egli stesso omeopata, ed è l'unico tra i miei interlocutori ad identificarsi con una precisa tradizione terapeutica, da lui considerata di gran lunga superiore rispetto a tutte le altre, nonostante abbia iniziato la sua attività come esperto di erboristica, e continui ad accompagnare le medicine omeopatiche da lui somministrate ai pazienti con specifici rimedi a base di piante (la terapia tipica consiste nella prescrizione ad ogni individuo che ha in cura di tre medicinali omeopatici più un preparato erboristico di supporto). Altro operatore che attualmente esercita principalmente a domicilio (nonostante mantenga contatti di collaborazione con la *Casa de Salud*) è Gaudencio, il cui interesse per la medicina si è sviluppato negli ultimi dieci anni, in concomitanza con i corsi organizzati tanto dalla parrocchia quanto dal *Comité de Defensa Popular* (CDP), comitato politico zaragoceño legato oggi al *Partido de la Revolución Democrática*

(PRD). Figlio di un defunto *curandero* noto per le sue capacità nel risolvere i problemi di *espanto*<sup>(7)</sup>, attribuisce spesso a ragioni ereditarie il suo interesse, seppur tardivo, per le pratiche terapeutiche. Pur ripromettendosi di imparare un giorno a curare ritualmente come sapeva fare il padre, per il momento si accontenta di produrre i più disparati rimedi a base di piante – molte delle quali coltivate in un orto improvvisato nel patio della casa –, conosce le basi dell’omeopatia, pratica l’auricoloterapia e afferma di saper lavorare anche con l’agopuntura; si considera inoltre particolarmente abile nella digitopressione, che pratica su sé stesso e sugli altri per contrastare i malesseri più comuni. Più recente è il coinvolgimento di Guillermo: iscrittosi all’università per conseguire la laurea in *Gestión intercultural para el desarrollo* – dopo anni di attività come tecnico di apparecchiature audio e video – comincia a svolgere il tirocinio previsto dal corso di laurea presso la *Casa de Salud*, con la quale continuerà poi a collaborare anche dopo l’adempimento degli obblighi accademici. Apprende così le nozioni fondamentali dell’omeopatia, dell’erboristica e dei massaggi, e si specializza in particolare nel riscaldare adeguatamente sul fuoco le pietre necessarie per svolgere i *baños de temazcal*. Infine vi sono le sei donne che lavorano insieme nella *Casa de Salud*: Olivia, Angela, Francisca, Juana, Eufemia, Lucia. Tutte e sei hanno cominciato frequentando i corsi organizzati all’inizio dalla parrocchia e in seguito dal CDP. Dopo un periodo in cui per motivi di ordine politico entrambe le realtà (ecclesiastica e municipale) interruppero il loro sostegno attivo al progetto, oggi sono stati riallacciati i legami con la Chiesa e sono dunque ripresi i contatti con la corrente della Teologia India, che attraverso periodici incontri della durata di più giorni mantiene in una sorta di formazione permanente le operatrici, che acquisiscono così una sempre maggior dimestichezza con i temi relativi alla prevenzione, l’igiene, le medicine “tradizionali” e “naturali”. Per avere un’idea di quali sono le pratiche terapeutiche offerte dalla struttura si può leggere l’annuncio pubblicitario redatto dalle stesse donne e pubblicato sul “Diario del Istmo”, giornale locale, l’11 novembre 2010:

«Le donne di Zaragoza si autoimpiegano, elargendo le loro conoscenze di medicina tradizionale alla comunità e agli altri municipi della regione. [...] Attraverso visite gratuite, e facendo pagare unicamente il medicinale prescritto, il progetto *Kuaxivi’ Tahli* tratta problemi di salute tramite rimedi a base di piante medicinali prodotti dalle sei donne che partecipano a questo progetto, come *tinturas*, *microdosis*, capsule, sciroppi, pomate, vitamine, erbe per il tè, massaggi per il rilassamento corporeo, auricoloterapia; inoltre dispongono di medicine omeopatiche, e per integrare i trattamenti ricorrono al *baño de temazcal*».

Ancora una volta davanti ai nostri occhi si dipana la stessa vasta gamma di pratiche e tradizioni terapeutiche dalle svariate origini e dalle caratteristiche differenti.

In che maniera possono convivere medicine così diverse?

La loro armonica coesistenza è garantita dal fatto che gli operatori si confrontano con quest'ampia gamma di risorse terapeutiche in maniera asistemica, poco attenti alle specificità delle singole medicine e seguendo principalmente le necessità contingenti<sup>(8)</sup>. Nonostante ciò, nei discorsi formulati dai miei interlocutori sulla tipologia delle loro offerte terapeutiche, emerge una serie di caratteristiche che ci permette, e gli permette, di considerare unitariamente un così variegato panorama.

Il primo elemento che senza ombra di dubbio contraddistingue questo tipo di pratiche è l'accento posto sulla loro "naturalità": da un lato si insiste sull'uso delle piante all'interno della medicina tradizionale, o erboristica – essendo divenute le due espressioni quasi sinonimi –, dall'altro si enfatizzano le proprietà di autoguarigione possedute dall'organismo stesso, in grado talvolta di curarsi senza immissione di sostanze esterne. Ecco dunque come Olivia spiega l'efficacia della auricoloterapia:

«Credo che si tratti di una terapia, come la chiamano, che aiuta a risvegliare l'organismo...è una terapia nell'orecchio, e dunque ti risveglia, hai delle reazioni nel corpo. La abbiamo utilizzata con varie persone, e hanno reagito, le ha aiutate insomma...serve per lo stress, per il sistema nervoso, per quello digestivo, anche quando hai la febbre ti fa passare i dolori» (9 novembre 2010).

Le due dimensioni, quella dell'intervento benefico di preparati naturali e quella delle capacità di autonoma regolazione del corpo, trovano perfetta sintesi nella maniera in cui Genaro descrive il funzionamento dell'omeopatia:

«La medicina omeopatica è prodotta con le piante, il fatto è che si tratta della pura essenza delle piante e ciò che fa la medicina omeopatica è far reagire l'organismo. Per esempio quando uno sta male, è perché il suo organismo non sta funzionando bene, le sue difese non stanno funzionando bene...l'omeopatia consiste nel farle reagire. [...] Conoscete una pianta che ha aiutato più di venti o trenta pazienti? Allora, rendetela omeopatica perché vi aiuterà di più! È molto più efficace, è molto più forte perché ciò che fa è motivare l'organismo» (20 novembre 2010).

Un ulteriore e fondamentale collante risulta essere poi la dimensione spirituale: il motivo più chiaro ed evidente che consente quest'attribuzio-

ne è ovviamente l'impulso religioso dal quale provengono e si sviluppano tutte queste esperienze. La componente della fede viene a declinarsi più specificamente nell'incrollabile fiducia in Dio e nei suoi miracoli da un lato, e dall'altro nell'altrettanto indispensabile fiducia, ai fini della guarigione, nelle proprietà misteriose delle piante, come si evince dalle parole di Eufemia:

«Io ho molta fede nelle piante. Questo dicembre è venuto mio figlio e si è portato via un po' di medicinali: una pomata, alcune capsule, uno sciroppo. Aveva un forte dolore [alla gamba], perché a lui piace giocare a calcio e a volte capita che uno prenda una storta. Prendeva vari farmaci e [il dolore] non se ne andava, e allora ha preso le nostre medicine ed è guarito. È molto importante avere fede nelle piante, perché se uno non ha fede non serviranno. Mio figlio mi dice: "Io ho molta fede nella medicina [alternativa e tradizionale], non so perché ma ho davvero molta fede"» (26 gennaio 2011).

Nel discorso di Eufemia sembra venir negata la possibilità di un'efficacia meccanica della pianta e si asserisce invece che un'assunzione "scettica", disgiunta da un coinvolgimento spirituale, rischi di non sortire alcun effetto. Anche nelle osservazioni di Gaudencio si fa esplicito il carattere miracoloso che può assumere la cura per mezzo di rimedi naturali, e – entrando quasi in contraddizione con la metodicità con cui, sino a pochi minuti prima, mi aveva elencato le proprietà curative specifiche di ogni pianta – azzarda adesso l'ipotesi che addirittura della semplice acqua possa garantire il medesimo risultato, per intervento della fede:

«Il problema è che a volte non crediamo in questa medicina, nella medicina alternativa, tradizionale, nella medicina con le erbe. Alcuni dicono: "Come può curarmi questa erbetta?" E quindi è molto importante anche la fede. C'è un testo in cui si racconta come un cieco si avvicinò a Gesù e Gesù gli disse: "Cosa vuoi?" "Voglio recuperare la vista" gli disse, e dice il testo che Gesù si accuccia e raccoglie un poco di fango e ci butta un po' di saliva e dopo il cieco vede...e che cos'è che lo ha curato? È la fede che aveva quest'uomo, lui era sicuro che se Gesù lo avesse toccato avrebbe visto. Quindi noi dobbiamo credere, somministrare il medicinale e chiedere a Dio che con questo tu ti possa curare. Se non hai fede, è meglio che non prendi proprio nulla perché non ti servirà a niente. [...] Se uno è malato, e ha fede, si può curare addirittura con un poco di acqua» (24 gennaio 2011).

Alla fede deve arrendersi anche l'insegnante di omeopatia ateo con il quale Genaro ha seguito un corso nella vicina città di Coatzacoalcos e che, a suo dire, è costretto a riconoscere l'intervento divino nella facilità con cui l'allievo ha imparato ad utilizzare questa medicina:

«Il mio maestro diceva sempre: “Non chiedere mai a Dio di curarti, perché Dio non esiste, perché Dio non c’è”, e io rispettabo la sua opinione. Poi, quando è arrivata la fine del corso, il mio maestro mi ha detto: “Credo che Dio esista” “E perché?” “Perché lo vedo in te...io pensavo di essere in grado di capire facilmente questa medicina, e invece mi ero sbagliato perché mi è costata molta ma molta fatica, e adesso vedo che tu hai imparato così facilmente!”» (20 novembre 2010).

Ciò che è significativo in questo brano non è chiaramente l’eventuale veridicità dell’episodio, quanto piuttosto l’ennesima iscrizione della pratica terapeutica in una dimensione che trascende il semplice empirismo, rappresentato dal maestro – seppur omeopata; e per quanto si tratti senza dubbio di una narrazione dall’intento autocelebrativo e legittimante (si pensi che compare in ben cinque interviste, con variazioni minime, assurgendo a episodio fondante della propria attività), è certo degno di nota che tale legittimazione avvenga proprio sul piano religioso.

Altri due aspetti, strettamente interrelati tra loro, da prendere in considerazione sono l’olismo e il carattere “individuante” (DEI 1996) adottati dai terapeuti nelle fasi di diagnosi, interpretazione e cura del male: l’individuo malato non può essere considerato unicamente come un corpo biologico necessitante rimedi che, automaticamente, ne ristabiliscono il corretto funzionamento; una sempre maggior importanza di quello che unanimemente e genericamente viene definito “*lo emocional*” impone un’attenzione particolare alla storia di vita del paziente, ai suoi rapporti con l’ambiente che lo circonda, alle sue relazioni fuori e dentro la famiglia, alle sue peculiarità comportamentali. Qualsiasi malattia troverà la sua origine, e di conseguenza la sua soluzione, in una dimensione che trascende il materialismo corporeo, ragion per cui un ruolo di primo piano assume il colloquio con la persona malata, in una sorta di seduta psicologica improvvisata. Il rapporto privilegiato e di fiducia che si intende instaurare con il paziente fa sì che la scelta terapeutica si conformi alle esigenze e alle caratteristiche ritenute proprie del paziente stesso, per cui ognuno verrà curato in maniera diversa:

«Il funzionamento dell’omeopatia riguarda soprattutto *lo emocional* [l’emo-tività]. È per questo, credo, che l’omeopatia mi piace tanto, perché si rivolge alla persona. Per esempio, se mi dici che stai male, io vedrei Lidia, e non vedrei tutte le Lidie del mondo, no no, starei vedendo questa Lidia e basta» (Juana, 30 settembre 2011).

Durante le mie interviste con Genaro venivamo spesso interrotti da pazienti con i quali si intratteneva, talvolta a lungo, in uno studiolo adia-

cente alla propria abitazione che, da buon muratore quale era prima di dedicarsi a tempo pieno alla medicina, aveva appositamente costruito. Tornando a sedersi con me nel patio (le volte che non mi chiedeva, scusandosi, di tornare il giorno successivo, immaginando che la consultazione si sarebbe protratta eccessivamente), commentava:

«Devi sapere qual è il problema di cui ti stai occupando, è la cosa più importante. Diciamo: arriva uno con il mal di testa...ma questo dolore è la metà o è tutta la testa? Se è tutta la testa può essere la pressione alta, e soprattutto quando dicono che gli fa male qui [indica un punto preciso sulla testa]. Però se ti dicono che è solo da un lato, destro o sinistro, allora no, è un'emicrania. È importante sapere qual è il problema, perché se non lo sai non puoi aiutare [...]. C'è sempre un medicinale adeguato, che rinforza l'organismo affinché si difenda da solo. [...] La medicina omeopatica non fallisce, se fallisce sei tu, non il medicinale, stai scegliendo male il medicinale [...]. Io è già da molti anni che mi occupo di questa cosa, e ho imparato molto dalla gente; ti dico perché: perché la gente si è confidata con me...addirittura le donne mi hanno confidato i loro problemi!» (16 gennaio 2011).

Anche per le donne della *Casa de Salud*, che della comunicazione interpersonale hanno fatto una prassi consolidata persino tra loro stesse, il colloquio con il paziente sta acquisendo un'importanza sempre maggiore, tanto che più volte, chiacchierando, immaginavano di dover cominciare a tenere delle vere e proprie schede nelle quali annotare tutte le caratteristiche che emergono dagli scambi con le persone assistite, in modo da poter seguire efficacemente il loro percorso di vita e, conseguentemente, strutturare il processo di guarigione.

Se queste caratteristiche “formali” (la naturalità, la dimensione spirituale, l'olismo e il carattere individuante) vengono solitamente indicate dalla maggior parte degli studi (BAER 2001; BENOIST 1996; DEI 1996) come minimi comuni denominatori delle medicine riunite sotto la denominazione di CAM, alcune specificità del panorama zaragoceño possono essere invece rintracciate nella dimensione socio-politica che queste terapie e il loro esercizio assumono. Le ragioni della diffusione di queste forme terapeutiche, come già abbiamo detto, si ritrovano nella volontà di quelle frange “di sinistra” della Chiesa Cattolica di promuovere una salute “dal basso” in modo da garantire a tutti un accesso alle cure mediche primarie. Ecco allora che contrariamente a quanto di solito avviene tanto nei paesi occidentali quanto nella società urbana messicana – dove questo genere di terapie ha di solito un costo relativamente elevato, in relazione con il tipo di utenza che vi si rivolge – cifra distintiva delle medicine alternative di Zaragoza è il

loro essere *baratas* [a buon mercato], dovendo almeno nelle intenzioni rappresentare una valida opzione per una popolazione le cui difficoltà economiche rendono difficile un ricorso regolare alla biomedicina. Presso tutti gli operatori da me frequentati, il prezzo dei flaconi dei rimedi preparati (e preparati rigorosamente in maniera artigianale, anche nel caso delle medicine omeopatiche, che oramai conoscono invece una notevole produzione industriale) si aggira intorno ai 30 *pesos* (a seconda delle dimensioni), e il tema dell'accessibilità rimane sempre centrale nelle retoriche, anche nei casi in cui le prospettive di guadagno hanno fatto passare in secondo piano, nella pratica quotidiana, l'impegno sociale:

«Sono medicinali che costano poco, sono nelle nostre possibilità [...]. Le piante medicinali le troviamo nella nostra zona, e anche l'omeopatia costa molto poco: un flaconcino di medicina quanto mi costa? Venti *pesos*!» (Lucia, 30 settembre 2010).

E ancora:

«Le cose più semplici le possiamo fare qui nella *Casa*, così che la gente non si tormenti tanto per una semplice colica. In questa maniera si possono risparmiare un po' di soldi; qui la vita è molto difficile» (Olivia, 15 ottobre 2010).

In linea con i processi di formazione seguiti, ogni singolo *promotor* da me intervistato ha voluto evidenziare le ragioni altruistiche che lo hanno portato ad avvicinarsi alla "medicina naturale", e la mia assidua frequentazione degli ambulatori più o meno improvvisati nei quali gli operatori esercitavano ha confermato che il costo dei prodotti si manteneva estremamente basso (mentre per la semplice visita non veniva richiesto alcun pagamento).

Mi sembra a questo punto interessante istituire un duplice parallelo, nell'ambito della storia dello sviluppo e della diffusione delle medicine alternative, tra il contesto preso in esame e i diversi contesti europei nei quali è emerso uno stretto legame tra la affermazione delle CAM e la nascita di movimenti di contestazione sociale dalle rivendicazioni più o meno radicali. Un legame che è stato messo in luce da coloro i quali si sono occupati di tracciare una storia della progressiva espansione delle terapie non convenzionali nei contesti occidentali. Si tratta di un'espansione che prende piede a partire dai primi anni Settanta del secolo scorso e che Hans BAER (2004: 1) qualifica come «un movimento popolare [...] che in vari modi sfida il burocratico, tecnologizzato e iatrogeno carattere della medicina convenzionale», legandosi agli am-

bienti della controcultura americana. Un'evoluzione simile può essere osservata analizzando le dinamiche che hanno portato ai primi successi dell'omeopatia nell'Europa del tardo Ottocento, quando a promuoverne la diffusione erano soprattutto da un lato medici e religiosi cattolici animati da un impulso umanitario e dall'altro socialisti fourieristi in cerca di forme di medicina maggiormente adatte all'utopica organizzazione dei falansteri (FAURE 2002).

In entrambi i casi gli sviluppi successivi sono stati i medesimi: le componenti di protesta sociale insite nei movimenti per la cosiddetta salute olistica degli anni Settanta si sono notevolmente smorzate lasciando invece ampio spazio alle logiche di mercato (il che permette a GOLDSTEIN [2002] di asserire che ci troviamo di fronte a un "marketed social movement") e ponendo l'accento su un benessere e una salute principalmente orientate all'individuo; analogamente la seconda ondata di diffusione dell'omeopatia in Europa (situabile nella prima metà del Novecento) è dovuta principalmente alla creazione da parte del francese Léon Vannier di una rete di laboratori farmaceutici in grado di processare prodotti omeopatici.

Nel contesto zaragoceño invece sembrano riproporsi proprio quegli aspetti di ordine economico, sociale e politico che hanno caratterizzato il primo sviluppo delle medicine alternative in Europa e negli Stati Uniti. Si tratta di elementi che emergono chiaramente anche nel momento in cui ci si volga ad analizzare le ragioni che hanno portato quelli che sono poi diventati operatori terapeutici a farsi coinvolgere in questo tipo di progetti; ragioni tra le quali occupa un posto privilegiato la ricerca di uno spazio d'azione che permetta, almeno in apparenza, di riplasmare e riorientare i rapporti fortemente gerarchizzati che caratterizzano le relazioni tra istituzione biomedica e comunità indigene, o quelli che determinano le relazioni tra i sessi all'interno della comunità indigena stessa, come è possibile constatare tramite l'esempio della *Casa de Salud*<sup>(9)</sup>. Le sei *promotoras* che vi esercitano, infatti, sono riuscite nel corso degli anni a ridefinire il progetto nella maniera a loro più utile e congeniale, trasformando la piccola clinica in uno spazio di incontro tra donne e di conseguenza in un vero e proprio spazio politico nel quale delineare, attraverso l'impegno costante in un ambito che esula dalla sfera familiare e domestica, una nuova e possibile immagine di donna indigena. Nel caso specifico, alla ricerca di una maggiore agentività e di una maggior capacità di controllo nei confronti del sistema biomedico, si unisce dunque un'ulteriore

caratterizzazione socio-politica, sviluppatasi *in fieri*: tramite il lavoro comune presso la *Casa de Salud*, avviato senza alcuna premessa ideologica o rivendicativa inerente in maniera specifica l'asse del genere (tant'è che la partecipazione è sempre stata aperta ai collaboratori di entrambi i sessi), la percezione di sé stesse e delle proprie possibilità ha cominciato a modificarsi rendendo quindi possibile da parte delle stesse partecipanti una più ampia e più astratta, generale riflessione su un soggetto femminile collettivo:

«Prima non riuscivo a parlare così in un gruppo di gente, esprimendo quello che sento, quello che vedo...dunque credo che questo sia di grande aiuto nel nostro gruppo, nel senso che non solamente stiamo lì come *promotoras*, ma ci motiva a fare altre cose, a valorizzarci, a svegliarci, a promuovere noi stesse come donne...e sì, lo possiamo fare» (Francisca, 22 gennaio 2011).

Attraverso la partecipazione alle attività di promozione di una salute che si propone di svilupparsi “dal basso”, tramite la preparazione comunitaria di prodotti erboristici e omeopatici da distribuire nel *pueblo*, grazie a periodiche riunioni definite “di *autoestima*” nelle quali a turno vengono narrate esperienze ritenute significative della propria storia individuale e familiare, si arrivano a mettere in discussione i modelli dominanti della propria società, trovando inediti spazi di autonomia:

«Nella *Casa de Salud* ci formiamo come donne. Credo che ci siano pochissime professioniste della mia generazione qui nel *pueblo*, si contano su una mano. Perché ai nostri tempi, soprattutto per questione economiche, se in casa c'erano maschi preferivano dare tutto a loro. E, certo, poi c'era anche l'idea di dire: “Tanto mi sposo”, ma che cosa fai poi dopo che ti sei sposata? Il fatto è che non hai spazio per te sola, quindi io penso che la *Casa de Salud* è questo, uno spazio per noi, per poter uscire dalla routine, dalla casa...fai un lavoro che ti piace, ti incontri con le altre donne e chiacchieri» (Olivia, 24 gennaio 2011).

Tuttavia, pur riconoscendo i considerevoli vantaggi acquisiti dalle donne coinvolte in simili iniziative, e riassumibili tanto nell'acquisizione di una maggiore agentività quanto nel riconoscimento di una propria specifica soggettività, sarà opportuno segnalarne brevemente i limiti. Questi ultimi hanno a che vedere sia con i frequenti ostacoli che vengono frapposti dalla famiglia a una piena partecipazione della donna alla vita politica e pubblica, sia con il rischio, in cui talvolta si incorre, di riprodurre, rinforzandoli, i meccanismi che regolano i rapporti sociali tra i sessi – nello specifico, consentendo un'occupazione al di fuori dell'ambito familiare che comunque si adegui a quei compiti di cura intesi come propri del sesso femminile, non sfidando quindi

sino in fondo le categorie che si pretende di mettere in discussione (SCHNEIDER 2009).

Dunque, l'individuazione più o meno esplicita di tutti questi tratti (la naturalità, la dimensione spirituale, l'olismo, il carattere individuante, l'impegno socio-politico) come propri di un certo tipo di approccio alla malattia e alla cura permette a coloro che lo condividono di muoversi agilmente e fluidamente tra le medicine dalla provenienza più diversa, riunite in una categoria definita di volta in volta "medicina alternativa", "medicina naturale", o addirittura "medicina tradizionale" senza che si percepisca uno stacco significativo tra "lo que nos enseñaron nuestros abuelitos" e le terapie di recente introduzione. A questo proposito, è interessante osservare come i canali di apprendimento possano variamente combinarsi: Genaro mi raccontava spesso del lungo apprendistato che per anni ha condotto nel *pueblo*, interrogando gli anziani *brujos* affinché gli rivelassero le proprietà curative delle varie piante medicinali, e la composizione dei rimedi che somministravano ai loro pazienti, per poi poterli utilizzare come base per i medicinali omeopatici. Mostrandomi orgogliosamente un recipiente contenente una sottile polverina marrone, mi ha spiegato come si trattasse del preparato che le *parteras* utilizzano per curare l'*alferecía*, categoria nosologica locale che si considera – o quanto meno si considerava sino a pochi anni fa – la principale causa di morte tra i bambini nei primi anni di età; preparato che poi lui combina con l'alcool omeopatico e che, una volta "agitato" secondo i dettami dell'omeopatia, è pronto per essere utilizzato. Nella medesima direzione di una sovrapposizione continua tra pratiche e saperi medici di diversa derivazione va l'esplicita e frequente richiesta tanto di Genaro quanto degli altri operatori di poter visionare le analisi cliniche dei pazienti prima di procedere con la definizione del trattamento terapeutico.

Il fatto che non vi sia un reale interesse nel conoscere i modelli teorici sui quali si reggono le singole tradizioni di cura, accomunate per l'appunto sulla base di caratteristiche arbitrariamente reputate come distintive, fa sì che il processo terapeutico consigliato a un'anziana signora cui alla clinica locale era stata diagnosticata l'artrite reumatoide possa comprendere sedute quindicinali nel *baño de temazcal*, tè a base di erbe e auricoloterapia, senza che ciò comporti alcun problema di ordine cognitivo: gli operatori si accostano a queste terapie innanzitutto secondo un'ottica funzionale, e non epistemica, che le considera *in primis* in chiave contrastiva rispetto alla forte istituzionalizzazione del sistema biomedico.

### 3. Conclusioni

L'offerta terapeutica alternativa a quella biomedica si rivela dunque a Zaragoza estremamente varia e diversificata, e per restituirne la complessa articolazione l'utilizzo della categoria di CAM sembra rivelarsi appropriato: permette, infatti, di rompere, anche nella consuetudine della ricerca etnografica e non solo nell'elaborazione teorica, con l'idea di una sempiterna contrapposizione tra i saperi locali e le innovazioni biomediche. Si tratta di una contrapposizione che il concetto stesso di CAM mette in crisi: ci troviamo di fronte a medicine che, da un lato, si richiamano a concezioni e presupposti differenti rispetto all'epistemologia biomedica, e dall'altro si scoprono tuttavia in molti casi profondamente legati a quest'ultima – basti pensare alle riflessioni condotte in merito già nel 1976 da Foucault, il quale ha sottolineato la contiguità tra la biomedicina e la cosiddetta “antimedicina” (esemplificata dal testo di Ivan ILLICH, *Nemesi medica*). Una falsa contrapposizione, dunque, che può risultare ancor più evidente proprio in un contesto “indigeno” come quello qui preso in esame dove omeopatia, cure rituali, e attenzione ai discorsi relativi alla prevenzione e all'igiene, si coniugano continuamente nelle esperienze degli operatori terapeutici.

L'analisi delle CAM in un simile contesto si è rivelata particolarmente interessante anche in quanto ha permesso di mettere in evidenza alcune caratteristiche che non sembrano emergere nella maggior parte degli studi sul ricorso alle medicine alternative nella società contemporanea, studi condotti perlopiù in ambienti urbani ed euroamericani<sup>(10)</sup>: gli aspetti legati a una particolare dimensione socio-politica delle CAM zaragoceña<sup>(11)</sup>. Come abbiamo visto, è sempre molto forte nelle retoriche e nei discorsi dei terapeuti l'enfasi posta sulle ragioni sociali che li spingono a svolgere questo lavoro, retorica che non viene smentita quando si constata come in effetti i costi per le visite e i medicinali siano mantenuti decisamente bassi. L'impegno sociale e politico si manifesta anche, e forse soprattutto, nel tentativo di mantenere aperte reti di collaborazione tra i terapeuti stessi, e tra loro ed altre realtà socialmente attive del panorama zaragoceño, in modo da costituirsi in un vero e proprio movimento capace di garantire uno spazio di azione e autonomia nei confronti dell'istituzione biomedica spesso impensabile e a lungo negata nelle comunità indigene. Impegnarsi nella produzione e nella promozione di farmaci e terapie alternative alla biomedicina, più che rappresentare un misconoscimento o una negazione dei presupposti sui quali si fonda la pratica biomedica, viene a configurarsi come una vera

e propria scelta politica volta a riaffermare la propria capacità di azione e decisione, mantenendo inoltre una dimensione organizzativa collettiva che scongiura il forte ripiegamento individualista e orientato al benessere del singolo che contraddistingue il ricorso alle terapie alternative in tanta parte dei contesti contemporanei.

## Note

(1) In questo modello si integrano le pratiche generalmente riconosciute come “tradizionali”. Tuttavia questa categorizzazione non si limita a connotare una sorta di “passato” carico di valori, ma comprende anche tutta la serie di pratiche alternative che si vanno costituendo come dominanti, e che non solo non derivano dal “passato”, ma che sono in gran misura derivate o emergenti dal modello medico egemonico, e sintetizzano e trasformano anche le cosiddette pratiche tradizionali. Inoltre, si includono qui le pratiche mediche di alto livello di complessità e organizzazione sviluppatasi sino ad adesso ai margini del sistema medico “occidentale”, come la medicina ayurvedica o l’agopuntura e erboristica cinesi.

(2) Per considerare una regione come indigena la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (Cdi) ha stabilito che almeno il 40% della popolazione deve poter essere ascrivibile a un gruppo nativo. I parametri attraverso i quali condurre questa ascrizione sono variamente mutati nel corso della storia messicana; attualmente si ricorre in primo luogo ad indicatori di tipo linguistico, ai quali si è affiancato, a partire dal censimento tenutosi nel 2010, il criterio dell’autodefinizione da parte degli individui stessi.

(3) La corrente teologico-pastorale della Teologia India si è sviluppata all’inizio degli anni Novanta e, rispetto alla Teologia della Liberazione, pone un’ enfasi maggiore sul riscatto culturale e identitario dei popoli indigeni (cfr. CLEARLY E.L. -STEIGENGA T.J. 2000; LUPO A. 2009).

(4) “Piante della terra” in lingua nahuatl.

(5) L’espressione *promotor de salud* non è chiaramente esclusiva di questi movimenti, ma viene mutuata dal linguaggio medico adottato in numerosi programmi istituzionali di salute pubblica.

(6) Si tratta del bagno di vapore grandemente diffuso tra molte comunità indigene messicane.

(7) L’*espanto*, o *susto*, è un referente eziologico largamente diffuso in Messico, per controllare gli effetti del quale è necessario sottoporsi a specifiche e complesse cure rituali.

(8) Sull’estrema duttilità e creatività degli operatori terapeutici, i quali coniugano pragmaticamente risorse mediche di varia provenienza, si vedano tra gli altri BENOIST J. 1993, 1996; LANDY D. 1974; SCHIRRIPIA P. - VULPIANI P. cur. 2000.

(9) La bibliografia che prende in esame il significativo contributo femminile alla diffusione e promozione delle medicine alternative in Europa e Stati Uniti d’America a partire dal XIX secolo è molto ampia; tra i contributi più recenti si vedano BIX A.S. 2004; FELDBERG G. 2004; FLESCHE H. 2007; SOINTU E. 2011.

(10) Oltre ai già citati lavori di Baer, si vedano JOHNSTON R.D. cur. 2004; SAKS M. 2003; SCHNEIROV M. - GECZIK J.D. 2002; TOVEY Ph. - EASTHOPE G. - ADAMS J. 2004.

(11) Quella zaragoceña, come si sarà intuito, è quindi una situazione ben diversa anche rispetto a quella delineata da SCHNEIROV M. - GECZIK J. D. (2002) rispetto all’area di Pittsburgh. Questi autori, se sottolineano l’impegno sociale che può sottendere l’adesione a un modello di salute “alternativo”, lo descrivono tuttavia in termini principalmente individualistici, nella misura in cui si tratterebbe di scelte che riguardano la vita quotidiana degli individui, non organizzati in gruppi strutturati veri e propri.

## Riferimenti Bibliografici

- BAER Hans (2001), *Biomedicine and alternative healing systems in America: issues of class, race, ethnicity, and gender*, University of Wisconsin Press, Madison.
- BAER Hans (2004), *Toward an integrative medicine: merging alternative therapies with biomedicine*, AltaMira Press, Walnut Creek.
- BENOIST Jean (1993), *Anthropologie médicale en société créole*, Presses Universitaires de France, Paris.
- BENOIST Jean (1996), *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médicale*, Karthala, Paris.
- BIX Amy Sue (2004), *Engendering alternatives. Feminist medical rebels and women's health-care choices, 1965-1999*, pp. 153-180 in JOHNSTON Robert D. (curatore), *The politics of healing. A history of alternative medicine in twentieth-century North America*, Routledge, New York.
- CLEARLY Edward L. - STEIGENGA Timothy J. (curatori) (2000), *Resurgent voices in Latin America. Indigenous peoples, political mobilization, and religious change*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- DEI Fabio (1996), *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, "I Fogli di Oriss", n. 5, 1996, pp. 29-56.
- DEI Fabio (2012), *Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica*, pp. 157-180, in Donatella Cozzi (curatrice), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore, Perugia, 2012.
- Faure Olivier (2002), *L'homéopathie entre contestation et intégration*, "Actes de la Recherche en Science Sociale", n. 143, 2002, pp. 88-96.
- FELDBERG Georgina (2004), *Inside-out. Holism and history in Toronto's women's health movement*, pp. 182-194, in JOHNSTON Robert D. (curatore), *The politics of healing: A history of alternative medicine in twentieth-century North America*, Routledge, New York.
- FLESCH Hannah (2007), *Silent voices. Women, complementary medicine, and the co-option of change*, "Complementary Therapies in Clinical Practice", n. 13, 2007, pp. 166-173.
- FOUCAULT Michel (2005 [1976]), *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, pp. 148-163, in FOUCAULT Michel, *Antologia. L'impazienza della libertà*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig. del saggio: *Crisis de un modelo en la medicina?*, "Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud", n. 3, gennaio-aprile 1976, pp. 197-209].
- GOLDSTEIN Michael S. (2002), *The emerging socioeconomic and political support for alternative medicine in the United States*, "Annals of the American Academy of Political and Social Science", vol. 583, settembre 2002, pp. 44-63.
- ILLICH Ivan (2005 [1975]), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, traduz. dall'inglese di D. Barbone, Boroli, Milano [ediz. orig.: *Medical Nemesis. The expropriation of health*, Calders and Boyars, London, 1975].
- JOHNSTON Robert D. (curatore) (2004), *The politics of healing. A history of alternative medicine in twentieth-century North America*, Routledge, New York.
- LANDY David (1974), *Traditional curers under the impact of western medicine*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1974, pp. 103-127
- LUPO Alessandro (2009), *Il mais nella croce. Pratiche e dinamiche religiose nel Messico indigeno*, CISU, Roma.
- MENÉNDEZ Eduardo (1992 [1983]), *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Características estructurales* pp. 97-114, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore) *La antropología médica en México*, 2 voll., Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), México [ediz. orig.: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 1983 (Cuadernos de la Casa Chata)].
- SAKS Mike (2003), *Orthodox and alternative medicine: politics, professionalization and health care*, Continuum, New York.

SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori) (2000) *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce

SCHNEIDER Suzanne S. (2009), *Radical remedies. Women, health, and the micropolitics of grassroots organizing in Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 23, n. 3, 2009, pp. 235-256.

SCHNEIROV Matthew - GECZIK Johnatan David (2002), *A diagnosis for our times. Alternative health, from lifeworld to politics*, State University of New York, Albany (NY).

SOINTU Eeva (2011), *Detraditionalisation, gender and alternative and complementary medicines*, "Sociology of Health and Illness", vol. 33, n. 3, 2011, pp. 356-371.

TOVEY Philip - EASTHOPE Gary - ADAMS Jon (curatori) (2004), *Mainstreaming complementary and alternative medicine: studies in social context*, Routledge, London.

## Scheda sull'Autrice

Lidia Donat è nata a La Spezia il 3 gennaio 1985. Si è laureata in Discipline etnoantropologiche nel 2011 presso la Sapienza Università di Roma con una tesi dal titolo *Teologia india e salud comunitaria in un pueblo nahua del sud di Veracruz*. Attualmente sta compiendo il XXVII ciclo dottorale presso la medesima Università, con un progetto sulla malnutrizione infantile in Messico.

## Riassunto

*Né doctor né curandero: le CAM (Complementary and Alternative Medicine) in un contesto indigeno messicano*

L'intervento si propone di analizzare il variegato panorama delle cosiddette CAM in un villaggio indigeno messicano. L'indagine permetterà di individuare in primo luogo le continuità e le discontinuità con i risultati emersi da analoghe ricerche svolte nei contesti urbani (sia europei che americani), e di riflettere poi brevemente sulle implicazioni conseguenti l'emergere di operatori terapeutici non pienamente posizionabili all'interno della classica dicotomia biomedicina-medicina tradizionale.

*Parole chiave:* CAM, Messico, operatori terapeutici, tradizione/modernità.

## Résumé

*Ni doctor ni curandero: les CAM (Complementary and Alternative Medicine) dans un contexte indigène mexicaine*

Cet article a pour but celui d'analyser le paysage hétérogène constitué par les traitements désignés comme CAM. L'investigation permettra d'abord de repérer les

continuités et les discontinuités par rapport aux résultats de recherches similaires menées dans des contextes urbains (soit européens que américaines), et après de réfléchir brièvement sur les implications résultant de l'émergence des opérateurs thérapeutiques qui ne peuvent pas être pleinement placés dans la dichotomie classique biomédecine-médecine traditionnelle.

*Mots clés:* CAM, Mexique, opérateurs thérapeutiques, tradition/modernité.

## Resumen

*Ni doctor ni curandero: las CAM (Complementary and Alternative Medicine) en una comunidad indígena mexicana*

El objetivo de este trabajo está en la análisis del variado panorama de las llamadas CAM en un pueblo indígena de México. El estudio primero identifica las continuidades y las discontinuidades con los resultados de investigaciones similares realizadas en las regiones urbanas (tantos europeos como americanos), y a continuación reflexiona brevemente sobre las implicaciones derivadas de la aparición de operadores terapéuticos que no pueden colocarse plenamente en la clásica dicotomía biomedicina-medicina tradicional.

*Palabras claves:* CAM, México, operadores terapéuticos, tradición/modernidad.

## Abstract

*Neither doctor nor curandero: the CAM (Complementary and Alternative Medicine) in an indigenous Mexican context*

The purpose of this paper is to analyze the heterogeneous panorama of so-called CAM in a indigenous village in Mexico. The investigation first identifies the continuities and discontinuities with results of similar studies conducted in urban environments (both European and American), and then reflects briefly on the implications resulting from the emergence of therapeutic operators not fully positioned within the classical dichotomy biomedicine-traditional medicine.

*Keywords:* CAM, México, therapeutic operator, tradition/modernity.