

**Pietro Vulpiani**



# **I DUBBI DELLO STREGONE**

**Medicina, magia e immigrazione  
in una metropoli latinoamericana**

---

ANTROPOLOGIA MEDICA

---

*a cura di Aldo Morrone*

*A Matteo, Flavia ed Edoardo,  
i cui sguardi curiosi oltrepassano  
il mio orizzonte*

Pietro Vulpiani

---

# I DUBBI DELLO STREGONE

*Medicina, magia e immigrazione  
in una metropoli latinoamericana*



ARMANDO  
EDITORE

**VULPIANI, Pietro**

I dubbi dello stregone. Medicina, magia e immigrazione  
in una metropoli latinoamericana ;  
Roma : Armando, © 2013  
256 p. ; 21 cm. (Antropologia medica)

ISBN: 978-88-6677-163-0

1. Medicine "tradizionali" in America Latina
2. Eziologia e diagnosi delle malattie
3. Ruoli e politiche mediche

CDD 300

© 2013 Armando Armando s.r.l.

Viale Trastevere, 236 - 00153 Roma

Direzione - Ufficio Stampa 06/5894525

Direzione editoriale e Redazione 06/5817245

Amministrazione - Ufficio Abbonamenti 06/5806420

Fax 06/5818564

Internet: <http://www.armando.it>

E-Mail: [redazione@armando.it](mailto:redazione@armando.it) ; [segreteria@armando.it](mailto:segreteria@armando.it)

02-05-017

I diritti di traduzione, di riproduzione e di adattamento, totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), in lingua italiana, sono riservati per tutti i Paesi.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941 n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

Le riproduzioni a uso differente da quello personale potranno avvenire, per un numero di pagine non superiore al 15% del presente volume/fascicolo, solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Via delle Erbe, n. 2, 20121 Milano, telefax 02 809506, e-mail [aidro@iol.it](mailto:aidro@iol.it)

# Sommario

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>Ringraziamenti</i>   | 9   |
| <i>Prologo</i>  | 11  |
| <i>Che ci faccio io qui?</i>                                      | 15  |
| <b>I. Guaritori in città</b>                                      | 21  |
| 1. “Medicine tradizionali” e cambiamenti socio-culturali          | 21  |
| 2. Pluralismo medico urbano                                       | 27  |
| 3. Salute e malattia tra gli aymara della regione andina          | 31  |
| 4. Divinatori, erboristi, stregoni                                | 34  |
| 5. Tra storia e mito etnografico: i <i>kallawaya</i>              | 37  |
| 6. Professione: <i>curandero</i>                                  | 41  |
| 7. Ruoli e spazi di cura nella città di La Paz                    | 46  |
| 8. Malattia e cambiamento culturale                               | 56  |
| <b>II. Eziologia e diagnosi della malattia</b>                    | 63  |
| 1. Il senso del male per il <i>curandero</i> urbanizzato          | 63  |
| 2. Polisemia del segno nell’arte divinatoria                      | 75  |
| 2.1. <i>Le carte</i>  | 76  |
| 2.2. <i>Alcune configurazioni</i>                                 | 81  |
| 3. Il contesto della divinazione e i trucchi del <i>curandero</i> | 86  |
| 3.1. <i>Una lettura occasionale</i>                               | 87  |
| 3.2. <i>Le doti del buon divinatore</i>                           | 91  |
| 4. L’elaborazione della diagnosi                                  | 98  |
| 4.1. <i>Tra diagnosi clinica e divinatoria</i>                    | 98  |
| 4.2. <i>Diagnosi multiple</i>                                     | 103 |
| 4.3. <i>Osservazione clinica e nosologie popolari</i>             | 106 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>III. La curación: storie di ordinaria magia</b>        | 111 |
| 1. Il neonato, la terra e la morte                        | 113 |
| 1.1. <i>Una brutta dissenteria</i>                        | 113 |
| 1.2. <i>L'offerta rituale</i>                             | 116 |
| 1.3. <i>Un nonno preoccupato</i>                          | 119 |
| 1.4. <i>L'attesa</i>                                      | 124 |
| 1.5. <i>La chiamata dell'anima</i>                        | 125 |
| 1.6. <i>Una morte in famiglia</i>                         | 129 |
| 1.7. <i>La beffa per l'antropologo</i>                    | 132 |
| 2. Mal di schiena per la moglie tradita                   | 136 |
| 2.1. <i>Dolori alle spalle e maledizioni in famiglia</i>  | 136 |
| 2.2. <i>L'infedeltà svelata</i>                           | 140 |
| 2.3. <i>L'offerta sul monte</i>                           | 142 |
| 2.4. <i>Una vendetta sfumata</i>                          | 146 |
| 3. L'Alzheimer è "un male incurabile"                     | 150 |
| 3.1. <i>La follia in una casa borghese</i>                | 150 |
| 3.2. <i>Io non ho fede... ma bisogna averne</i>           | 152 |
| 3.3. <i>Una diagnosi irremovibile</i>                     | 155 |
| 3.4. <i>L'osservatore sotto osservazione</i>              | 160 |
| <b>IV. La mala sorte: rimedi contro un futuro ingrato</b> | 169 |
| 1. La maledizione della cognata                           | 170 |
| 1.1. <i>Un guaritore dal carattere difficile</i>          | 170 |
| 1.2. <i>Ambizioni di modernizzazione</i>                  | 172 |
| 1.3. <i>Non manca l'invidia</i>                           | 175 |
| 1.4. <i>Parenti serpenti</i>                              | 177 |
| 2. A saziare spiriti in tre quartieri della città         | 182 |
| 2.1. <i>La Pachamama e i finanziamenti pubblici</i>       | 184 |
| 2.2. <i>L'inaugurazione di un negozio</i>                 | 188 |
| 2.3. <i>Un'offerta povera ma devota</i>                   | 192 |
| 2.4. <i>Riflessioni di fine agosto</i>                    | 194 |
| 3. Una casa invenduta                                     | 196 |
| 3.1. <i>Grattacapi in famiglia</i>                        | 196 |
| 3.2. <i>Uno strano agente immobiliare</i>                 | 198 |
| 3.3. <i>Un'offerta confusa</i>                            | 202 |
| 3.4. <i>La salute è altra cosa</i>                        | 203 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>V. Il processo terapeutico</b>                     | 205 |
| 1. Ruoli e pratiche mediche                           | 205 |
| 2. Modelli di ricorso terapeutico                     | 214 |
| 3. Le cause del male                                  | 221 |
| 4. Questione di fede: contesti, relazioni e paradossi | 231 |
| <i>Note di fine viaggio</i>                           | 241 |
| <i>Bibliografia</i>                                   | 245 |



## Ringraziamenti

---

È difficile esprimere con ringraziamenti formali il debito che ho contratto in questi anni nei confronti di tanti amici, colleghi ed informatori, che hanno permesso la realizzazione di questo lavoro. Molto devo ad Antonino Colajanni, ordinario di Antropologia sociale all'Università "La Sapienza" di Roma, che dal 1989 ha stimolato e incoraggiato la nascita, gli sviluppi ed il completamento delle mie ricerche etnografiche: i suoi suggerimenti e il suo supporto sono stati determinanti per l'impostazione di questo lavoro ... e per la mia vita professionale nel suo complesso. Per quanto riguarda la fase della ricerca, è difficile elencare tutti coloro che hanno aiutato l'indagine "sul campo". Il mio debito più grande è rivolto ai *kallaway* e *yatiri* che hanno reso possibile questo studio, attraverso un aiuto disinteressato ed un'amicizia sincera: da Severino Vila a Celso e Juan Vila, a Benigno Kaana, a don Gualberto Chanvilla, a don Mario Salcedo, e a tanti altri divinatori e guaritori che hanno sostenuto con passione lo svolgimento di questo lavoro. Sempre in Bolivia il mio ringraziamento va inoltre all'ospitalità di Lucia D'Emilio e alla cordiale accoglienza di Laura Scatoloni e Lorenzo Vacca, di Ricardo Rivas e della compianta amica Ruth Volgger, che hanno sempre accolto con il sorriso la mia ingombrante presenza e i miei dubbi. A loro e all'amico Stefano Mondovì va il mio ringraziamento per aver reso più gradevole un soggiorno sul campo estremamente difficile. Un debito particolare, per l'inquadramento scientifico, i primi contatti con gli informatori e l'incoraggiamento preziosi offerti con instancabile generosità lo devo a Gerardo Fernández Juárez, antropologo sociale della Universidad de Castilla - La Mancha, grandissimo conoscitore delle pratiche mediche e simboliche andine boliviane, che ha saputo estendere su due continenti un'amicizia nata sul campo etnografico. Gratitudine va alla Ministra della Repubblica boliviana Elisabeth Salguero che, con instancabile perseveranza politica, ha contribuito a tradurre in realtà di Governo i nostri giovani sogni utopici e visionari

di uno Stato boliviano plurinazionale e interculturale. Un ringraziamento lo devo all'etnologo Pino Schirripa, la cui passione nei confronti della professionalizzazione delle medicine indigene africane ha offerto nuove chiavi di lettura e direzioni imprevedute alla mia ricerca etnografica. Debito di riconoscenza va alla paziente disponibilità di Eliana Lucibello, dei miei genitori Carlo e Dina e di Peppino e Marisa, che hanno reso possibile la ricerca, colmando la mia assenza e condividendo la lontananza generata da un *campo* di ricerca troppo distante. Ulteriore ringraziamento va a Serena Lucibello, che ha curato la composizione grafica delle configurazioni delle carte per la divinazione e a Bartolomeo Mazzotta per il supporto a distanza e l'archivio epistolare. A Ida De Simone va la mia gratitudine per il sostegno emotivo e per aver combattuto con perseveranza la mia indolente predisposizione a non rivedere e pubblicare il manoscritto. Il debito finale va ai miei figli Matteo, Flavia ed Edoardo, a cui le mie ricerche hanno sottratto, in ordine decrescente, frammenti di dedizione; a loro e a mia nipote Gioia va l'augurio che possano tracciare presto i sentieri verso i quali vorranno dirigersi.

## Prologo

---

Dal 1989 al 1995 ho svolto una ricerca antropologica in Bolivia. Da anni mi occupavo di rapporti tra biomedicina e medicine tradizionali ed il mio interesse era quello di verificare se in un paese remoto dell'America latina, a prevalenza indigena, i processi di modernizzazione che avevano coinvolto il continente avessero avuto un impatto sulle teorie e pratiche mediche indigene, sulle credenze popolari e sul ruolo dei guaritori autoctoni. In base alla letteratura etnografica sulle medicine indigene, prevedevo di lavorare con guaritori e divinatori dotati di grandi conoscenze erboristiche e rituali, venerati e temuti dall'intera popolazione indigena e disprezzati dalla medicina ufficiale. In realtà, appena arrivato mi accorsi che la situazione era diversa: i villaggi andini erano pressoché deserti, mentre masse di immigrati si andavano accalcando in immense e degradate periferie urbane, e ricercavano i servizi di altri immigrati, erboristi e maghi, che potessero fornire loro risposte alle precarie condizioni sanitarie, economiche ed esistenziali.

Per cogliere meglio i cambiamenti culturali che i processi di globalizzazione stavano provocando anche sul freddo ed inospitale altipiano andino, decisi così di spostare le mie indagini etnografiche dagli spopolati villaggi delle Ande alla città di La Paz, meta preferita dei poveri aymara e quechua del mondo rurale.

Nelle strade della metropoli andina, medici e guaritori convivevano senza problemi, tra moderne cliniche, ambulatori di medicina indigena e farmacie all'aperto. Biomedicina e pratiche rituali si affiancavano nello sforzo di neutralizzare la malattia, in una città piena di contrasti tra povertà estreme ed oasi di ricchezza delimitate da alti muri di recinzione.

Inoltre, le medicine indigene godevano dei riconoscimenti politici internazionali, che avevano condotto la politica sanitaria ad avviare ponti di collaborazione con maghi ed erboristi in alcuni ospedali e negli studi privati, mentre il sapere medico indigeno perduto si andava recuperando a fatica

con corsi di formazione e grazie alla stessa letteratura etnografica, che si era focalizzata sui villaggi di origine dei guaritori immigrati.

Da ricercatore universitario mi trasformai presto in assistente dello stregone. In alcuni mesi di permanenza distribuiti nel corso degli anni, mi recai al lavoro dall'alba al tramonto e nelle fredde notti andine, con divinatori e guaritori aymara e *kallawaya*, entrando nelle case, cercando una soluzione a drammi familiari e malattie spesso incurabili.

I saperi, i dubbi, le contraddizioni, i trucchi che accompagnavano quotidianamente il lavoro dei miei amici guaritori mi sono stati trasmessi grazie ad una fiducia costruita con gli anni. Per non tradire l'amicizia e la riservatezza richiesta dai partecipanti a tali eventi, ho scelto di non pubblicare finora buona parte del materiale raccolto, lasciando i risultati della mia ricerca ad una tesi di dottorato in Scienze etno-antropologiche depositata nel 1996 negli archivi delle Biblioteche nazionali centrali di Roma e Firenze.

Alcuni anni sono passati e diversi amici divinatori e guaritori sono morti, portando con sé le loro esperienze di vita. Altri sono emigrati all'estero, mescolandosi nell'anonimato di flussi migratori di massa verso l'Europa ed altri paesi latinoamericani. I più giovani continuano ad esercitare in strada o in ambulatori, mentre nel mondo occidentale vengono pubblicati libri che forniscono una immagine statica delle medicine indigene e dei loro attori principali, lontana dalle contraddizioni della realtà quotidiana, senza rispecchiare i grandi cambiamenti di idee e di pratiche che hanno trasformato spesso radicalmente credenze e pratiche di guarigione. Mi sembrava quindi giunto il momento di far conoscere anche al grande pubblico i segreti di vite che si intersecano nelle brulicanti strade di città e nelle fangose baracopoli, superando la tradizione culturale andina per acquisire dalla modernità quanto basta per una riformulazione nuova ma non acritica dei saperi, delle credenze e delle pratiche magiche e terapeutiche.

“A tutto c'è rimedio fuorché alla morte” ripeteva sempre un anziano divinatore aymara quando leggeva il futuro a chi lo chiedeva, e quando cercava di trovare un senso e una soluzione alla sventura che gli si poneva dinnanzi. Ma quelle tradizioni mediche e magiche, forti e condivisibili, che in passato potevano fornire risposte certe e indiscutibili al divinatore e al guaritore, di fronte al caos urbano e alle mutate aspettative del paziente, si sono andate parzialmente rielaborando per adeguarsi al mondo circostante. Dubbi, incertezze, precarietà individuale e sociale si ripercuotono su un sistema di interpretazioni simboliche della realtà, che questi operatori della magia hanno per secoli acquisito dai genitori, dai parenti, dai propri maestri. Un orizzonte

simbolico di lettura del mondo, della salute, della malattia, del futuro, comincia a vacillare e ad essere messo in crisi. Il collante che può restituire senso a questo universo semantico va ricercato nel quotidiano, unendo i sistemi di credenze ed i simboli del passato a quelli degli interlocutori che chiedono aiuto ai guaritori tradizionali: pazienti e clienti, che usano Internet, vivono nel mondo frenetico di tutti i giorni, sono paralizzati da traffico, burocrazia, consumismo, intense relazioni umane, da un sistema di informazioni, di conoscenze e di idee che condividono con il resto del pianeta. Ed i guaritori che descriveremo tendono ad oscillare tra assertività ed elusività, mimetizzandosi e banalizzando discorsi e pratiche simboliche, per fornire risposte più aderenti all'immaginario dei propri clienti e facilitare la comunicazione con i propri interlocutori.

Bisogna aggiungere che c'è anche chi non riesce ad adattarsi a questi cambiamenti. L'imbarazzo di questa nuova situazione coglie impreparati i guaritori più rigidi, emigrati dai villaggi andini e portatori di un sistema di credenze che non vogliono negoziare con il mondo circostante. L'arrivo nella metropoli è profondamente destabilizzante per loro e riescono a stento a trovare fonti di sussistenza con il proprio lavoro. A volte, un vestiario profondamente arcaico, il volto solcato dalla forza del sole, ed uno stentato spagnolo conducono potenziali clienti a rallentare il passo, accennare un saluto ossequioso, per poi fermarsi da uno dei tanti operatori del magico a cui richiedere un responso plausibile con la vita che conducono e con i problemi che affrontano nel magma urbano di tutti i giorni.

Sono tanti i volti che animano una città quante le risposte che guaritori, maghi, divinatori ed i loro ammiratori e denigratori possono fornire. Pensavo fosse arrivato il momento di parlare di loro, entrare nelle loro case e in quelle di chi li chiama e li paga per ottenere da loro conforto; racconterò di tutto ciò non tanto per svelare segreti e significati, quanto per cogliere come questi sistemi simbolici di credenze e valori siano ogni giorno amalgamati dal contesto in cui operano, e risorgano quotidianamente dotati di nuova linfa e senso. Ecco perché il mondo della magia e della medicina indigena è vivo, sano e forte in quanto cangiante, e potrà avere un futuro solo tradendo inesorabilmente quella tradizione che si vanta di perpetuare.

Vorrei così rispondere, a oltre quaranta anni di distanza dai primi volumi di Carlos Castaneda, a quelle ideologie e retoriche letterarie occidentali di rilettura delle medicine indigene nei limiti ristretti di una banale contrapposizione: quella di valori tradizionali puri e incontaminati, ultimo baluardo contro una globalizzazione culturale che tende a sostituire la cultura autoc-

tona in uno sforzo di omologazione irreversibile ed ineludibile. Da queste pagine si vuole ribadire invece come le culture umane si muovano su altri presupposti, quelli di un perenne confronto e scontro il cui risultato è un imprevedibile ibridismo culturale, fondato su processi di costante rinegoziazione simbolica, inarrestabile veicolo di trasformazioni identitarie e culturali multidirezionali, capaci di mutare continuamente sembianze senza poterne prevedere le fattezze finali.

## Che ci faccio io qui?

---

L'ultimo CD della cantante Laura Pausini risuonava nella casa disadorna di doña Enriqueta, in pieno centro di La Paz, mentre don Gualberto Chanvil-la, un anziano divinatore aymara, scacciava le forze del male con orazioni ed offerte rituali per gli spiriti delle montagne innevate. L'obiettivo era quello di interrompere magicamente una storia d'amore, allontanando la nuora di Enriqueta dal suo unico figlio e restituendo alla madre il figlio amato. La voce della cantante italiana nella versione spagnola de *La solitudine*, hit di fine 1994, prorompeva dagli studi di una lontana radio privata nel mezzo del rituale magico, mescolandosi tra i rumori del traffico cittadino: "Marco se ha marchado para no volver..."; strofa che ero solito ascoltare nella versione italiana della canzone, e che in questo nuovo contesto generava un drammatico senso di spaesamento, recuperando con forza alla memoria parte del mio mondo con una stridente interferenza tra la nostalgia per il mio universo d'appartenenza ed il desiderio di entrare integralmente in sistemi di credenze e pratiche simboliche lontani da me.

Le canzoni italiane sono molto diffuse in tutta l'America latina. Era perciò normale che cantanti come Eros Ramazzotti o Laura Pausini fossero le colonne sonore della caotica giornata urbana, e si mescolassero anche tra le orazioni propiziatorie di maghi e divinatori. L'inflessione spagnola imperfetta e le melodie delle pop star italiane del momento penetravano di prima mattina nelle trafficate vie della metropoli boliviana, ed accompagnavano le sedute terapeutiche e magiche senza interferire in un assetto rituale che viveva ben altre pressioni al cambiamento.

L'urbanizzazione in Bolivia aveva condotto dagli anni '70 allo spostamento di grandi masse di persone, tanto da raccogliere in area urbana la maggioranza della popolazione nazionale. Nel dipartimento di La Paz, dove il gruppo etnico aymara ha la densità di popolazione maggiore, la maggioranza dei suoi abitanti risiede tra il comune di La Paz e la sua ex periferia El

Alto. Queste due città si presentano come un unico corpo urbano polimorfo, soggetto a una profonda e radicale modernizzazione, politiche di sviluppo infrastrutturale, innovazioni tecnologiche ed una evoluzione del lavoro terziario. In ambito medico-sanitario la caratteristica che le contraddistingue è la compresenza di varie tradizioni terapeutiche.

Grazie a questo pluralismo medico urbano, il paziente che nel mondo rurale ha scarso accesso a strutture mediche moderne, in città si trova di fronte ad un'offerta terapeutica estremamente ricca, e tende ad adottare strategie multiple di ricorso alla cura, sperimentando per una singola patologia diverse soluzioni mediche, simultaneamente o in successione. Può così utilizzare la biomedicina occidentale accanto ai rimedi autocurativi naturali, integrati con i farmaci sintetici, e far ricorso a divinatori e *curanderos* per malattie e problematiche spesso connesse con una concezione mistico-simbolica andina. Il paziente, che i terapeuti nativi denominano "cliente" (enfaticamente il carattere commerciale del rapporto), tende a rivolgersi ad operatori magici anche per la risoluzione di vecchie e nuove difficoltà di relazione e disagi personali sorti dall'adattamento al moderno contesto urbano.

In città la compresenza di diverse tradizioni mediche di origine indigena ed il pluralismo medico che ne consegue non sono mai stati oggetto sistematico di approfondimento antropologico. La letteratura etno-antropologica e sociologica rivolta all'analisi dei sistemi medici tradizionali boliviani è infatti concentrata prevalentemente sull'altipiano andino, sulla regione amazzonica e i bassipiani della Bolivia, e trascura la realtà urbana per fornire spesso l'immagine di medicine native contraddistinte da tradizioni fisse ed immutabili. Gli immigrati aymara accrescono continuamente la ex periferia di La Paz, El Alto. È in questa nuova città che i migranti aymara sopraggiungono per costruire abusivamente casupole di adobe, prive di acqua, fognie e luce elettrica. La posizione è ideale per poi scendere quotidianamente in cerca di lavoro nella città di La Paz che si trova in una conca naturale che taglia l'altipiano. Data la continuità storica, geografica, socio-economica e culturale dei due centri urbani, e la mobilità dei suoi abitanti, mi sembrava doveroso focalizzare l'attenzione della mia ricerca su entrambe le località.

L'obiettivo della mia ricerca era quello di approfondire la realtà e i cambiamenti dei vari sistemi medici tradizionali coesistenti ad El Alto e La Paz, mantenendo fermi due ambiti di osservazione: l'analisi delle dinamiche politiche ed istituzionali e delle pressioni sociali che interferiscono ed influenzano le concezioni, le pratiche e le forme organizzative dei guaritori indigeni urbanizzati nonché l'analisi delle teorie e pratiche connesse con l'intero pro-



cesso terapeutico in un campione di *curanderos* di origine aymara e quechua residenti in città, e delle innovazioni presenti nei contesti curativi rispetto alla tradizione andina a cui questi fanno riferimento.

Ma come e perché sono finito in una città a 4000 metri di altitudine a rivolgere l'attenzione sui cambiamenti di teorie e pratiche mediche indigene?

Il mio interesse per l'argomento era cominciato nel 1987, quando il Presidente della Repubblica boliviana aveva ratificato un decreto presentato anni addietro, che riconosceva le medicine tradizionali indigene e ne legittimava la pratica promuovendo il suo inserimento all'interno dei servizi di assistenza medico-sanitaria nazionale. Tra i paesi dell'America latina questo era il primo caso di legalizzazione delle medicine tradizionali, pertanto la notizia era stata ripresa da molti movimenti indigeni amerindiani che rivendicavano anche per i loro paesi il diritto a vedere riconosciute le medicine autoctone e a poterle praticare liberamente. Questo riconoscimento si inseriva all'interno di un orientamento più generale di rivalutazione delle medicine indigene, che si era sviluppato con la decolonizzazione in alcuni paesi asiatici ed africani, e che aveva prodotto anche specifici suggerimenti di politica sanitaria da parte di organismi internazionali delle Nazioni Unite dalla fine degli anni '70.

Ciò che chiaramente non emergeva era la portata di tale accettazione formale e istituzionale delle medicine indigene sul sistema ideologico delle pratiche terapeutiche dei singoli guaritori nativi; e ancor meno si coglievano i mutamenti endogeni delle medicine indigene e la rappresentatività dei movimenti che ne rivendicavano la legittimazione. Si comprendeva soltanto che il movimento che aveva ottenuto tali risultati era prevalentemente urbano ed andino, e rispecchiava gli interessi di un compatto gruppo di guaritori nativi, i *kallawaya*, che stavano migrando in massa verso la capitale della Bolivia, La Paz. Sempre in quegli anni, organizzazioni non governative e gruppi cattolici di sostegno allo sviluppo avevano avviato progetti che vedevano come destinatari dei guaritori indigeni, con lo scopo di migliorare le loro conoscenze empiriche di tipo erboristico-naturale e permettere una collaborazione tra medicine indigene e biomedicina.

Questo formale riconoscimento e la sensibilità degli interlocutori istituzionali e politici e della classe intellettuale locale facevano intuire che i medici indigeni, soprattutto coloro che risiedevano in città, erano sottoposti a sollecitazioni e pressioni inevitabili, che avrebbero potuto determinare cambiamenti nelle ideologie e prassi terapeutiche di medici e pazienti.

La complessità urbana imponeva una serie di quesiti ai quali non corrispondevano risposte da parte della ricerca socio-antropologica. Quale im-

patto può avere l'emigrazione in un contesto urbano per le teorie e pratiche mediche di guaritori tradizionali? Come i cambiamenti nell'ideologia e nella prassi terapeutica dei guaritori possono essere influenzati dalle aspettative degli immigrati inurbati che si rivolgono alle medicine tradizionali pur trovandosi in contatto stretto e frequentando anche i servizi medico-sanitari moderni? Che influenza può avere un intervento istituzionale pianificato di sviluppo dei saperi e delle pratiche mediche native sui guaritori stessi? Quali mutamenti possono provocare nelle medicine indigene le occasioni di confronto con la medicina convenzionale? A queste domande volevo fornire una risposta la ricerca che ho portato avanti dal 1989 al 1995 nelle limitrofe città di La Paz ed El Alto, in tre fasi di ricerca distinte: dall'ottobre 1989 al febbraio 1990, dall'ottobre al dicembre 1994 e dall'agosto al settembre 1995.

Un'area problematica che ho cercato di affrontare con la mia ricerca era rappresentata dalle diverse *concezioni e pratiche mediche all'interno dello stesso processo terapeutico*, e da una riflessione sui cambiamenti avvenuti rispetto alle tradizioni mediche del mondo rurale. Per affrontare la problematica ho utilizzato una *osservazione partecipante* che mi ha permesso di condividere le giornate con alcuni guaritori nativi, accompagnata da interviste approfondite, libere e semi-strutturate, con curatori di origine aymara e quechua. La strategia che mi ha permesso di comprendere meglio il livello dei cambiamenti delle teorie e pratiche mediche e rituali nell'adattamento con il contesto urbano è stata però determinata dal mio inserimento nel contesto terapeutico in qualità di apprendista *curandero*, secondo un atteggiamento di *partecipazione osservante*. La semplice osservazione partecipante, mediata dalla testimonianza del guaritore o del paziente, impediva infatti di cogliere una serie di dinamiche che soltanto l'interazione tra medico, paziente, e gruppo sociale primario permettevano di comprendere. In questa situazione invece l'antropologo era parte del contesto e interferiva su di esso, ma ricopriva anche un ruolo privilegiato per una migliore comprensione delle variabili che a diverso livello contribuivano a generare la metamorfosi del curanderismo urbano. I vantaggi offerti da un'osservazione *dall'interno*, in quanto attore sociale dello stesso evento sotto osservazione, mi hanno permesso di dipanare un intreccio altrimenti difficilmente leggibile, che vede nel paziente un protagonista centrale del cambiamento delle concezioni e pratiche terapeutiche indigene. Attraverso tale strategia ho potuto chiarire una serie di ambiti legati a diversi problemi: il condizionamento ambientale nella pratica terapeutica; la motivazione del paziente/cliente; l'ideologia me-

dica dei singoli terapeuti; l'eziologia e la diagnosi della malattia; la pratica terapeutica empirico-rituale; la comunicazione medico-paziente; la trasmissione dei saperi medici empirici e simbolici.

Altra area problematica era determinata dalle *interferenze a livello politico e istituzionale* sulle teorie e pratiche terapeutiche indigene: era quindi necessario cogliere i livelli di percezione e interpretazione che avevano della medicina tradizionale vari interlocutori istituzionali o comunque coinvolti in processi di mutamento pianificato delle medicine indigene. Una prospettiva multipla ha permesso di connettere le visioni di interlocutori appartenenti a vari livelli di organizzazione sociale a livello verticale ma anche a livello orizzontale; raccogliendo il punto di vista di funzionari delle agenzie internazionali, delle istituzioni sanitarie governative, degli operatori medici ufficiali e indigeni, ma anche l'autopercezione che i medici tradizionali hanno di se stessi. In questo modo sono emersi i diversi significati e le differenti valutazioni che le pratiche mediche native acquistano a seconda dei punti di vista, non trascurando l'evoluzione storica delle singole prospettive e l'influenza che tali posizioni hanno avuto sui medici tradizionali. Infatti i singoli punti di vista e le opinioni di specifici gruppi sociali, una volta trasformati in strategie istituzionali, possono produrre degli effetti sui comportamenti individuali e collettivi di gruppi di terapeuti tradizionali che sono estremamente difficili da valutare. Il vantaggio dell'approfondimento di tale questione sta nel contributo che può offrire per una comprensione globale dei cambiamenti in atto tra i terapeuti indigeni, perché permette di cogliere appieno l'interrelazione tra dinamiche endogene e esogene di trasformazione. All'interno di questo lavoro ho preferito affrontare il problema della legittimazione e rivalutazione delle medicine indigene come naturalmente inserito all'interno del processo terapeutico, senza dare uno spazio specifico alle diverse posizioni degli interlocutori coinvolti, per mostrare soltanto l'effetto che i tentativi di professionalizzazione delle medicine indigene hanno avuto sulle relative teorie e pratiche terapeutiche.

Questo volume vuole fornire una analisi integrata dei rapporti tra salute e malattia in città, mostrando le complesse intersezioni tra diversi piani della realtà sociale. Nelle storie di cura e magia che si mostreranno è presente un filo conduttore che lega insieme processi di adattamento e rifunzionalizzazione dei ruoli terapeutici indigeni in città; itinerari terapeutici seguiti dai pazienti in cerca di cure; modelli eziologici e diagnostici della malattia all'interno di una causalità o un ordine di concause multidimensionali, ampiamente influenzate dalle aspettative del paziente e dalle pressioni esterne;

problemi di relazione che emergono dalla comunicazione tra guaritore e paziente e dalle ingiunzioni paradossali che contraddistinguono la seduta terapeutica; problemi e ambiguità determinate dalla legittimazione delle medicine tradizionali effetto del processo di professionalizzazione delle medicine native che ha interessato in particolar modo il contesto urbano.

Infine, si pone l'esigenza di un'ultima considerazione: ogni giorno vedo tante donne ed uomini che si accalcano ai nostri servizi medici in Italia, figli di un processo migratorio che dagli anni '90 ha cominciato a contraddistinguere in modo irreversibile e strutturale la penisola. Sono donne ed uomini che con le loro caratteristiche somatiche e l'italiano stentato mi ricordano i volti dei tanti amici, pazienti, guaritori, incrociati durante le ricerche sulle Ande.

Queste pagine possono contribuire a comprendere perché il ricorso alla salute di chi emigra, come di chi resta in patria, non può essere soddisfatto unicamente da un approccio biomedico. Tutti noi attribuiamo senso al nostro corpo, ai nostri sintomi, alla loro risoluzione passando attraverso una trama complessa di proiezioni ed attribuzioni di significato che appartengono alle nostre ansie e paure nascoste, alle cornici culturali che condividiamo con i nostri cari e con le nostre comunità di riferimento, agli stimoli provenienti dal confronto con gli operatori sanitari e con le loro rispettive ideologie e pratiche di salute. Da questo grande incontro di senso, credenze, opinioni personali e pareri scientifici si costruisce lentamente la nostra strategia di intervento, per ricostituire un equilibrio del corpo e della mente. Le variabili che entrano in gioco sono tante ed i percorsi del ricorso terapeutico molteplici. Al lettore non resta altro che seguire le tante storie di vita presentate in queste pagine, dall'alto di spalti di un'arena in cui si riproducono vissuti di malattia, sofferenza e precarietà, ma anche tentativi drammatici, e a volte goffi o grotteschi, di risoluzione dei problemi; sulle loro ondivaghe dinamiche il lettore potrà indugiare con uno sguardo che non disturberà gli attori coinvolti, ma permetterà di acquisire maggiore consapevolezza di quanto varie e creative siano le risposte che ognuno di noi attribuisce alla propria condizione di malessere fisico, mentale, sociale ed economico, e di come queste diverse dimensioni siano tutte strettamente correlate nel nostro "star male".

# I. Guaritori in città

---

## 1. “Medicine tradizionali” e cambiamenti socio-culturali

Prima di entrare nei vicoli della città di La Paz, per seguire le soluzioni contro la malattia e la sfortuna elaborate da abili guaritori e maghi emigrati in città, ritengo utile fare alcune considerazioni sul perché sia indispensabile inserire tali pratiche, di medicina cosiddetta “tradizionale”, in una globale comprensione dei processi multipli di cambiamento sociale e culturale che alterano le teorie e prassi della salute e della malattia indigene in contesto urbano.

Le medicine indigene sono, come ogni altro ambito della realtà sociale, poste al centro di complessi processi globali che investono, manipolano e contaminano idee, credenze, valori, simboli. Denominarle “tradizionali” appare sicuramente improprio, anche se nella letteratura etnologica ed etnoantropologica tendiamo a parlare ancora di “medicine tradizionali” quando ci occupiamo di analisi delle concezioni della malattia, delle teorie e pratiche terapeutiche indigene e del ruolo dei guaritori nativi in moltissime società umane. Entrare nel cuore di una cultura medica indigena, comprenderne i mutamenti e le direzioni, capire le reciproche influenze che hanno alterato le loro caratteristiche strutturali e le attitudini verso la salute e la malattia implica uno sforzo di ampliamento del campo di osservazione sulle tante variabili che in un mondo globalizzato hanno messo in crisi il precario equilibrio di tradizioni di villaggio già di per sé spurie e contaminate da secoli di storia. Se vogliamo quindi parlare delle storie di ordinaria magia di divinatori e guaritori delle Ande boliviane, della sofferenza e delle soluzioni terapeutiche empiriche e magico-rituali adottate dai loro emancipati pazienti, delle politiche e delle pratiche quotidiane che alterano sistemi di credenze riadattandoli alla modernità del terzo millennio, dovremo abbandonare una ideale visione

incontaminata di questi sistemi medici e rivedere criticamente molti falsi modelli di arcaicità medica indigena, esportati dalla letteratura degli ultimi sessanta anni.

Fortunatamente molti studi di etnomedicina ed antropologia medica di quegli stessi anni hanno potuto cogliere nello stesso periodo storico come le medicine indigene siano state enormemente influenzate dai radicali cambiamenti economici, politici, socio-culturali ed ecologici che hanno interessato le loro società, accompagnati da una sempre più capillare diffusione della medicina scientifica. La maggiore accessibilità e fiducia nella medicina convenzionale di origine europea non hanno cancellato la presenza e l'uso delle medicine cosiddette tradizionali da parte di estese fasce della popolazione, residenti soprattutto nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo; ma si è andato perdendo quasi del tutto il carattere esclusivo del ricorso a cure mediche tradizionali, che hanno acquisito sempre di più il ruolo di risorse mediche alternative o complementari alla medicina ufficiale moderna. In questa realtà di pluralismo medico, le medicine indigene hanno subito profondi mutamenti che hanno coinvolto il sistema delle credenze e delle pratiche terapeutiche originarie, ma anche i ruoli medici ricoperti dai singoli guaritori. Nell'impatto con i processi di modernizzazione e dal confronto spesso aspro con la medicina convenzionale, il terapeuta nativo ha elaborato diverse modalità di risposta e di adattamento culturale. Per comprendere i diversi orientamenti delle medicine indigene contemporanee, si deve però evidenziare anche l'importanza del rinnovato interesse nazionale e internazionale per i saperi e per le pratiche terapeutiche tradizionali, viste come risorse valide per l'innalzamento della salute collettiva soprattutto in quelle aree del mondo ancora sprovviste di adeguati servizi medici pubblici. Da questo interesse sono emerse esperienze di rivalutazione e professionalizzazione delle medicine indigene, che, attraverso processi di sviluppo pianificato, sia a livello nazionale che internazionale, hanno prodotto effetti di trasformazione delle medicine tradizionali ancora tutti da valutare. Infatti le attuali medicine tradizionali vanno analizzate attraverso un approccio multidimensionale, consapevole della molteplicità dei fattori influenzanti il loro cambiamento, con un'attenzione rivolta non solo ai processi acculturativi spontanei, ma anche alla realtà politico-economico-religiosa delle medicine native e delle esperienze di sviluppo pianificato che hanno coinvolto i sistemi medici indigeni. Si tratta di un orientamento multidirezionale dei mutamenti in atto, che evidenzia limiti e ambiguità sia delle medicine tradizionali che della letteratura che le riguarda.

Lo studio della malattia, della cura e del comportamento patologico intesi come categorie culturali ha cominciato ad essere affrontato attraverso una tradizione antropologica che negli anni si è focalizzata su significati, percezioni e interpretazioni del male e delle cure mediche praticate, sul sistema di credenze ad essi connesso, sui saperi, i ruoli e le figure coinvolte in un processo terapeutico. La puntuale descrizione delle credenze e pratiche mediche ha però trascurato per anni lo studio globale dei sistemi medici, intesi come quella rete complessiva di risorse umane, di mezzi terapeutici e di strategie operative predisposte in ogni società umana per ristabilire la salute. Si è inoltre trascurato, a volte, il carattere dinamico e mutevole di questi sistemi medici, coesistenti in una stessa società e in continua interazione tra loro.

In realtà le diverse tradizioni mediche indigene presenti in molti paesi extraeuropei hanno subito delle radicali trasformazioni dall'impatto con la medicina cosmopolita. La medicina moderna, introdotta attraverso i governi coloniali nel mondo non industrializzato della fine del Diciannovesimo secolo, si è affiancata ai sistemi medici autoctoni monopolizzando la gestione ufficiale della malattia attraverso una struttura medica basata su presupposti scientifici universalmente condivisi e standardizzati, che hanno accelerato i tradizionali processi di interazione, scambio e mutamento tra tradizioni mediche native coesistenti, provocando in alcuni casi una profonda destrutturazione delle medicine locali.

Nel corso di questo secolo le società indigene composte da piccoli gruppi di persone isolate geograficamente, culturalmente e linguisticamente, caratterizzate da scarsa specializzazione occupazionale, e dedite ad economie di sussistenza, si sono più o meno lentamente inserite negli Stati-Nazioni di cui fanno parte. I contatti con le più vaste società nazionali, dapprima dovuti all'intraprendenza di missionari e commercianti, sono oramai in genere costanti e aperti a contesti internazionali, attraverso la diffusione capillare dell'economia di mercato, dei sistemi di comunicazione e di una cooperazione allo sviluppo estesa agli angoli più remoti del pianeta. Tutto ciò ha provocato processi di modernizzazione estremamente rapidi, che hanno accelerato cambiamenti socio-culturali già in atto.

Anche a livello medico-sanitario, i profondi cambiamenti sociali in corso, la diffusione della medicina convenzionale, la sua crescente affidabilità e il migliorato accesso alle strutture pubbliche hanno determinato risposte di diverso tipo tra i sistemi medici indigeni.

Una interessante tipologia dei differenti ruoli curativi elaborati dai sistemi

medici nativi come risposta alle pressioni esterne mostrava già negli anni '70 tre orientamenti possibili: quello di ruoli terapeutici adattativi, indeboliti ed emergenti (Landy 1974). Nel caso di risposte *adattative*, i sistemi medici nativi affrontano le sfide poste dalla modernizzazione, come ad esempio l'impatto con l'ideologia e le pratiche terapeutiche della medicina convenzionale ed i farmaci sintetici, con una duttilità e ricezione degli elementi esterni, che vengono selezionati, rielaborati ed infine incorporati come nuove sintesi tecno-culturali. Vi sono invece sistemi medici nativi dotati di ruoli di cura *indeboliti*, che di fronte all'impatto, all'ostilità e alla competizione della medicina scientifica accettano passivamente la perdita di prestigio sociale ed un ruolo sempre più obsoleto, per mantenersi ancorati alle pratiche tradizionali senza la capacità di rispondere ai mutati bisogni dei pazienti e al decrescente consenso nelle masse giovanili, rischiando così l'estinzione. Ma le situazioni di contatto possono determinare anche la presenza di ruoli curativi *emergenti* che ricoprono aspetti e funzioni di vari ruoli terapeutici preesistenti, come nel caso dei medium spiritisti diffusi in molte società latinoamericane. A seconda delle capacità di risposta delle tradizioni mediche native, il guaritore indigeno potrebbe a) accettare di ricoprire un ruolo marginale, soddisfatto però di gestire con la stregoneria e la magia quegli spazi incontrollabili dalla biomedicina; b) denigrare la medicina scientifica come strumento di oppressione indigena, soprattutto in contesti di acceso nazionalismo, per proporsi come rappresentante di una medicina pura ed innocua perché tradizionale; c) modificare il suo status per adottare modelli esterni di riferimento e il ruolo del terapeuta subordinato al medico convenzionale; d) abbandonarsi alla disperazione o al comportamento deviante nell'incapacità di sopportare il nuovo status di terapeuta marginale e subordinato alla biomedicina. Di queste possibili risposte ai processi acculturativi, il ruolo di cura adattativo è il più ricorrente nelle tradizioni mediche indigene, capace di adeguarsi ai mutamenti in atto, rimodellando e attribuendo nuove funzioni ad elementi appartenenti a tradizioni mediche esogene.

In base a questa diffusione di atteggiamenti di disponibilità al confronto e all'acquisizione culturale di elementi medici esterni, Irwin Press ha definito i sistemi medici tradizionali come "sistemi aperti" (1978), predisposti ad accettare stimoli e contribuire alla funzionalità di tutti i settori della società, economici, familiari, rituali, morali e istituzionali. Il rapporto tra medicine indigene e biomedicina può comportare una relazione che va dal totale isolamento alla più stretta interazione, ma tale elasticità ed apertura nei confronti degli elementi esterni anche della medicina convenzionale e delle mutate ri-



chieste della società determinano il mantenimento di un ruolo centrale delle pratiche terapeutiche native, anche di fronte a profondi processi di modernizzazione.

Con la maggiore accessibilità delle strutture mediche e di prevenzione sanitaria, anche nel mondo rurale le medicine indigene sono divenute parte di un più ampio pluralismo medico, in cui le diverse tradizioni terapeutiche possono relazionarsi in modo antagonistico e competitivo, possono semplicemente coesistere, o interagire tra loro in forma complementare e sperimentare forme di integrazione selettiva (Landy *op. cit.*, 121; Pedersen e Barufatti 1989, 487). Le differenti modalità di interazione tra medicine indigene e medicina convenzionale sono importanti per comprendere la direzione e l'intensità dei processi acculturativi spontanei. Il ruolo dei guaritori indigeni e le risposte dei sistemi medici nativi sono però direttamente legati anche alle politiche istituzionali, ai contesti giuridici, agli interventi di sviluppo pianificato avviati da interlocutori nazionali e stranieri; si tratta di variabili essenziali nella comprensione di questi processi di cambiamento culturale, capaci di catalizzare o riorientare processi acculturativi già in atto. Per questo motivo è estremamente importante non dissociare lo studio delle variabili socio-culturali delle tradizioni mediche autoctone dall'analisi del quadro storico, politico e giuridico che le regola a livello nazionale e internazionale, e dalle esperienze di interazione tra medicine avviate attraverso interventi pianificati.

Inoltre, alcune considerazioni riguardano le modalità di trasmissione del sapere medico e rituale, delle pratiche divinatorie, simboliche e di guarigione nei moderni contesti urbani. Il confronto e l'interazione tra medici tradizionali, e la redistribuzione delle conoscenze mediche all'interno del gruppo, rappresentano un importante contributo al rafforzamento e alla riproduzione del sapere terapeutico autoctono, capace di confrontarsi con la standardizzata medicina convenzionale. Queste forme di scambio vengono più recentemente rafforzate da specifiche esperienze informali di associazionismo, e sono attualmente riscontrabili tra le attività delle numerosissime associazioni formali di guaritori indigeni, nate spontaneamente o frutto di specifiche progettualità istituzionali di professionalizzazione.

Il cambiamento che la modernizzazione e l'urbanizzazione hanno provocato in alcune recenti modalità di recupero delle pratiche mediche tradizionali è enorme, se si pensa che nelle società di piccola scala i guaritori in genere producono una scarsa quantità di nuove conoscenze mediche, dato che detengono un limitato controllo sui mezzi e sulle relazioni tecniche e

sociali di produzione del sapere. I medici tradizionali incontrano un numero statisticamente insignificante di pazienti, e riescono a seguire i risultati delle terapie adottate soltanto nel caso in cui si tratti di pazienti della propria o di comunità limitrofe; non hanno gli strumenti professionali e tecnologici per acquisire e analizzare i dati relativi alla morbilità nell'area in cui operano, e alla loro morte lasciano al massimo alcune riflessioni che non si basano su un repertorio di eventi quantificabili e valutabili. Inoltre, i terapeuti tradizionali nelle isolate realtà del mondo rurale non sono in grado di produrre un sapere scientifico, anche perché le loro pratiche mediche sono dominate dalle presupposizioni e dalle aspettative dei pazienti, e pertanto ripropongono modelli esplicativi delle malattie diffusi e consolidati nella popolazione più vasta, senza tentare di offrire generalizzazioni legate alle proprie esperienze, ma anzi evitando di rendere pubbliche le proprie tecniche positive per paura di farle conoscere ai colleghi con i quali competono (Young A. 1978, 105-106).

In tal senso, l'autoprofessionalizzazione che si va diffondendo tra le organizzazioni mediche indigene, attraverso un confronto continuo tra guaritori ed uno scambio dei saperi medici, può essere una strategia valida per contrastare orientamenti più diffusi di assorbimento smodato e acritico di elementi esterni. In questo modo, pur filtrando e rielaborando teorie e pratiche proprie della medicina convenzionale, i guaritori nativi possono mantenere approcci alla malattia basati su una ambigua, contaminata, ma ancora funzionale concezione della realtà, in parte olistica, all'interno della quale il paziente permane come parte di un tutto, percepito nei termini di una fisiologia medica introdotta dall'esterno, ma anche interagente con il suo gruppo sociale e con l'ambiente naturale e sovrannaturale che lo circonda (Vulpiani 2000b).

Esperienze di autoprofessionalizzazione sono però possibili soltanto in presenza di sistemi medici locali e di gruppi di guaritori estremamente coesi, dotati di forte identità culturale, e capaci di sforzi critici nella riformulazione di elementi introdotti dall'esterno. In genere però queste capacità sono difficilmente riscontrabili, e divinatori ed erboristi vedono nei riconoscimenti ufficiali delle proprie pratiche, e nella formazione eterodiretta, la possibilità di una legittimazione istituzionale, che per mezzo di diplomi e certificati ministeriali possa compensare la crescente sfiducia e a volte lo sgretolamento del consenso comunitario (Vulpiani 1995).

In entrambi i casi entra però in crisi definitiva la categoria di *medicina tradizionale*, che si svuota dell'anacronistico significato originale di medicina autoctona *pura*, priva di infiltrazioni e alterazioni esterne, per acquisire

in forma spontanea o pianificata, e attraverso rielaborazioni critiche o assorbimenti smodati, l'influenza delle teorie e pratiche della medicina convenzionale di origine europea. I sistemi terapeutici indigeni, e le concezioni e pratiche mediche ad essi congiunte, restano costantemente coinvolti in un processo di sincretismo medico, che è il prodotto della continua interazione tra concezioni, saperi e pratiche native e importate. Il senso fortemente dinamico che contraddistingue queste medicine comporta quindi un profondo disagio a parlare di esse in termini di tradizione nativa, mentre potremmo forse parlare più appropriatamente di *medicine transizionali*.

Inoltre, la possibilità di scelta terapeutica e la maggiore coscienza critica dei pazienti hanno un forte impatto sui ruoli terapeutici nativi, che possono acquisire inediti e più rassicuranti tratti modernizzanti. I guaritori indigeni da decenni possono rispondere alle nuove richieste dei pazienti anche enfatizzando quegli aspetti tradizionali magico-religiosi delle cure, efficaci nei casi di disagio di ordine psicosociale e culturale, non riconosciuti e soddisfatti da un trattamento di ordine biomedico. Questo orientamento è riscontrabile soprattutto in contesti di pluralismo medico urbano, dove la disponibilità di servizi medici pubblici e la diretta competizione tra terapeuti indigeni e medicina formale spingono quei guaritori nativi che non adottano stili moderni di cura a rispondere attraverso i consigli di ordine generale, la divinazione e la magia a quelle richieste di aiuto che appartengono ad una dimensione psicologica e socio-culturale della malattia.

## **2. Pluralismo medico urbano**

Il contesto urbano rappresenta una realtà estremamente complessa per l'analisi dei cambiamenti delle teorie e pratiche terapeutiche tradizionali, e più di ogni altro luogo mostra gli effetti di quel processo di modernizzazione che coinvolge tutti gli aspetti della vita quotidiana dei cosiddetti paesi in via di sviluppo, e che ha determinato profondi mutamenti anche nelle concezioni e nelle pratiche mediche indigene.

Nonostante il fatto che la popolazione in Africa ed America latina sia oramai sempre più concentrata in grandi centri urbani, l'interesse degli studi medico-antropologici si è in genere rivolto prevalentemente a *case-studies* su contesti rurali. I processi migratori e l'incremento demografico dei poli urbani hanno invece un effetto catalizzatore sui mutamenti dei sistemi medici indigeni, che andrebbe analizzato approfonditamente.