La medicina del

più forte

ROSALBA PIAZZA

Pratiche e saperi medici nelle politiche coloniali in Mesoamerica

Per Nenè, in memoriam

Tra le scienze moderne la medicina è quella che oppone più resistenze ad una revisione critica del suo statuto: mentre la visione che la conoscenza sia il frutto di un contesto storico definito ha costituito, fin dagli inizi del secolo XX , un motivo conduttore nella filosofia, nella sociologia della conoscenza e negli studi storici delle scienze, la scienza medica riesce a perpetuare un equivoco, tanto forte da costituire quasi la sua fisionomia. Questo equivoco si decostruisce in vari aspetti – complementari e inscindibili nella realtà, ma che per comodità del discorso enuncierò separatamente. In seguito a precisi fatti storici i medici – cioè gli operatori della salute – si sono appropriati del processo di ricerca scientifica di vari ambiti (alcuni dei quali non propriamente "medici": si pensi alla biologia, alla chimica, e alla fisica); un'appropriazione indebita ma socialmente legittimata e in grado di collocare la figura del medico in una posizione di privilegio non condiviso da altri professionisti. Dell'applicazione di queste scienze al corpo umano, inoltre, essi si sono dichiarati, con pubblico riconoscimento, gli unici veri interpreti e, pertanto, i soli protagonisti. Ma non è tutto: conquistando l'esclusività e l'ascrizione della sua scienza all'universalità, la corporazione medica, sola tra tutte le altre (alle quali si riconosce per statuto, invece, l'interesse di corpo) è anche riuscita a convincere che essa persegue non un interesse corporativo, ma il "bene" dell'umanità tutta.
Mentre tutte le scienze hanno, a partire dagli anni sessanta del Novecento, messo a tema un loro possibile «uso politico», la medicina ha potuto fare leva sulla sua doppia identità di scienza forte e di scienza sociale, ascrivendo solo a quest'ultima errori e peccati.

Gli studi di sociologia medica, infatti, hanno dedicato piú energie alla critica politica dell'*uso* della medicina (vista dunque nella sua proiezione sociale) che alla critica epistemologica che ne investirebbe, invece, i caratteri di "scienza forte". Una ritrosia a mettere in discussione i fondamenti della scienza medica è presente anche nelle critiche più radicali, quelle che assimilano il servizio medico a una merce, della quale il paziente è il compratore e il medico è il produttore/venditore. In queste critiche, ancorché radicali, ciò che non si discute è la *bontà* della merce stessa, ovvero i fondamenti della sapienza medica – non del singolo praticante, ma della scienza stessa. Solo nell'ambito del movimento antipsichiatrico si evidenziarono elementi di critica epistemologica, capaci di sfidare i principi del sapere della medicina; un movimento che peró non potè varcare i confini che separerebbero le malattie *della mente* da quelle *del corpo*. Negli anni a venire, infatti, mentre per le prime si aprirono – sia pure a fatica – spazi nuovi ed eterodossi, nell'ambito delle seconde la scienza medica ha mantenuto e riprodotto i suoi caratteri di scienza positivista.
Come è stato notato, le convinzioni illuministiche sui progressi della conoscenza medica hanno radici profonde e nonostante un indebolimento della fede nelle *istituzioni* mediche, la medicina costituisce un dominio in cui «una visione salvifica della scienza» (l'espressione è di Clifford Geertz) ha ancora grande forza[1]. A partire dal XIX secolo la medicina, presenza sempre piú autorevole nella vita personale e sociale, riuscì a neutralizzare gli scetticismi, i dubbi e le critiche che da sempre avevano accompagnato il suo fare e il suo sapere, guadagnandosi un posto tra le scienze, un luogo immaginario dove la scienza medica risiederebbe, incontaminata dai commerci umani e dalle imperfette applicazioni che pure costituiscono la sua vita di ogni giorno.
Ma esiste davvero questo luogo?
Un ambito privilegiato dove ricercare il sottile "imbroglio" della scienza medica (e insieme il suo paradossale passare inosservato) è il territorio in cui la pratica e il sapere medico si intrecciano con le azioni e le teorie colonialiste – quel «colonialismo medico» che è molto più che una mera giustapposizione di due ambiti tematici: la medicina e il colonialismo. È nel colonialismo medico infatti che emerge con più evidenza l'ambiguità di un fare politico che si contrabbanda come scienza e di una scienza che, per sua stessa essenza, rappresenterebbe un bene per l'umanità. Il primo dei paradossi, piú che il secondo, è stato denunciato da molta della letteratura storica sul colonialismo (e, sia pu-

[1] Cfr. Byron J. Good, *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, 1994, p. 21.

re in misura diversa, sulla medicina); ma é l'intreccio tra i due ció che fatica a trovare una sua cifra, e sembra sempre fermarsi al di qua di una radicale critica alla dimensione epistemologica della scienza medica.
Dov'è la storia postcoloniale della medicina? Recentemente un autore importante per gli studi del ruolo della medicina nel colonialismo europeo come Warwick Anderson si poneva questa domanda, e specificava: persino l'attuale generazione di storici della medicina coloniale – coloro che hanno denunciato le "distorsioni" delle azioni mediche quando collocate in un contesto coloniale – fino a che punto sono consapevoli di una *collusione* tra medicina e impero? Una collusione che l'autore non considera occasionale: dobbiamo riconoscere – afferma – che il linguaggio basilare della medicina occidentale, con le sue pretese di universalismo e modernità, ha sempre usato, e ancora usa, il vocabolario dell'impero. E concludeva:

> È necessario che metafore, assunzioni e pratiche siano oggetto del nostro ascolto nella loro circolazione globale, e non meramente nella loro trasmissione dall'Europa. È necessario che impariamo come gli storici possano diventare non gli imperialisti o i nazionalisti del testo, ma veri nomadi, capaci di comprendere il migrare tanto quanto l'essere situati[2].

Si tratta di una sfida importante: un approccio alla storia della medicina che segua le indicazioni del postcolonialismo critico comporta molti elementi. Innanzi tutto, si tratta di riconoscere che, in qualunque campo, è impossibile guardare alla realtà presente senza considerare fondante e determinante l'esperienza storica del colonialismo. In secondo luogo, si tratta di «provincializzare l'Europa», ridimensionare quell'Europa che il moderno imperialismo e il nazionalismo del Terzo mondo, alleandosi, hanno reso modello "universale". In terzo luogo, riconoscere che ogni realtà è una realtà postcoloniale significa riconoscerne la natura ibridizzata e sottolineare la mutualità dei processi del mondo postcoloniale, che sono intrecci, e non un movimento a senso unico in cui l'oppressione rende dimentichi gli oppressi o il colonizzatore silenzia il colonizzato in termini assoluti. Non senza polemiche e differenze (soprattutto là dove le sue assunzioni implicano la negazione di una idea essenzialistica della cultura e dell'identità) il dibattito postcoloniale richiede comunque che si ripercorrano criticamente tutte le implicazioni di questi processi, ponendosi dal punto di vista del colonizzato – della sua visione, per esempio, della salute e della malattia – per relativizzare e contestualizzare storicamente visioni e prodotti del colonizzatore.

[2] Warwick Anderson, *Where is the Postcolonial History of Medicine?*, «Bulletin of the History of Medicine», n. 72, 1998, p. 529.

Ecco dunque la sfida proposta da Warwick: porsi con sguardo «nomade», senza cioè ancorare la nostra indagine alle domande autoreferenziali che classicamente la scienza medica occidentale pone al suo stesso fare, assolvendolo infine dentro la traiettoria di un progresso diretto a raggiungere una verità scientifica assoluta.
Il mio contributo a questa sfida inizia con un'analisi che amplia i confini, cronologici e geografici, di ciò che è di norma la storia del colonialismo medico. Intraprendere un'analisi attenta del più antico colonialismo spagnolo – assai meno studiato, per ciò che si riferisce all'ambito della medicina, del colonialismo europeo moderno – mi sembra esercizio interessante, che aiuta a contestualizzare e ad uscire dalla genericità di una astorica scienza medica occidentale. Lo sguardo ne risulta arricchito, e altri elementi emergeranno, aiutandoci a rintracciare il nodo concettuale che permette – ma solo a partire da un certo momento della storia europea, e a tutt'oggi – di definire la medicina una insostituibile arma coloniale, già non più solo per l'uso politico che di essa si può fare e si è sempre fatto, ma proprio per la sua stessa essenza di "scienza" – ossia sapere unico, oggettivo, universale.

Medici e *curanderos* nell'America spagnola

Nei tianguis [mercati] si trovano unguenti, sciroppi, acque e altri tipi di medicine, con le quali curano in maniera naturale e rapida; hanno già una grande esperienza, e grazie ad essa hanno dato a ciascuna pianta il nome dei suoi effetti e per quali sintomi è appropriata[3].

Meno di due decenni dopo la conquista del Messico il missionario francescano Motolinía esprimeva, nel suo breve commento alle conoscenze mediche dei vinti, non solo piacevole sorpresa ma, più significativamente, un'assoluzione. L'esperienza e l'uso *naturale* dei rimedi (contrapposto a *soprannaturale*, che avrebbe comportato il ricorso ai loro demoni) era infatti ciò che l'*ars* medica europea del tempo approvava e raccomandava. Molti sono gli indizi che ci suggeriscono che nei primi anni del contatto tra le due medicine (la medicina europea e quella mesoamericana) furono pronunciate alcune battute di dialogo, di scambio, testimonianza di un genuino apprezza-

[3] Fray Toribio de Benavente o Motolinía, *Memoriales, o Libro de las Cosas de la Nueva España y de los naturales de ella*. Unam, Messico, 1971, p. 373. La prima pubblicazione completa di quest'opera risale al 1858 e fu curata da Joaquín García Icazbalceta nell'ambito della *Colección de documentos para la Historia de México*.

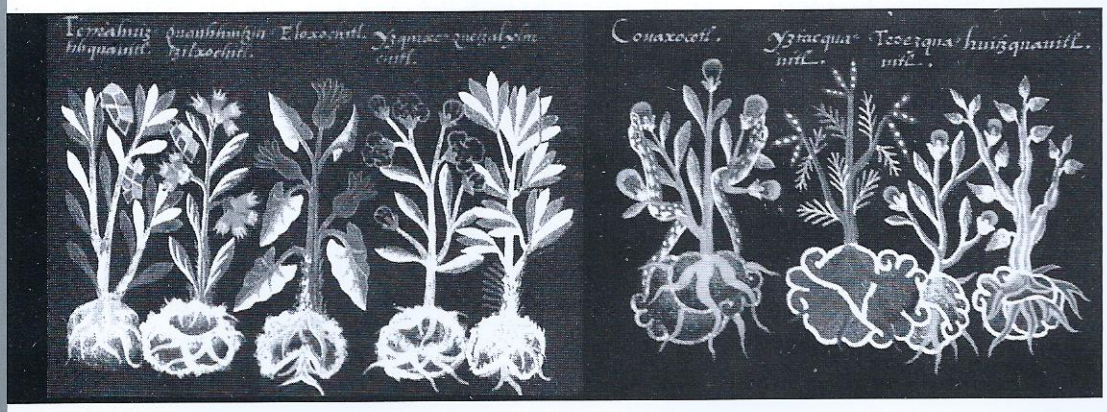
mento delle conoscenze autoctone, oltre che riflesso di necessità contingenti. Quanto a queste ultime, bisogna considerare che i medici che giungevano nelle Colonie furono all'inizio un numero insignificante, il che impose agli spagnoli il ricorso ai medici indigeni, non solo in casi individuali, ma ben più significativamente a livello di istituzioni. Si capiscono quindi le ragioni di alcune *Ordenanzas para el gobierno de los hospitales*, scritte in nahuatl nella prima metà del XVI secolo, in cui si legge che «È dovere dei confratelli [...] esaminare i veri saggi, coloro che conoscono le erbe medicinali, e non quelli che ingannano» che estendevano ai medici indigeni[4] la norma dell' "esame", tipica della medicina istituzionale spagnola.

Il genuino apprezzamento ci suggerisce che esisteva comunque, tra la cultura vincitrice e quella vinta, coincidenza di definizione dell'oggetto della medicina. Lontana ancora dalla rivoluzione scientifica e dalla separazione cartesiana tra corpo e mente, la medicina europea che raggiunse il Nuovo Mondo non aveva ridotto il corpo a oggetto, non lo aveva tirato fuori dalle interazioni dinamiche col suo ambiente. Nel campo della visione del sapere e del fare medico si confrontarono dunque due universi non incompatibili.

Trascorse appena tre decadi dalla Conquista, veniva inviato a Filippo II quello che sarà conosciuto come Codice Badiano, il *Libellus de medicinalibus indorum herbis*, primo libro di terapia indigena ad uso degli europei, redatto nel convento di Tlatelolco da una équipe d'eccezione: scritto in nahuatl da un medico nativo, tradotto in latino da un professore nahua dello stesso collegio e splendidamente adornato con disegni di artisti locali, questo libro sembra offrire l'esempio di un perfetto risultato di coesistenza e di collaborazione di saperi, in cui intellettuali spagnoli e indiani lavorarono per uno stesso fine.

Che l'interesse degli spagnoli fosse preminentemente rivolto all'uso delle erbe è facilmente comprensibile considerando l'aspetto preponderante che esse assumevano nella terapia dell'Europa dell'epoca. Alle erbe medicinali (il loro trasporto e commercio) si diresse un significativo interesse, del quale il medico sivigliano Nicola Monardes, che pure mai si recò nelle "Indie", fu il più importante testimone. Monardes prese ad osservare le piante medicinali che, insieme ad altri prodotti, giungevano nel porto della sua città, fornendoci moltissimi dettagli dell'uso che aveva fatto con successo di questi rimedi (piante, ma anche resine e minerali) sui pazienti. Monardes era certo una eccezione,

[4] Come si evince dalla presenza nei confessionari per i nativi di domande quali: «Ti sei finto medico, senza esserlo, non essendo stato esaminato?».



però l'importanza delle sue osservazioni era evidente per molti contemporanei, non solo spagnoli, e sicuramente lo fu per Filippo II, che incaricò don Francisco Hernández, il suo medico *de cámara*, insignito del titolo di *protomédico de las Indias*, del completo studio delle piante medicinali della Nuova Spagna e Perù. Sette anni dopo Hernández ritornava in Spagna con il ponderoso frutto del suo lavoro che, però, nel 1671 andò perduto nell'incendio del palazzo dell'Escorial dove, non pubblicato, giaceva da quasi cent'anni.

Al di là delle vicende particolari della colossale opera, che certo mostrano il carattere contingente della politica "indigenista" di Filippo II, quello che dalla nota di Motolinía fino all'opera del *protomedico* risulta evidente è l'interesse, in questa primi quarant'anni della vita coloniale, per conoscere e utilizzare i rimedi indigeni.

Lo studio delle piante, però, benchè predominante e più visibile non può oscurare quello che per noi può essere un valore più sottile e profondo di queste opere: il loro essere collocate, cioè, nell'antropologia cristiana. All'interno di quest'ultima convivevano due elementi contraddittori: l'orrore per l'idolatria e il desiderio appassionato di conoscere la vita sociale indiana (e la visione del mondo che la costituiva). Una compresenza ingestibile, poiché la linea di demarcazione che si cercò di tracciare tra ciò che atteneva al sacro (in cui gli indiani, idolatri, erravano) e ciò che atteneva all'organizzazione della vita materiale e spirituale (in cui gli indiani, che possedevano storia e ragione, benché pagani, non erravano) era una linea virtualmente impossibile: e per le coordinate epistemologiche dello spagnolo del XVI secolo (poco esercitate a separare il sacro dal profano) e per le stesse caratteristiche delle società indiane, le cui strutture della vita quotidiana, gerarchizzate e ritualizzate, si prestavano ad una interpretazione religiosa e magica.

La complessa opera del francescano Bernardino de Sahagún si colloca proprio in questo difficile crocevia. Nella ricerca di Sahagún risulta evidente l'interesse che ai suoi tempi suscitava non soltanto la farmacopea indigena, ma anche la concettualizzazione della cura del corpo, collocata sullo sfondo di una cultura sconosciuta e affascinante.
Piuttosto che spigolare nell'opera di Sahagún alla ricerca di elementi medici, preferisco riportare, sia pure mutilato, un unico brano, tratto dagli *Huehuetlatolli* (Antichi detti degli Anziani), in cui si narra la scelta della levatrice, e il dialogo rituale che ne segue.

Signora, che siete qui presente, qui vi ha condotto il signore nostro, che sta in tutti i luoghi. Persona onorata e degna di venerazione. Sono qui presenti anche gli anziani e le anziane, vostri signori. Sappiate, Signora, che questa fanciullina è incinta, la sposa di N., che sta qui presente per servirvi; i suoi genitori e parenti a voi la presentano e l'affidano, poiché il signore nostro che regge il mondo vuole attraverso essi fare opera di misericordia col dare ad essi una pietra preziosa e una piuma ricca, poiché tale è la creatura che già si avvicina nel ventre della madre, qui presente, questa ragazza serva vostra [...]. [E la Levatrice dice:] Ho udito e compreso le vostre parole, il vostro pianto e la vostra angustia, la ragione per la quale siete stanchi e angustiati, a causa della vostra pietra preziosa, della vostra piuma sontuosa, che è questa fanciulla o donna, che è un pezzetto del vostro corpo, che è la vostra primogenita o forse l'ultima che avete generato .
Per lei adesso chiamate e date voce alla madre degli dei, che è la dea delle medicine e dei medici, la madre di tutti noi, il cui nome è Yoaltícitl, la quale ha potere e autorità sui temazcales, ed è là che questa dea vede le cose segrete e dà armonia alle cose disordinate, nel corpo degli uomini, e fortifica le cose tenere e morbide. [...].
E benché io sia ostetrica e medica, potrò con la mia esperienza e per le mie capacità mettere mano a questo compito? Qual è il segreto del corpo di questa mia figlia molto amata, che è qui presente, a causa della quale siete afflitti e angustiati? [...]. Se è dunque così, si compia la volontà del nostro signore e dio, e si faccia ciò che voi, signori e signore, comandate. Mettiamo mano a questo compito, iniziamo a operare al servizio di ciò che nostro signore ci ha dato, di cui ha ricevuto dono e grazia questa giovincella, nostra soavità[5].

Non è necessario spendere molte parole per sottolineare la bellezza di questo brano, e la ritualità che accompagna la figura della levatrice. Il contrasto con la rappresentazione della praticona spagnola dell'epoca – la mezzana rammendatrice di verginità strapazzate che la letteratura del tempo (si pensi alla celebre *Celestina* di Roja) ci ha tramandato – non potrebbe essere più stridente. Ma un secolo dopo, intorno al 1650, Jacinto De La Serna, dottore in teologia e curato della parrocchia cattedrale della Citta di Messico, scriveva così dei medici autoctoni (adesso *curanderos*):

[5] Fr. Bernardino de Sahagún, *Historia General de las cosas de Nueva España*, a cura di Ángel María Garibay, Porrúa, 1999, pp. 373-376. La prima edizione a stampa del testo è *Manuscrito de Tolosa* a cura di Carlos María de Bustamante, Messico 1829 e 30. Il manoscritto risale, invece, ad un momento imprecisato del periodo in cui Sahagún fu in America, tra il 1529 e il 1590, data della sua morte.

Generalmente sono indios di brutto aspetto, segnati dalla natura, già che sono o zoppi, o storpi; e la elezione del Sacerdozio, ovvero la disposizione che possiedono per curare essi la attribuiscono proprio a questi difetti di cui soffrono e a segni che possiedono; e dicono che quando perdettero l'occhio o il piede, fu allora che ricevettero quelle grazie[6].

Non è difficile spiegare in termini di cambiamenti sociali questo apparentemente brusco passaggio dalla bella rappresentazione della levatrice – e dai «veri saggi» che tutte le cronache della prima ondata citano – al *brujo* e *hechicero*, allo stregone dei trattati del secolo XVII. Infatti l'organizzazione della Colonia aveva progressivamente comportato l'eliminazione di tutte le figure della gerarchia del curare proprie della società indigena. I medici indigeni, insomma, per il fatto stesso di appartenere al gruppo conquistato e di rappresentare una cultura invalidata, tendevano ad acquistare il carattere di *curanderos*.

Ma c'é di piú. L'interesse e la curiosità che gli spagnoli (*conquistadores* e coloni, ma soprattutto missionari) avevano rivolto alle conoscenze e pratiche autoctone d'America, spesso collocandole nel territorio di confine tra mondo *naturale* e *morale*, cedettero il campo ad altri imperativi: conclusasi la fase della "Scoperta", l'organizzazione della vita coloniale, informata adesso dalla nuova sensibilità barocca[7], tese a interpretare con gli strumenti del grande tema demonologico molte manifestazioni. Durante tutto il secolo XVII e gli inizi del XVIII, la medicina fu uno dei terreni privilegiati delle indagini antidolatriche, rivolte senza distinzioni (se non di procedura[8]) a indigeni come a spagnoli, *mestizos*, mulatti e neri. Gli archivi coloniali,

[6] Jacinto de La Serna, *Tratado de las idolatrias, supersticiones, ritos, hechicerías y otras costumbres*, Ediciones Fuente Cultural, México, vol. XX, 1953 [1659], X, 16, p. 241.

[7] E infatti per cercare di descrivere, fuori dalla generità di un esangue paradigma vincitori/vinti, il contesto in cui la persecuzione del curanderismo si iscrive, bisognerebbe percorrere più complessi territori. La comprensione della cultura demonologica europea con le sue specificità coloniali americane è certamente fondamentale, e così pure uno sguardo etnostorico che leghi, attraverso il ricco materiale inquisitoriale, il passato al presente (fonte storica non trascurabile sono gli attuali sistemi medici tradizionali, vivi in varie zone dell'America Latina). Questo sguardo ci mette in guardia contro semplificate interpretazioni che vedono nella presenza del demonio nel mondo dei vinti null'altro che l'imposizione dei giudici e degli accusatori. Il demonio, come il culto dei santi e molte altre espressioni di religiosità popolare ancora vivi tra gli indigeni latinoamericani, è un portato della nuova, "ibrida" visione del mondo che gli indigeni elaborarono in seguito alla intrusione della Chiesa nella loro vita sociale, che ne volle colonizzare persino l'immaginario. Come ci ricorda Kenneth Mills, bisogna rifiutare letture che polarizzano i due mondi, contrapponendoli e dimenticando che, al contrario, nella società coloniale, qualunque sia la relazione di potere che li separa, o forse proprio per la relazione di potere, i nativi e i colonizzatori occupano lo stesso spazio analitico. Cfr. Kenneth Mills, *Idolatry and its Enemies. Colonial andean religion and extirpation, 1640-1750*. Princeton University Press, 1997. In questo spazio, come ci indica il materiale d'archivio, resistenza, ribellione e integrazione mai si escludono a vicenda, rappresentando le diverse facce dell'indiscutibile *agency* dei nativi.

[8] I processi che riguardano gli indigeni di norma furono competenza del Vescovo, perché i *naturales* erano stati esclusi dalla giurisdizione del Santo Ufficio della Inquisizione Americana (con sedi in Messico, Cartagena e Lima), quando questa fu istituita, nel 1571.

dunque, traboccano di processi celebrati contro ogni genere di personaggi coinvolti in quell'atto del curare che la visione del tempo percepiva, ormai, esposto all'opera del demonio.
Detto ciò, va subito aggiunto che se è facile rintracciare nei giudici (e nella coscienza del tempo, come il brano di La Serna dimostra) orrore e disprezzo *morale* per l'agire degli accusati, più complesso si fa il discorso quando guardiamo al giudizio *intellettuale*. Il sapere di questi *curanderos*, siano pure *indios*, qualunque fosse la sua origine, era considerato con la massima serietà.
La demonologia (lo studio dei demoni e della loro influenza nella vita degli uomini) contribuì, dunque, a che anche nella persecuzione – o *proprio* nella persecuzione – si mantenesse aperto un confronto e si creasse una relazione tra accusatori e accusati. Quando infine, alle soglie della modernità, il demonio non fu piú presenza fisica nella vita degli uomini, la nascente scienza medica potè occupare anche i territori prima occupati dalla demonologia, e riuscì a servirsi persino dei dati empirici che, nel suo affanno di distinguere tra natura e preternatura, il pensiero demonologico aveva raccolto. Come dimostra il fatto che sul finire del XVIII secolo, uno dei medici più insigni della Colonia, il guatemalteco don José Flores, *del gremio y claustro de la Real Universidad de Guatemala,* faceva conoscere e raccomandava l'uso di certe lucertole per la cura del cancro della pelle, accompagnando la sua dotta relazione con queste considerazioni:

> Gli indigeni[...] nei prodotti della natura incontrano anche rimedi semplici quanto efficaci per curare malattie che fin qui si erano burlate dell'Arte e dei sui più sapienti professori. Così che se non disdegnamo di apprendere da questa gente semplice e cerchiamo di avvicinarci a loro, scopriremo Specifici più importanti delle dissertazioni più eloquenti e le scoperte più curiose dell'Anatomia[9].

A quel tempo, la scienza medica, che iniziava a costruire il suo cammino su quel significativo divorzio corpo/mente che da lì in poi la caratterizzò, era ancora alla ricerca della sua episteme, non si era definitivamente irrigidita in quel «monoteismo» (l'espressione è di Arthur Kleinman, noto esponente dell'antropologia medica transculturale), che nel colonialismo dei secoli XIX e XX darà le sue migliori prove di autentico razzismo.

[9] Archivo General de la Nación de México, *Bandos.* vol. 12, exp. 4, pp.1-2.

Medicina e colonialismo

Le epidemie furono fenomeno consueto nelle Colonie spagnole, fin dall'arrivo dell'uomo bianco e, le più rovinose, conseguenza diretta proprio della sua presenza. Queste, concentrate soprattutto nei decenni immediatamente successivi alla conquista, decimarono la popolazione. L'impotenza di fronte a questa tragedia si sintetizzò nelle spiegazioni che si cercarono di offrire, in cui si intrecciarono o si giustappossero cause naturali e soprannaturali[10] che, entrambe, lasciavano poco margine d'azione. La medicina dell'epoca – dei conquistatori e dei conquistati – *sapeva* di non avere "il" rimedio. Per i vinti, si trattava di manifestazioni sconosciute, che potevano solo fare esplodere disperati tentativi di cure cerimoniali nuove ed estreme. Per quanto riguarda gli europei, l'esperienza delle epidemie di peste, così presente nella memoria e nella vita quotidiana, contribuiva a che la medicina europea non sviluppasse l'arroganza che poi la caratterizzò di lí a poco. Nella loro fanatica campagna di esportazione di cristianesimo e civiltà gli spagnoli non inclusero la medicina – essa, evidentemente, non era ancora parte integrante e imprescindibile della loro fede e della loro *policía*. Quando pensarono di poter esportare ciò che intorno all'*ars medica* avevano appreso, non proposero un paradigma assoluto ma rimedi concreti e limitati, e quando relazionarono la malattia a cause naturali, considerarono gli elementi sociali che le conoscenze del tempo consentivano. Per esempio, nel caso della epidemia di *matazahuatl* che per tre anni, dal 1736 al 1739, tormentó la popolazione della Nuova Spagna, ipotesi e azioni sanitarie e preventive del governo e del corpo medico si ispirarono all'idea che i settori piú colpiti erano quelli della popolazione marginale, soprattutto *indios* e *castas*, poiché «mangiavano male, vestivano peggio e lavoravano molto»[11]; non si sviluppó comunque una idea razzista della malattia, l'idea cioè di una patogenia intrinseca a un gruppo "razzialmente" definito.

Giungiamo cosí ai primi tentativi di vaccinazione che – sull'onda di esperimenti appena accennati, e ancora indipendentemente dalla teoria del germe – empiricamente si iniziavano a praticare in Europa e che, sorprendentemente, la

[10] L'imperscrutabile giustizia divina in questo modo probabilmente puniva gli spagnoli, che così venivano privati del lavoro e del tributo indigeno, e offriva l'estremo premio agli indiani che, morendo, si salvano dalla cupidigia dei vincitori...

[11] América Molina del Villar, *La Nueva España y el matlazahuatl, 1736-1739*, CIESAS – El Colegio de Michoacán, 2001, p. 151.

Spagna dei primissimi anni del secolo XIX si preoccupó di diffondere anche nelle Colonie. In Guatemala è stata documentata una (relativamente) buona copertura di una prima campagna diretta alla popolazione indigena, il cui successo le autorità incaricate attribuirono anche *al buen modo y estilo* che i medici usarono con gli indigeni[12], una nota di cui non possiamo controllare la veridicità, ma che ci suggerisce la consapevolezza dell'importanza della creazione di un clima di fiducia nell'introduzione della nuova pratica.

Toccò quindi alla generazione dell'indipendenza farsi carico delle nuove crociate che nei diversi ambiti del sapere furono condotte in nome della scienza e della modernità. Quando la medicina – grazie soprattutto ai nuovi studi nel campo biologico da un lato, e all'applicazione della strumentazione tecnica, dall'altro – iniziò ad elaborare un episteme totalmente nuovo e inconciliabile con il suo stesso passato (oltre che con qualunque altro presente del mondo), diventando essenzialmente *biomedicina,* l'Ancien Régime era tramontato e nelle ex colonie *criollos* e *mestizos,* conquistata l'indipendenza, si erano assunti il compito della creazione del nuovo potere. Senza entrare nel merito delle complesse politiche centroamericane di costruzione dei nuovi stati nazionali indipendenti, volgendo l'attenzione ad alcuni casi concreti di politica sanitaria, troveremo – solo *in nuce* all'inizio ma via via piú esplicita e "scientificamente" fondata – l'elaborazione di una visione in cui la individuazione dell'importanza dei fattori ambientali nella diffusione della malattia si accompagna sempre a esplicite dichiarazioni e azioni dirette contro la popolazione indigena. In Guatemala, per esempio, tra le incertezze che circondavano la grande epidemia di colera del 1837, si faceva strada una ipotesi: che i cibi propri della cultura indigena fossero particolarmente pericolosi, specialmente le loro spezie – prima fra tutte il *chile* – e i liquori clandestini (*chicha, pulque* e *aguardiente*)[13].

Negli anni a venire la medicina, come tutti gli altri ambiti del sapere e del fare, cadde sotto il dominio del positivismo:

> Oggi possiamo spiegare materialmente tutti o quasi tutti i fenomeni biologici perché si è dimostrato che uguali sono le leggi che reggono il mondo vivo e quelle che dirigono il mondo inorganico,

afferma sul finire del secolo XIX un esimio medico guatemalteco[14]. Da allora, iniziò quel lungo percorso di distruzione, segregazione o assimilazione

[12] Cfr. W.George Lovell, *Conquista y cambio cultural,* Cirma, 1990, pp. 158-198.

[13] Cfr. Mariano Padilla, *Metodos de precaver, conocer y curar el cólera morbu,* Città di Guatemala, Academia de Ciencias, 1837, pp 5-6. Si veda anche Greg Grandin, *The Blood of Guatemala,* Duke University Press, 2001, pp. 82-98.

[14] Pedro Molina Flores, *"Prologo". Elementos de anatomía, fisiología e higiene,* por el doctor Luis Lazo Arriaga, Guatemala, Tipografía Arenales, 1886, p. 4.

dell'indigeno, che fece sí che interventi sanitari e campagne di vaccinazione fossero condotte dentro la logica di una eugenetica che tendeva all'annientamento dell'indigeno in quanto tale: il suo sistema di vita, la sua organizzazione comunitaria, le sue "credenze". La maniera, insomma, per essere sani era non essere piú *indios*, poiché nel modo di vivere primitivo e ignorante della popolazione indigena si annidavano tutti i pericoli, per essi stessi ma, soprattutto, per la nazione. Coerentemente, le campagne mediche che, specialmente in occasione delle epidemie, gli stati lanciavano erano la strada abbreviata e razzista per "risolvere" il problema – esso sì, reale – delle condizioni di sfruttamento ed emarginazione in cui viveva la popolazione indigena.

Ma per seguire i mutamenti che si verificavano nella visione della scienza medica moderna della fine del XVIII secolo bisogna abbandonare le Americhe e dirigersi verso l'Europa delle grandi potenze coloniali. È lí infatti che si può rintracciare l'origine "scientifica" di quella collusione tra medicina e capitalismo imperialista, accennata all'inizio, di cui le politiche sanitarie latinoamericane erano (e sono) un riflesso.

Ebbe, questa collusione, una ragione innanzi tutto cronologica: la fase di massima espansione coloniale coincise con la fase di massima espansione concettuale e applicativa della *biomedicina*, ossia di quel *tipo* di medicina – fondata solo sulla struttura biologica potenzialmente visibile e sulla strumentazione tecnica che permette, appunto, di vederla – che divenne in quegli stessi anni *la* medicina, universale e monoteista. Una coincidenza non casuale e destinata a un effetto di rinforzo, come la storia degli interventi medici coloniali dimostra; in essi il colonialismo e la biomedicina, figli dell'ascesa di una borghesia aggressiva, formata alla luce delle teorie razziste e alla fede nel progresso, operarono in simbiosi.

La nuova medicina, infatti, che anche in patria si caratterizzava per le sue scelte autoritarie – è di quegli anni l'espulsione di ogni altro paradigma medico (non a caso oggi definiti «alternativi»)[15] – esportata nelle colonie tese a ignorare ogni altra esperienza e sapere medico locale. Complice il disinteresse per le realtà autoctone (culture, saperi, cosmovisioni), la nuova medicina era propensa a leggere in termini biomedici ogni problema, di cui non riconosceva lo spessore sociale, e del quale proponeva, appunto, una soluzione eminentemente medica. Come già nel caso dei vaccini (e, attualmente, delle politiche di salute riproduttiva)

[15] È questo il momento in cui gli uomini-ostetrici prevalgono, medicalizando il parto e rimuovendone le donne (che fino ad allora erano state le uniche ad occuparsene), in nome di migliori conoscenze anatomiche e capacità di usare il forcipe.

si trattava di soluzioni che rispondevano alle esigenze della "scienza" e di coloro che, di volta in volta e ai vari livelli, essa rappresentava – mai, naturalmente, dei destinatari diretti di tali politiche.
Lungi dall'essere un bene che si diffondeva per impulso proprio, la nuova medicina occidentale giunse, insieme ad altre merci, condotta dal fenomeno storico del colonialismo, in America Latina, già formalmente indipendente, in Asia e Africa.
Una vasta bibliografía di studi ricostruisce questo processo e le sue tappe. In una prima fase – che corrispose al momento iniziale dell'invasione – si usano le conoscenze e le pratiche mediche della madrepatria (e dell'Occidente in generale) per difendere l'uomo bianco (colono, soldato, mercante, missionario, funzionario...) di fronte alle malattie, specialmente le malattie locali. Nella seconda fase l'esigenza dell'utilizzo del lavoro locale per costruire la colonia recava con sé la necessità di controllare la salute della popolazione produttiva (uomini adulti ma anche donne – "concubine" e/o prostitute). Infine un terzo momento, in cui si riconosceva l'obbligo di migliorare le condizioni di salute di tutta la popolazione; un sentimento che è proprio delle fasi "umanitarie" del colonialismo e naturalmente del postcolonialismo, ma che ebbe le sue origini nella necessità di controllare politicamente e amministrativamente un territorio, attraverso il controllo dei corpi e del loro "benessere", curando l'immagine di colonia ben governata che una colonia "sana" offre[16].
In quest'ultima fase l'enfasi diversa che, in base alle diverse prospettive politiche, veniva e viene data ora all'elemento sociale, ora a quello biologico, ci ricorda l'ampio margine di opzionalità e di interpretazione che caratterizza la scienza medica, facendo risaltare la sospetta arbitrarietà con cui si costruiscono teorie assolute e altrettanto assolute norme sanitarie. Forse nessun altro esempio meglio delle «malattie tropicali» puó illustrare il carattere contingente delle tassonomie mediche e l'uso colonialista e razzista che di esse si può fare.
Guardando a ritroso, oggi è normale ricondurre la nascita della nozione di "malattie tropicali" a un tempo e un luogo specifici, e vedere la medicina tropicale come l'istituzionalizzazione di una prospettiva medica della metropoli, che

[16] L'ambiguità di queste politiche umanitarie – il budget di salute pubblica diventava improvvisamente basso, quando in ballo era non più la salute dell'*enclave* bianca, ma dei locali – ha fatto sí che nell'agenda dei movimenti anticoloniali la richiesta di "più" medicina abbia offuscato la qualità (la medicina offerta era, *comunque*, una medicina di scarto) e le modalità di trasmissione di questa merce, lasciando peraltro in un cono d'ombra il riferimento al recupero di saperi e pratiche locali, che difficilmente ha oltrepassato il confine delle dichiarazioni rituali.

aveva bisogno di formare i suoi medici su specifiche malattie dei tropici, cioè quelle patologie fino ad allora poco studiate che – a volte come conseguenza della presenza bianca – si manifestavano nelle colonie e che da vicino colpivano la popolazione bianca e gli interessi soprattutto economici della madrepatria. Ma per i contemporanei, specialmente a partire dalla fine del XIX secolo, questa nozione fu percepita come la scoperta di una *realtà tassonomica oggettiva*. Le malattie tropicali, cioè, esistevano come entità discrete, e come tali dovevano essere studiate e combattute. Si rispondeva così all'interrogativo che sottendeva tutte le inquietudini che fin dai primi insediamenti bianchi avevano accompagnato le avventure coloniali europee in Africa e Asia: può la razza bianca sopravvivere nei tropici? Ossia: qual è il futuro dell'Impero? In un primo momento l'ipotesi predominante, sullo sfondo di una visione monogenetica dell'uomo[17], era stata che le "razze", che si erano determinate per influsso del clima e dell'ambiente, potevano adattarsi alle condizioni ambientali estranee; una ipotesi, questa, che aveva notevoli ricadute politiche e amministative, soprattutto per ciò che si riferisce alle relazioni tra i due sessi (uomo bianco e donna nativa), che furono in un primo tempo favorite, soprattutto nella forma del concubinato[18].
Ma nel corso del XIX secolo il sia pur cauto ottimismo del secolo precedente era destinato a spegnersi, già che le idee illuministe sull'adattabilità dell'uomo erano state sostituite da un più irrigidito sguardo sui caratteri polimorfi delle diverse "razze". L'idea dell'influsso determinante del clima aveva ancora i suoi seguaci, però si faceva sempre più strada l'idea che il corpo degli europei fosse diverso da quello dei popoli a loro soggetti, e che non bastasse risie-

[17] L'uomo era originariamente bianco e uno. Le differenti "razze" in cui si era poi separato non ne compromettevano comunque l'unità di specie.

[18] In una prima fase il concubinato fu in genere tollerato, perché confermava la gerarchia, non era pericoloso come la prostituzione, favoriva la stabilità dell'insediamento e – a differenza del (raro) matrimonio – non rappresentava una minaccia in termini patrimoniali. Fu scoraggiata, per converso, l'emigrazione di donne europee, persino escludendo da alcuni incarichi d'oltremare gli uomini sposati. Cfr. Ann Laura Stoler, *Carnal knowledge and imperial power. Gender, race and morality in colonial Asia*, in Micaela Di Leonardo (a cura di), *Gender at the Crossroads of Knowledge. Feminist Anthropology in the Postmodern Era*, University of California Press, 1991, pp. 51-101. Uno studio interessante sul caso italiano (il *madamato*, come veniva chiamato il concubinato in Eritrea) in Barbara Sòrgoni, *Parole e Corpi. Antropologia, discorso giuridico e politiche sessuali interrazziali nella colonia Eritrea (1890-1941)*, Liguori Editore, 1998. Ma, fatta salva la preferenza "politica" per il concubinato, innegabile è la realtà dell'esistenza massiccia di relazioni miste che, al di là di ogni individuale sentire, nascono e fioriscono dentro i confini segnati dall'intreccio di discriminazione razziale e sessuale. L'intreccio tra le prescrizioni di genere (i comportamenti sessuali, diversi per uomini e donne) e le barriere razziali – quell'intreccio che fa sì che un uomo bianco può avere rapporti sessuali con una donna di colore, mentre la donna bianca non solo deve escludere questa possibilità, ma dovrà anche essere difesa dal pericolo della violenza dell'uomo di colore – rivela la sempre "misteriosa" interfaccia tra sessualità e l'ordine politico generale e costringe a ripensare – ovviamente senza negarlo, al contrario aprendone le complesse pieghe – anche l'intreccio con la categoria di *classe*.

dere, anche lungamente, in quei luoghi, per acquisire l'immunità dalle malattie dei Tropici. Un cambiamento di visione che non sembra riconducibile a nessun dato sanitario, e neppure ad un aumento del tasso di mortalità europea (che anzi, nel secolo XIX, diminuì), e che conserva, più che il valore di un dato empirico, il sapore di un'affermazione ideologica, volta a ridisegnare i confini razziali, o meglio a stabilirli per la prima volta in termini netti e "scientifici" e a sancire una distinzione essenzialista e pre-storica tra dominatori e dominati. L'operazione di scivolamento di senso da «malattie dei tropici» a «malattie tropicali», con l'essenzialismo biologico e razziale che ne consegue, veniva a sancire questa separazione.
Naturalmente non è possibile non notare che una evidente contraddizione esiste tra questa visione razzializzata della malattia e la teoria dei germi elaborata in quegli anni da Pasteur e Kock, ossia la "scoperta" di agenti patogeni che, per loro stessa natura, sarebbero definitivamente imparziali nei confronti delle differenti "razze". In realtà, non solo la contraddizione non era avvertita, ma la stessa teoria dei germi, toccando il suolo coloniale, si intrecciava con le idee di predisposizione ed ereditarietà, e, senza mettere in discussione, anzi confermando l'idea di un diverso comportamento delle diverse "razze" di fronte alla stessa causa, confermava l'ordine coloniale. Quest'ultimo si caratterizzò sempre più in termini di norme di separazione tra bianchi e indigeni e di guerra assoluta all'agente patogeno e ai suoi vettori: due strumenti che ribadivano il diritto dell'*enclave* bianca di intervenire nel cuore della vita della popolazione locale, le cui pratiche di vita dovevano essere invasivamente ispezionate, per le implicazioni igieniche che comportavano e per la minaccia che dunque rappresentavano per i colonizzatori.

Politiche sanitarie internazionali

Se ci spostiamo dentro lo scenario del neocolonialismo e guardiamo alle relazioni tra il Nord e il Sud del mondo, la tensione si ripropone su numerosi altri versanti e soprattutto il conflitto tra spiegazioni biologiste (legate soprattutto alla teoria dei germi) e spiegazioni sociali del complesso salute/malattia, resta latente e irrisolto. Anche questo, infatti, non è terreno neutro. Un bell'esempio lo costituisce il caso della campagna contro l'uncinaria[19], che la Rockfeller foundation (Rf)

[19] L'uncinaria è un parassita che si introduce nell'organismo umano attraverso la pelle, soprattutto dei piedi.

lanciò negli anni 1920 in un Messico postrivoluzionario che appariva al potente vicino troppo agitato e instabile, bisognoso quindi di un intervento di aiuto rapido e dagli effetti visibili, che creasse dipendenza e riconoscimento a livello locale e internazionale e che, soprattutto – già che si trattava di una fondazione filantropica – penetrasse tra la popolazione diffondendovi i "giusti" comportamenti e le dovute pratiche igieniche. La genesi e la costruzione dell'intervento, lardellate dei cinici e opportunistici commenti che l'archivio della Rf ha rivelato agli studiosi, mettono a nudo le vere ragioni di questa impresa umanitaria. Le indagini della stessa Rf – che avevano mostrato che l'uncinaria in Messico, diversamente che nel caso del Brasile e altri paesi latinoamericani, era lontana dall'essere tra le cause principali di morte e di malattia – furono ignorate, già che si riteneva politicamente prioritario intervenire nell'inquieto e ribelle vicino, con un programma di debellamento di una malattia non particolarmente significativa, né diffusa e neppure mortale, che però, di fronte a campagne contro le più pressanti malattie quali malaria, diarrea e tubercolosi, presentava i vantaggi d'essere frugale, rapida, e d'effetto immediato ed evidente.

Un secondo intervento della Rf in Messico, con un programma di salute rurale, entrò infine in conflitto con l'amministrazione del presidente Lázaro Cárdenas, il cui piano sessennale enfatizzava l'importanza di migliorare le condizioni sociali ed economiche della popolazione, più che puntare all'ignoranza pubblica della medicina e delle sue norme igieniche, come desiderato dalla Rf. Anche gli interventi di educazione alla salute che Cárdenas promosse si differenziavano dalle campagne verticali e paternalistiche della Rf, legando l'organizzazione dal basso delle unità di salute negli *ejidos* con la riforma agraria che, come si sa, nel suo sessennio subí il più forte impulso di tutta la storia messicana[20].

Ma il caso del Messico cardinista è un'eccezione e la logica – se non le modalità d'intervento – della Rf può considerarsi antesignana degli attuali interventi sanitari internazionali, ai quali sempre più difficilmente le politiche locali possono sottrarsi. Gli attuali diktat delle politiche sanitarie internazionali svolgono oggi un ruolo significativo, rafforzando sia il «colonialismo interno» (proprio di tutte le nazioni del Sud del mondo, e specialmente di quelle che vogliono riconoscersi non indigene, escludendo dunque dalla cittadinanza

[20] Sull'argomento si vedano due importanti contributi: Anne-Emanuele Birn, *A Revolution in Rural Health? The Struggle over Local Health Units in Mexico, 1928-1940*, "Journal of the History of Medicine", n. 53, 1998, pp. 43-76, e Anne-Emanuelle Birn e Armando Solórzano, *The Hook of Hookworm: Public Health and the Politics of Eradication*, in Andrew Cunningham e Bridie Andrews (a cura di), *Western Medicine as Contested Knowledge*, Manchester University Press,1997, pp. 147-171.

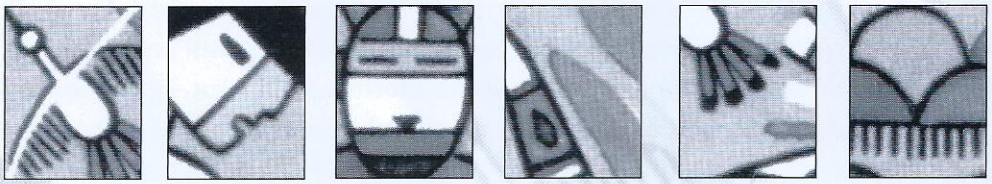
un'ampia parte della loro popolazione), sia la dipendenza dalla scienza del Nord del mondo che caratterizza il neocolonialismo. In Guatemala, un esempio significativo di questo intreccio sono oggi le politiche di Salute riproduttiva.

Presenti come corollario di qualunque intervento sanitario pubblico, i programmi di Salute riproduttiva hanno come scopo unico il controllo della natalità e, burocratici e autoritari nel metodo e spesso decisamente aggressivi dal punto di vista medico, si collocano nell'ampio discorso della "sovrapopolazione" mondiale,[21] che ignora le caratteristiche sociali ed ecologiche dell'area d'intervento, cosí come le pratiche e le scelte che la popolazione ha adottato nel suo processo storico: ancora una volta, il mondo inizia con l'arrivo dei colonizzatori (e della medicina, scienza colonizzatrice) e prima di essi c'è solo il vuoto. Volutamente si ignora, per esempio nel caso dell'area indigena del Guatemala, che la *household* – unità produttiva domestica – gioca ancora un ruolo importante, ed è dentro la sua realtà economica e simbolica che si collocano le opzioni relative al numero di figli che la donna, la coppia o la famiglia prendono in considerazione. Le politiche di Salute riproduttiva, esportate nelle comunità indigene, privano le donne proprio di quel protagonismo (*agency* e *empowerment*, per usare due parole di moda nell'ambito delle agenzie internazionali) che tutti gli interventi sostengono di volere favorire, poiché si muovono in uno sfondo doppiamente estraneo al modo in cui il tema della riproduzione viene affrontato nella *household* indigena: non solo muovono da una visione della salute e della maternità come questioni totalmente private, ma quando cercano di proiettare queste questioni nell'ambito politico e della collettività, saltano dal terreno dei sentimenti privati al secco terreno "economico". Ma di quale economia si tratta? Non della economia della *household* (che intreccia sentimenti e necessità produttive ad essa proprie), ma della economia della scienza neoliberista che, appunto, relaziona gli alti tassi di natalità alla povertà e al "sottosviluppo" (in un legame di causa/effetto storicamente infondato) e che, nell'applicazione delle sue politiche, trova nella scienza medica un alleato "naturale".

Le campagne di Salute riproduttiva esplicitano le attuali tendenze degli interventi socio sanitari internazionali. Essi, soprattutto negli ultimi due decenni,

[21] Per un'analisi critica del discorso della "sovrapopolazione" si veda Barbara Duden, "Population", in Wolfgang Sachs (a cura di), *The Development Dictionary: A guide to knowledge and power*, Zed Books, pp.146-157 (trad. it. *Il Dizionario dello Sviluppo*, Gruppo Abele, 1998).

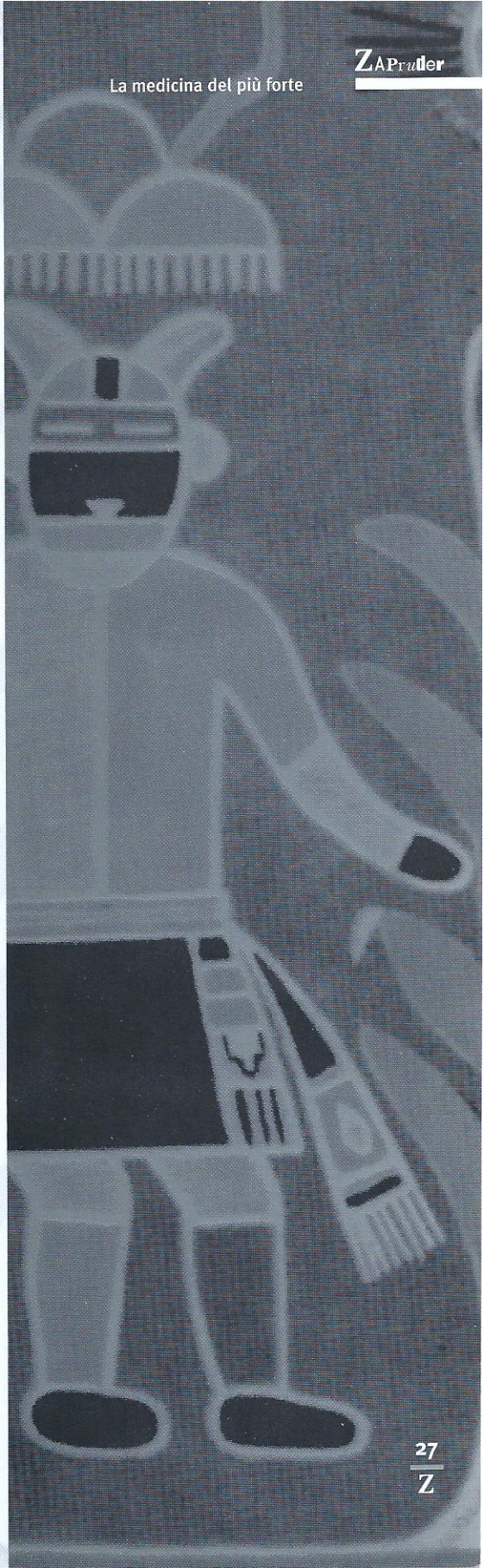
tramontato il ruolo "alternativo" dell'Organizzazione mondiale della salute, si muovono sulla base di due assunzioni: l'assunzione politica del diritto d'intervento con programmi verticali, pensati in luoghi virtuali, cioè i non-luoghi delle agenzie internazionali; e l'assunzione scientifica di un ambiente – non più «tropicale» ma sì «Sud del mondo» – uniforme e dato per scontato nelle sue caratteristiche "innate". Di questo ambiente la popolazione indigena è parte *naturale*, senza storia e senza caratteristiche socio culturali proprie – e, va da sé, senza una propria percezione delle malattie e una propria medicina. Su tutto si stende, potente, l'episteme della scienza medica, a censurare "eterodossie" con presunzione almeno pari a quella che il colonialismo spagnolo di quattro secoli prima aveva riservato alla fede e alla *policía* cristiane.



DIETRO LE QUINTE

La tesi centrale di questo scritto – l'interdipendenza tra il paradigma escludente della modernità e la nascita della medicina come scienza assoluta e, per sua stessa natura, "colonialista" - rappresenta un punto di confluenza di vari percorsi di ricerca (la storia della medicina occidentale, la colonizzazione spagnola delle Americhe, il colonialismo del secolo XIX e XX, l'antropologia medica...). Vi confluiscono anche interessi molteplici, che ho frequentato in ambiti e con metodologie spesso diverse (dalla ortodossa ricerca accademica alla suggestione che fatica ancora a trovare la sua cifra) ma che sempre "sconfinano" nei territori dell'esperienza esistenziale e dell'opzione politica. La gestazione di questo breve articolo, dunque, in un racconto puntuale coprirebbe un arco temporale e tematico straordinariamente ampio, abbracciando anche l'esperienza, adesso conclusa, nell'ambito della cooperazione internazionale allo "sviluppo". Ragioni di spazio e di fluidità di lettura hanno consigliato di non appesantire il testo con la citazione puntuale delle fonti e della letteratura. Le riferisco quindi in questo spazio, a grappoli. Tra le fonti primarie colloco sia i numerosi testi coevi, quasi tutti a stampa, sulla "scoperta", "conquista" e "colonizzazione/evangelizzazione" dell'America spagnola, sia il materiale manoscritto di archivi messicani e guatemaltechi (relativo soprattutto ai temi della persecuzione dell'idolatria). Considero fonte primaria anche la lunga frequentazione con il sistema medico tradi-

zionale maya k'iche', nell'altopiano occidentale del Guatemala (e, concretamente, con i suoi Terapeuti tradizionali).

La letteratura storica e antropologica che sta sullo sfondo di questo articolo è assai vasta. Per la storia della medicina un testo introduttivo è Lawrence I. Conrad, Michael Neve, Vivian Nutton, Roy Porter, Andrew Wear, *The western medical tradition, 800 BC to AD 1800.* Cambridge, University Press, 1995.

Per la relazione tra la medicina e la cristianità, si veda Ronald L. Numbers, Darrel W. Amudsen (a cura di), *Caring and Curing: Health and Medicine in Western Religious Traditions,* MacMillan, 1986. La medicina spagnola rinascimentale è stata studiata soprattutto da Luis S. Granjel (*Historia Política de la Medicina Española,* Instituto de Historia de la Medicina Española de Salamanca, 1985), ma con scarsissimi riferimenti all'incontro con la medicina americana. Si vedano per questo aspetto María del Carmen Anzures y Bolano, *La Medicina Tradicional en México,* Unam, 1989 e Aguirre Beltrán, *Medicina y Magia,* Ini, 1973 (richissimo di informazioni ma ispirato ad una visione positivista che non condivido). Per il ruolo della medicina moderna nel colonialismo, si vedano Warwick Anderson, *Immunities of Empire: Race, Disease and the New Tropical Medicine, 1900-1920,* «Bulletin of the History of Medicine», n. 70, 1996; David Arnold (a cura di), *Imperial medicine and indigenous society,* Manchester University Press, 1988 e Frédérique Apffel Marglin e Stephen A. Marglin (a cura di), *Dominating Knowledge. Development, Culture and Resistance,* Clarendon Press, 1990. Si veda anche il mio *Medicina e Colonialismo,* «i Fogli di ORISS», n.11-12, 1999. Infine, una lettura fondamentale per un ripensamento dell'antropologia medica è Byron J. Good, *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective,* Cambridge University Press, 1994.