

Promesse e minacce della medicina tradizionale africana

Pino Schirripa

dottore di ricerca in scienze etnoantropologiche (Università degli studi di Roma "La Sapienza")

0. Premessa

Per molto tempo un fantasma si è aggirato per l'Africa: quello della medicina tradizionale. Benché combattuti dalle autorità coloniali e dai missionari, quantunque ignorati dagli organismi internazionali e spesso anche dai governi nazionali durante il periodo post-coloniale, i sistemi terapeutici detti tradizionali hanno convissuto a fianco dei sistemi ufficiali basati sulla biomedicina, rimanendo per molti individui un punto di riferimento essenziale nella ricerca della salute e rappresentando spesso, nelle zone rurali di tutte le nazioni africane, l'unica risorsa terapeutica di fatto disponibile. Nonostante essi svolgessero un ruolo fondamentale nel mantenimento della salute e nella cura delle malattie per la gran parte delle popolazioni rurali⁽¹⁾, la loro esistenza sembrava interessare, oltre agli utenti, solo gli antropologi e quei rari cultori di saperi pensati essere in via di estinzione.

Da circa due decenni a questa parte la situazione è molto mutata. Ci troviamo di fronte ad un forte risveglio di interesse verso la medicina tradizionale da parte degli organismi internazionali, in primo luogo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e dei governi nazionali che si è tradotta nel tentativo di inserimento dei guaritori tradizionali all'interno dei sistemi sanitari di base, tentativo spesso guidato dall'ambizione di giungere ad un'integrazione tra i due sistemi medici. Naturalmente il processo non è unitario; l'ampiezza, i tempi e le forme concrete di tali tentativi sono diversi da nazione a nazione ed è difficile, attualmente, delineare in modo efficace e sintetico un quadro della situazione che risulti soddisfacente per tutto il continente o anche per la sola Africa subsahariana, su cui è concentrata l'attenzione di questo contributo.

I problemi, le prospettive, le dinamiche sociali e culturali inevitabilmente connessi a tali progetti di cooperazione sono al centro di un dibattito che

vede impegnati antropologi, sociologi ed operatori sanitari⁽²⁾. Non è però questa la sede per procedere ad una rivisitazione critica del dibattito in corso, che forse potrebbe risultare prematura. Quel che mi propongo è di analizzare, alla luce di tale processo, come si vada oggi definendo il ruolo e la natura dei terapeuti tradizionali. Occorrerà domandarsi quali nuovi equilibri vengono fuori dal processo di riconoscimento e di legittimazione delle pratiche terapeutiche tradizionali; quale sia il senso di tale legittimazione; quale sia il posto della medicina tradizionale, in tutte le sue diverse espressioni, e attraverso quali negoziazioni si vada oggi definendo il suo campo; quali siano infine le partite di potere che si giocano intorno a questo processo. Non è mia intenzione analizzare un caso specifico, ma riferendomi alla letteratura esistente ed alla mia personale esperienza di ricerca in Ghana⁽³⁾, tentare di dare uno sguardo d'insieme alle principali dinamiche che è possibile rintracciare attualmente nel continente africano.

1. Quel che vuol dire "medicina tradizionale"

Volendo render conto dei processi e delle dinamiche che investono oggi la medicina tradizionale, occorre preliminarmente interrogarsi su quale sia il significato e quale il campo di pertinenza di questo termine. Di più, occorre chiarire come esso si sia costruito, ed in opposizione a cosa.

In effetti nella definizione di "medicina tradizionale" si sono abbracciati, di volta in volta, pratiche e saperi affatto diversi. Sarebbe infatti più corretto parlare di "medicine" e di "saperi terapeutici", dove l'uso del plurale servirebbe a meglio sottolineare l'estrema varietà di pratiche simboliche ed empiriche che caratterizzano le concezioni e le classificazioni delle malattie, i comportamenti atti al mantenimento della salute e le azioni di cura nelle diverse culture e, spesso, all'interno di ogni singola cultura.

Il termine "medicina tradizionale" tende a conglobare pratiche e saperi perfino opposti tra loro nelle caratteristiche fondamentali. Ad esempio vi si comprendono saperi terapeutici che si basano su tradizioni scritte, come la medicina tradizionale cinese o quella ayurvedica, oltre ai saperi delle culture africane, oceaniane etc., i quali fino a non molto tempo fa, e per molti versi anche oggi, erano trasmessi oralmente. Non c'è bisogno di scomodare Goody per trarre qualche conclusione rispetto alla profonda differenza che caratterizza saperi che poggiano sulla sanzione di un *corpus* scritto e quelli che invece vengono trasmessi oralmente. Il carattere stesso della trasmissione orale permette infatti a questi ultimi di essere più fluidi, di avere confini incerti e soprattutto di essere soggetti a mutamenti e variazioni individuali,

spesso anche profondi, che risultano più difficili dove esista una codificazione scritta di riferimento. Se prendessimo come punto di riferimento per la classificazione dei saperi terapeutici proprio la dicotomia scrittura/oralità, saperi quali quelli della medicina cinese e ayurvedica si troverebbero sullo stesso lato della biomedicina ed opposti a quelli delle culture a trasmissione orale. Eppure essi sono stati spesso accomunati sotto l'etichetta di "medicina tradizionale", ed è solo ultimamente che si sono sottolineati gli elementi che li oppongono e li contraddistinguono (HAKIM M.S. 1982).

In realtà, come sottolinea Dozon (DOZON J.-P. 1987), l'espressione "medicina tradizionale" deve essere vista come un contenitore che consente di riunire sotto la stessa etichetta pratiche e saperi eterogenei, che risultano pensabili unitariamente solo se visti come opposti alla biomedicina. In tal modo l'espressione "medicina tradizionale" tradisce una connotazione ideologica e simbolica dei saperi terapeutici non occidentali nel senso che essi vengono opposti alla biomedicina in quanto considerati come un insieme di pratiche ancestrali spesso di carattere non razionale, impermeabili all'esperienza e poco disposte al mutamento⁽⁴⁾. Per converso la biomedicina viene caratterizzata come razionale, in perpetua evoluzione e soggetta ai criteri della verificabilità e della falsificabilità. Accennerò solamente al fatto che una tale posizione risulta impropria e in senso rigoroso inaccettabile. Infatti diversi autori sottolineano i caratteri di adattabilità e di plasmabilità propri dei saperi terapeutici non occidentali (ad es. LANDY D. 1974, OPPONG A.C.K. 1989⁽⁵⁾); allo stesso tempo da più parti vengono messi in luce gli aspetti simbolici, o comunque non riconducibili ad un atteggiamento logico-razionale, rintracciabili nella nostra biomedicina (LIONETTI R. 1988 [1989]). Ma al di là di queste considerazioni resta il fatto che l'espressione "medicina tradizionale" trovi senso in opposizione alla medicina occidentale moderna. Tornerò oltre su tale opposizione, a mio avviso largamente superata e comunque poco idonea a comprendere le dinamiche culturali e sociali che oggi attraversano il continente africano. In ogni caso val la pena di sottolineare come essa si basi su altre di più vasta portata quali tradizione/innovazione, arcaicità/modernità o anche situazioni aperte/situazioni chiuse (HORTON R. 1967) di cui oggi viene messo in discussione il valore euristico ed epistemologico, e rimanda alla grande dicotomia noi/loro di cui è difficile non riconoscere il carattere etnocentrico (GOODY J. 1981 [1977]: 11).

La connotazione ideologica implicita nell'espressione "medicina tradizionale" può essere vista - pur con valenze diverse da quelle cui facevo riferimento sopra - anche nella politica sanitaria e culturale dei governi africani.

Infatti in questo caso l'uso dell'espressione "medicina tradizionale" si riferisce a quell'insieme di pratiche che rientrano in un più ampio bagaglio cul-

turale proprio di ognuno dei popoli che abitano il continente. Difendere e legittimare l'uso della medicina tradizionale, così come oggi vanno facendo molti governi africani, può apparire senz'altro un atto meritorio e che si inserisce in una più generale politica di difesa e rivalutazione delle tradizioni culturali africane. Ma esso risponde principalmente ad interessi politici ed ideologici abbastanza evidenti. La legittimazione delle pratiche terapeutiche tradizionali assume un senso che travalica il solo ambito delle politiche sanitarie. Nelle pratiche di legittimazione e diffusione della medicina tradizionale, vi è infatti implicito il rimando alla volontà di una più ampia difesa delle identità culturali dei popoli africani già messe in crisi e disgregate durante il periodo coloniale e che oggi lo appaiono ancor di più a causa del tumultuoso mutamento sociale e culturale. Tale difesa diventa un'arma ideologica capace di creare consenso politico.

Citerò, come esempio di tale atteggiamento, il caso del Ghana, basandomi su uno stimolante contributo di Twumasi e Warren e sulla mia esperienza di ricerca. Subito dopo l'indipendenza l'allora presidente Kwame Nkrumah attuò una politica tesa alla rivalutazione ed alla rivitalizzazione della cultura, dell'arte e della medicina africana, alla cui base «vi era la conscia richiesta di un modo africano di fare le cose che distinguesse l'africano dall'europeo» (TWUMASI P.A. - WARREN D.M. 1986: 122). A mio avviso ciò nasceva dal fatto che il Ghana, da semplice unità amministrativa dell'epoca coloniale che governava su popoli affatto differenti e spesso competitivi, era diventato uno Stato. Vi era dunque la necessità di creare una coscienza ed un'identità nazionale come fondamento di un sentimento di unità tra i differenti popoli del paese, nella comune opposizione al colonizzatore europeo. Da qui la necessità di *inventare* un modo supertribale, africano, in opposizione al modo europeo.

Per quel che riguarda l'argomento di pertinenza di questo saggio, la politica di Nkrumah si concretò nella creazione di una società il cui scopo era quello di riunire tutti i guaritori tradizionali, sia erbalisti che spirituali, del paese (Ghana Psychic and Traditional Healers Association). Nel 1974 il generale Acheampong, per molti versi continuatore della politica di Nkrumah, diede vita al Centre for Scientific Research into Plant Medicine, il cui scopo era lo studio scientifico dei rimedi erbalistici usati dai guaritori, per isolarne gli eventuali principi attivi e per la produzione industriale dei farmaci che da quei rimedi si potevano ricavare (TWUMASI P.A. - WARREN D.M. 1986, SCHIRIPA P. 1993b). Val solo la pena di notare come soprattutto la nascita del Centre for Scientific Research into Plant Medicine avesse poco a che fare con la medicina africana o tradizionale nel suo complesso, implicando in realtà uno spostamento di piano, in senso riduttivo, che snatura

l'oggetto. Infatti lo studio scientifico dei rimedi tradizionali comporta un arbitrario isolamento di un singolo aspetto della medicina africana, quello erbalistico, a discapito degli altri, ad esempio quello simbolico o quello sociale, cui esso è intimamente connesso ed al di fuori del contesto culturale che gli conferisce un senso.

Benché queste iniziative esprimessero un genuino interesse verso i saperi tradizionali dei popoli del Ghana, dietro di esse vi erano soprattutto motivazioni squisitamente politiche: la creazione di una coscienza nazionale, da una parte, e dall'altra il rinsaldare il consenso⁽⁶⁾. In tal senso la medicina tradizionale ha funzionato da operatore simbolico; come richiamo ai saperi più propri, all'orgoglio delle proprie radici contro la cultura imposta dal colonizzatore (e più tardi dallo straniero europeo), alla riscoperta dei propri valori e delle proprie tecniche, all'unità dei popoli neri contro il potere dell'europeo. Sono questi i messaggi che veicola, in Ghana come in molti altri paesi africani, il recupero recentemente valorizzato della medicina tradizionale⁽⁷⁾.

L'espressione "medicina tradizionale" difficilmente può definire una realtà precisa e conclusa. Al di là del processo di dinamico mutamento cui sono sottoposti i saperi terapeutici delle culture africane, essa, come si è visto, evoca una serie di connotazioni ideologiche che se da una parte determinano un preciso campo di pertinenza, dato dall'opposizione alla biomedicina, vista nei suoi connotati di modernità e scientificità, dall'altro ne permettono un suo uso politico. Queste connotazioni si ritrovano anche alla base delle motivazioni dell'attuale processo di integrazione della medicina africana nei sistemi sanitari di base di cui si dirà.

In questa sede dunque si continuerà ad usare l'espressione "medicina tradizionale", intendendo sia l'insieme delle pratiche simboliche ed empiriche che caratterizzano i saperi terapeutici delle culture africane, sia quei connotati simbolici ed ideologici sopra indicati.

2. Medicina tradizionale e biomedicina in Africa

Nell'epoca coloniale le potenze europee hanno assunto di norma un atteggiamento di chiusura verso le pratiche terapeutiche delle culture colonizzate. Tale atteggiamento nasceva da un lato dalla convinzione etnocentrica della fallacia dei saperi terapeutici dei popoli assoggettati, visti come insieme di pratiche di carattere magico e superstizioso; dall'altro dalla volontà di indebolire il prestigio e il carisma sociale dei terapeuti. Questi ultimi infatti, che rivestivano anche un ruolo religioso, avevano una forte influenza sulle

loro società, e potevano dunque diventare potenziali capi politici pericolosi rispetto ai colonizzatori.

Le legislazioni riguardo alla pratica di attività terapeutiche erano modellate nelle colonie su quelle della madrepatria. Si possono riscontrare differenze, a volte anche notevoli, tra le leggi vigenti nelle colonie inglesi, in quelle francesi, o tedesche etc., ma nonostante ciò tutte imponevano di fatto «un sistema monopolistico attraverso il quale le cure sanitarie erano dispensate da medici laureati e da pochi altri professionisti che avevano avuto un'istruzione formale, quali i dentisti, i farmacisti e gli infermieri» (STEPAN J. 1983: 293). Naturalmente la legislazione indeboliva il ruolo ed il prestigio dei terapeuti tradizionali, che si trovarono in breve tempo ad operare in condizioni di clandestinità ed ai margini del sistema sanitario.

A questo tipo di legislazione si accompagnava una politica sanitaria tutta improntata sulla biomedicina e sulla creazione delle infrastrutture necessarie al suo sviluppo (farmacie, dispensari, ospedali etc.). Si trattava comunque di uno sviluppo incentrato sui centri urbani, dove più che altro risiedeva la popolazione europea. C'è da aggiungere comunque che i missionari, presenti in forze nel continente, costruirono dispensari ed altre infrastrutture sanitarie nelle aree rurali, o comunque più scoperte da un punto di vista sanitario.

All'indomani dell'indipendenza tale situazione non mutò di molto. I governi che si sono succeduti alla guida dei nuovi stati hanno avuto atteggiamenti diversi e spesso contraddittori verso le pratiche terapeutiche tradizionali. Sinteticamente si possono distinguere tre diverse opzioni (KIKHELA - BIBEAU G. - CORIN E. 1979, STEPAN J. 1983). La prima consiste nella mancata legalizzazione della medicina tradizionale e nel suo persistere ai margini del sistema sanitario, come è accaduto in Kenya e Costa d'Avorio dove, almeno per un certo periodo, ha prevalso una politica tesa alla modernizzazione ed al progresso, intesa come acquisizione del bagaglio tecnologico occidentale e ripudio delle proprie tecniche tradizionali. La seconda consiste in una passiva ammissione con un riconoscimento informale dei terapeuti tradizionali; secondo tale criterio «lo stato è ufficialmente interessato solo al moderno settore medico, lasciando che l'altro si sviluppi per proprio conto al di fuori del controllo statale» (KIKHELA - BIBEAU G. - CORIN E. 1979: 218). La terza, entro cui possiamo individuare l'esperienza del Ghana discussa prima, consiste nel riconoscimento legislativo dei guaritori tradizionali. Spesso però tale riconoscimento non implicava la promulgazione di leggi che regolassero in maniera chiara gli spazi di intervento ad essi consentiti. In linea di massima, il riconoscimento legale permette il rilascio di licenze ai guaritori tradizionali ed il riconoscimento, o la creazione, di associazioni dei guaritori⁽⁸⁾.

Ma anche gli sforzi per il riconoscimento della medicina tradizionale non incisero fortemente sulle politiche sanitarie dei vari stati. Si può dire infatti che essi continuarono nelle scelte già adottate dalle amministrazioni coloniali. I principali sforzi si concentrarono nel potenziamento e nell'ampliamento delle moderne infrastrutture sanitarie esistenti, e solo in grado minore in una politica di prevenzione basata sul miglioramento igienico ed ambientale. Alla base di ciò vi era senza dubbio la spendibilità, propagandistica e politica, di opere immediatamente visibili quali gli ospedali (TWUMASI P.A. 1981: 148 sgg.), e l'affermazione di una politica sanitaria basata sulla gestione delle emergenze (HOURS B. 1987)⁽⁹⁾.

All'affermazione di tale politica non erano naturalmente estranei gli atteggiamenti degli organismi internazionali, principalmente dell'OMS e delle organizzazioni che si occupavano dei progetti di aiuto e di cooperazione internazionale. Esse infatti concepivano l'aiuto sanitario, solo nei termini dello sviluppo di un sistema basato sui dettami e sulle specificità della biomedicina.

È intorno agli anni Settanta che si registra un profondo mutamento, anche da parte dell'OMS⁽¹⁰⁾, nell'approccio alle pratiche terapeutiche delle culture africane (AKEBELE O. 1984, BERNARDI B. 1984, COPPO P. cur. 1988, COPPO P. - KETTA A. cur. 1990). Si tratta di un processo lungo e laborioso che sfocierà comunque nell'attuazione di programmi sanitari basati sull'inserimento dei terapeuti tradizionali nelle strutture sanitarie di base. Punto di arrivo di tale atteggiamento, almeno fino ad oggi, può essere considerata la dichiarazione adottata dall'OMS nel 1978 ad Alma-Ata (Kazakistan), in cui veniva raccomandato ai paesi membri di promuovere e favorire, nelle zone ove ciò poteva essere utile (come è il caso dei paesi del c.d. Terzo Mondo), l'uso della medicina tradizionale nell'attuazione di programmi sanitari e la sua interazione con la biomedicina (WHO 1978). Tale dichiarazione naturalmente ebbe profonde ripercussioni anche nell'elaborazione delle politiche sanitarie nazionali. Si assisté infatti ad un'accelerazione dei processi di riconoscimento della medicina tradizionale e di cooperazione tra questa e la biomedicina, ove ciò era già in via di svolgimento. D'altro canto diversi paesi prima ostili o indifferenti alla medicina tradizionale hanno adottato, o stanno per adottare, politiche sanitarie più consone ai nuovi dettami dell'OMS⁽¹¹⁾.

A tale mutamento di prospettiva hanno concorso numerosi fattori, sia di ordine internazionale che nazionale. Innanzi tutto la disastrosa condizione in cui spesso versano gli ordinari servizi sanitari nel continente africano (HOURS B. 1985, FASSIN D. 1992), acuita dal fatto, già notato in precedenza, che essi sono quasi sempre concentrati nelle sole aree urbane mentre quelle rurali, dove tuttora vive la maggior parte della popolazione in Africa, risultano spesso sprovviste dei servizi sanitari essenziali. C'è da aggiungere che lo

stesso personale sanitario dei vari paesi africani è poco incline a svolgere la sua opera nelle aree rurali, a causa della scarsità di mezzi in cui è costretto a lavorare, ma anche perché la scelta di lavorare nelle aree rurali, mentre comporta disagi quotidiani di vario genere, non favorisce certo le prospettive di carriera e di guadagno (MACCORMACK C.P. 1981: 423-424). Inoltre i sempre maggiori costi necessari per la costruzione delle infrastrutture e soprattutto la dipendenza tecnologica, anche in questo campo, dall'Occidente e la necessità di importare un buon numero di farmaci causano un indebitamento sempre più gravoso per i vari governi nazionali (DESTEXHE A. 1987).

A tali motivazioni vanno aggiunte altre di diverso ordine. I connotati ideologici prima delineati della medicina tradizionale hanno fatto sì che il supporto datole spesso rappresentasse un buon viatico per i leader politici. Daltronde anche in Occidente, in concomitanza con la crisi di legittimità che investe oggi a vari livelli la biomedicina si è preso sempre più coscienza dell'importanza del preservare e sviluppare saperi terapeutici appartenenti ad altre tradizioni culturali.

Questi appena citati non sono che alcuni dei fattori che hanno favorito il radicale mutamento di atteggiamento nei confronti della medicina tradizionale. In tale processo le aspettative politiche dei "radicali" occidentali si sono trovate fianco a fianco con i cinici calcoli delle case farmaceutiche, con le convenienze politiche dei governi e dei burocrati africani e con le genuine aspettative di molti intellettuali africani in una composita e varia "coalizione" che, con una buona dose di ironia, Last (LAST M. 1986: 1) riassume così:

«I governi (uomini di partito, burocrati e militari) che hanno la necessità di tagliare le spese e di mantenere l'appoggio popolare; l'OMS (o una parte al suo interno) che spinge su questi governi con idee e pressioni internazionali; gli psichiatri intrigati in soluzioni ai problemi dei pazienti di culture differenti e i farmacologi alla ricerca di nuovi composti; gli idealisti che cercano di sviluppare una medicina veramente nazionale e gli scettici disgustati dalla professione medica, dalle sue rivendicazioni e dalle sue compagnie farmaceutiche; i radicali di varie convinzioni, che sostengono per esempio la campagna contro la città o i "popolani" contro la borghesia; o i realisti i quali sottolineano semplicemente che in effetti la "medicina di base" è già, di fatto, quasi per intero surrogata dalla medicina tradizionale e che in ogni caso vorrebbero veder riconosciute per il loro effettivo valore le conoscenze e le capacità indigene».

A questa lista, non senza ragione, Green (GREEN E.C. 1988: 1125) aggiunge «un buon numero di antropologi occidentali, i professionisti della sanità pubblica e studiosi assortiti».

3. Sanità pubblica e cooperazione tra saperi medici diversi

Il processo di riconoscimento della medicina tradizionale e di inserimento dei guaritori tradizionali nelle strutture sanitarie di base non è indolore, ma procede tra difficoltà e arresti. In realtà, all'interno degli organismi internazionali così come entro i singoli stati, vi sono molte forze che non vedono con favore il procedere di questi tentativi. Primi fra tutti i medici di formazione occidentale (GREEN E.C. 1988: 1126), i quali spesso giudicano la loro pratica incompatibile con quella dei guaritori. È bene comunque render subito conto di una differenza su cui spesso si insiste. In genere i medici di formazione occidentale si dicono disposti a lavorare con gli erbalisti, intendendo con questo termine quel tipo di terapeuti tradizionali che operano attraverso manipolazioni del corpo o medicinali ricavati da sostanze vegetali, mentre hanno molte più difficoltà ad accettare una collaborazione con i sacerdoti (spesso noti come *priest-healers* o *fetish-priests*), cioè quei terapeuti tradizionali che agiscono in stato di possessione.

La preferenza che viene accordata ai primi da parte dei medici di formazione occidentale è giustificata con il fatto che i metodi degli erbalisti sarebbero comunque sottoponibili ad un controllo di tipo scientifico, tanto sul genere di sostanze usate quanto sulla somministrazione delle stesse (ANYINAM C. 1987: 807-808). È lecito sospettare che tale atteggiamento sia dettato dalla volontà di mantenere comunque un controllo sulla loro attività. Avocare a sé e agli strumenti del proprio sapere la valutazione dell'efficacia di una pratica "altra" è quantomai arduo. Si pone infatti il problema del come e del cosa valutare, con quali criteri. Non a caso Lionetti (LIONETTI R. 1993), partendo dall'esperienza di Bandiagara (vedi oltre), e sottoponendo a dura critica il pregiudizio biomedico che vuole che la valutazione della medicina tradizionale sia fatta a partire da criteri scientifici occidentali, propone che si consideri la valutazione come un processo aperto in cui siano messi in gioco valutatore e valutato⁽¹²⁾.

Il problema della valutazione non è l'unico che si pone. C'è da dire infatti che la stessa suddivisione tra una medicina tradizionale di carattere più erbalistico ed una invece più embricata nel soprannaturale, benché spesso accettata forse un po' acriticamente anche nella letteratura etnografica, è spesso artificiosa. Poiché la medicina tradizionale non presenta i caratteri di un sistema (LAST M. 1981)⁽¹³⁾, propri invece della biomedicina, i confini tra i suoi ambiti sono quanto mai fluidi e mutevoli. In realtà spesso i singoli guaritori si muovono tra questi due ambiti, ricorrendo a seconda dei casi a pratiche erbalistiche o all'aiuto degli spiriti. In ogni caso le pratiche di tipo erbalistico condividono lo stesso sistema simbolico di quelle spirituali, ed è dun-

que difficile isolarne gli aspetti riducibili ad un'analisi scientifica, ammesso che ciò sia lecito, senza mutilare l'orizzonte di senso in cui esse si muovono.

Non bisogna infine dimenticare che le difficoltà dei medici di formazione occidentale a collaborare con i terapeuti tradizionali nascono anche dalla volontà di mantenere, almeno a livello di riconoscimento ufficiale, l'esclusività nel campo delle terapie. La legittimazione ufficiale dei terapeuti significherebbe infatti per i medici di formazione occidentale l'ulteriore rafforzamento di un concorrente già temibile. Si affacciano dunque dietro tale atteggiamento motivazioni di potere e di carattere economico.

Anche da parte dei guaritori tradizionali vi sono comunque molto spesso difficoltà ad accettare la collaborazione con i medici di formazione occidentale. Esse nella maggior parte dei casi nascono dal rifiuto del guaritore stesso di accettare il ruolo subalterno che gli si vuole imporre. In effetti in molti casi la sua figura viene vista come un surrogato di quella dell'infermiere, utile in quanto vi è una forte carenza di personale (BIBEAU G. 1979, MACCORMACK C.P. 1981).

Al di là di alcune positive esperienze, tra cui segnaliamo quella di Bandiagara in Mali (COPPO P. cur. 1988, COPPO P. - KEITA A. cur. 1990), quella dello Zaire (BIBEAU G. - CORIN E. - MULINDA H.B. *et al.* 1978) e quella del Kenya (GIARELLI G. 1995) dove si sta cercando di trovare delle forme di effettiva collaborazione tra biomedicina e medicina tradizionale nel rispetto dei quadri culturali e simbolici in cui quest'ultima è inserita, i tentativi di integrazione sono spesso stati forieri di ambiguità ed aporie. Anzitutto, come si è accennato, spesso si continua a considerare i terapeuti tradizionali come surrogati di un personale paramedico che è carente, o comunque come terapeuti di secondo grado, senza riconoscere una loro specificità ed un sapere autonomo non riducibile a quello della biomedicina. Ma i problemi più gravi in tali tentativi nascono spesso dalla tendenza a ridurre la medicina tradizionale solo al suo ambito empirico erbalistico⁽¹⁴⁾.

Il caso del Congo, riportato da Gruénais e Mayala (GRUÉNAIS M.-E. - MAYALA D. 1988), ben illustra il limite di alcuni tentativi di integrare biomedicina e medicina tradizionale. Per gli Autori, nell'esperienza congolese è implicita l'idea che l'integrazione sia possibile a patto che si riesca a "sbarazzarsi" dell'efficacia simbolica della medicina tradizionale. Si può far risalire l'esordio dell'esperienza congolese al 1974 quando, sotto gli auspici del partito unico (PCT), nasce l'Unione nazionale dei guaritori tradizionali congolese (UNTC). Dalla sua fondazione al 1980, l'associazione ha una vita travagliata, soprattutto perché il partito e la Direzione centrale di medicina mettono l'accento solo sul lato empirico della medicina tradizionale. Ciò dipende, secondo gli Autori, dal fatto che «in uno stato che ha optato per il socialismo scienti-

fico e che, di conseguenza, non può che favorire lo sviluppo scientifico della medicina tradizionale, è arduo accettare ufficialmente l'efficacia delle pratiche iniziatiche, divinatorie, rituali e religiose» (*ibidem*: 53). Sarebbe infatti come far propria una contraddizione profonda ed insanabile. Nel 1980 l'associazione si apre anche ai "parapsicologi", parola che evidentemente il governo trovava più consona, rispetto al socialismo scientifico, dell'espressione "sacerdote tradizionale"; ma nello statuto definitivo dell'associazione approvato nel 1984, neppure di essi vi è più traccia.

In questa battaglia contro gli aspetti simbolici della medicina tradizionale, il governo trova subito un alleato decisivo nei medici. Questi infatti sono disposti a collaborare con i terapeuti tradizionali a patto che si possa dimostrare la validità scientifica del loro intervento. La contraddizione tra l'ideologia del socialismo scientifico e l'accettazione degli aspetti simbolici della medicina tradizionale è dunque risolta «dall'attitudine scienziata dello stato e del corpo medico: le pratiche qualificate come mistiche sono interdette o devono essere spiegate scientificamente. La medicina tradizionale si riduce così alla farmacopea» (*ibidem*: 61).

I guaritori non accettarono questo tipo di impostazione che mutilava il loro sapere di una parte essenziale. Molti di essi rifiutarono di aderire all'associazione, la quale finì per riunire solo dei guaritori giovani e con poca clientela, per i quali la posta in gioco dell'adesione ad essa «sembra essere l'accesso ad una posizione di potere a livello di quartiere, rione o comune» (*ibidem*: 59). Torneremo in seguito su cosa possa significare, a livello di potere e di prestigio, l'aderire o meno alle associazioni di guaritori che si sono formate in molti paesi o il richiedere una legittimazione ufficiale. Per il momento noteremo solo come il tentativo di sbarazzarsi della dimensione simbolica della medicina tradizionale rappresenti un fortissimo ostacolo al successo dei tentativi di collaborazione tra biomedicina e terapeuti tradizionali.

Del resto, come ho fatto notare altrove (SCHIRIPA P. 1993a), mutilare la medicina tradizionale dei suoi aspetti simbolici per limitarla alle sole pratiche empirico-erbalistiche significa di fatto, più che legittimare, *inventare* un sapere tradizionale, poiché si concede lo statuto di sapere autonomo e conchiuso a pratiche che in realtà trovano significato solo in un più vasto universo simbolico.

4. La definizione di un sapere

Da quanto si è detto appare chiaro che l'attuazione stessa di tali progetti di collaborazione pone in maniera pressante la questione della definizione precisa di cosa si intenda per saperi terapeutici tradizionali. In breve,

nel momento in cui si va a regolare legislativamente e a dare un riconoscimento ufficiale alle pratiche terapeutiche tradizionali, occorre delimitare non solo il loro campo di intervento, e cioè se sia o meno legittimo che esse possano trattare ogni tipo di patologia, o se la loro attività debba essere ristretta ad un certo numero di patologie particolari, o ancora se i loro interventi debbano o meno essere sottoposti alla supervisione della biomedicina.

Per quel che pertiene ad un'analisi antropologica, quanto appena accennato non è l'unico nodo problematico che vien fuori dai tentativi di definizione, e dunque di delimitazione di aree ed ambiti, della medicina tradizionale. Quanta parte dei saperi terapeutici tradizionali troverà posto nella definizione che viene data di medicina tradizionale. Quali aspetti di essa verranno maggiormente enfatizzati e quali invece svalutati. Con quali criteri si deciderà chi può legittimamente designarsi come guaritore tradizionale. Tali domande necessitano di un doppio livello di risposta. Da una parte, ad un livello più euristico, occorrerà interrogarsi su quel che è oggi la medicina tradizionale e sulla possibilità di darne una definizione sintetica ed esaustiva. Dall'altro, ad un livello di analisi delle dinamiche culturali e sociali, occorrerà render conto di quali scontri di poteri si possono intravedere dietro i tentativi di delimitare natura e confini dei saperi terapeutici tradizionali. Questo secondo aspetto sarà analizzato nel prossimo paragrafo.

Come si è già detto, ogni singola cultura possiede un insieme abbastanza composito di tecniche di guarigione. Tipi di erbe, tecniche divinatorie, pratiche spirituali, modelli terapeutici costituiscono in ogni cultura uno spettro abbastanza ampio, cui ogni singolo guaritore attinge per creare un proprio individuale insieme di modelli, tecniche e pratiche. Per esempio, nella mia esperienza non ho incontrato due guaritori il cui sapere e le cui pratiche coincidessero del tutto. Si ha l'impressione che la "medicina tradizionale" intesa come *corpus* unitario sia più frutto della "vocazione generalizzatoria" di molti studiosi occidentali che della concreta realtà.

Tale problema, oltre ad avere una sua importanza per chi intenda analizzare quel che si muove nel campo della medicina tradizionale, diventa essenziale nel momento in cui si va verso una istituzionalizzazione e una definizione del campo del sapere medico tradizionale.

Anche a causa del suo carattere di conoscenza non scritta e non codificata, trasmessa oralmente e suscettibile di profonde variazioni in seguito all'esperienza individuale o all'incontro con altre tradizioni terapeutiche, la medicina africana presenta oggi varie zone di contatto e sincretismi con

altre tradizioni terapeutiche, prime fra tutte quella islamica e quella occidentale. Ciò naturalmente rende il quadro più variegato e complesso.

Si tratta di mutamenti che investono tanto il modo di presentarsi degli stessi guaritori, si pensi all'uso di biglietti da visita, di esporre diplomi che sanzionano la legittimità della loro attività, a mo' di quanto è possibile vedere nelle sale di attesa dei medici occidentali (SCHIRIPA P. 1992: 184-185); ma soprattutto riguardano la pratica terapeutica e la stessa ideologia della malattia. Nella classificazione delle malattie spesso oggi i guaritori affiancano la tradizionale eziologia "spirituale", che vede la causa del male nell'azione di una divinità o di un fattucchiere, ne affiancano una di tipo "naturale", che rimanda all'azione patogena di un agente naturale. Per quel che riguarda la pratica terapeutica, Oppong (OPPONG A.C.K. 1989: 605) riporta il caso di un conciaossi tradizionale che nel suo lavoro fa ricorso alla lettura di radiografie. Non credo che ci si debba tanto interrogare sulla effettiva capacità del guaritore in questione di leggere le radiografie, quanto invece sottolineare che l'appropriazione di strumenti tecnici "moderni", propri della biomedicina, sia funzionale ad una precisa strategia del guaritore: tale appropriazione infatti, proprio per il prestigio di cui gode la tecnica occidentale, può consentire un'ulteriore acquisizione di prestigio per il guaritore stesso.

In Ghana ho spesso incontrato guaritori che alle tecniche tradizionali ne affiancano altre, quali l'iniettare medicinali con la siringa o il fare uso di apparecchi per misurare la pressione, mutuati dalla biomedicina; altri terapeuti invece adottano concezioni e tipi di tecniche terapeutiche, in un insieme oramai difficilmente discernibile, che derivano ad un tempo da saperi tradizionali, dalla biomedicina, dall'agopuntura e ancora da altri sistemi terapeutici. Casi di questo genere vengono anche riportati da Landy (LANDY D. 1974).

Tutto ciò rende anche più debole, da un punto di vista euristico, l'opposizione tra medicina tradizionale e biomedicina. Non è possibile né utile per l'analisi separare nettamente i due ambiti. Pare infatti inutile interrogarsi oggi su eventuali ambiti specifici della medicina tradizionale, o tentare di comprendere quanto di tradizionale vi sia nelle tecniche terapeutiche di questo o quel guaritore. In tal modo si tende ad oscurare un vasto campo di mediazioni esistenti tra le varie tradizioni terapeutiche. L'uso di particolari tecniche terapeutiche è effettivamente legato alla possibilità di ampliamento del proprio campo di azione in funzione del proprio prestigio. Il problema importante allora è interrogarsi su come l'uso di questa o quella tecnica rientri nelle strategie di acquisizione di prestigio e di potere dei vari guaritori.

5. Legittimazione, prestigio, potere

Il processo di inserimento dei terapeuti tradizionali nelle strutture sanitarie di base impone una qualche forma di legittimazione di questi ultimi da parte dei governi. Le forme in cui tale legittimazione avviene variano da paese a paese e coprono un ventaglio che va, come si è accennato, da un riconoscimento informale ad una piena legittimazione della loro attività. L'ampiezza del loro riconoscimento a volte pone anche ardui problemi legislativi. È il caso di quanto è avvenuto in Zaire (BIBEAU G. 1982), dove il pieno riconoscimento dei terapeuti tradizionali ha comportato la necessità di attuare una legislazione che puniva gli autori di atti di stregoneria. Come tutti gli Stati africani lo Zaire possiede un corpo di leggi per gran parte mutuato dalla legislazione coloniale e ispirato alla giurisprudenza occidentale. Come far convivere la positività e la materialità della prova giudiziaria di tradizione occidentale, con un'accusa che ha il suo fondamento nell'azione di un divinatore (BIBEAU G. 1982: 1846)?

Basta questo esempio come sintomo dei contrasti e delle difficoltà che sorgono dalla necessità di un pieno riconoscimento dell'attività dei guaritori tradizionali.

C'è da chiedersi in qual senso si usi il termine, di per sé assai vago, di legittimazione. Se seguiamo la classica griglia weberiana potremmo isolare tre diversi tipi di legittimazione: tradizionale, la cui validità è riposta sull'adesione ai costumi degli antenati; carismatica, che si appoggia al carisma personale ed alle qualità straordinarie di un individuo; razionale o legale, che è sanzionata dal rispetto di regole stabilite razionalmente.

MacCormack (MACCORMACK C.P. 1981), ad esempio, adotta precisamente tale griglia. Attraverso di essa la studiosa assegna ai guaritori una legittimazione di tipo tradizionale mentre alla biomedicina una di tipo razionale, lasciando la legittimazione di tipo carismatico ai profeti delle chiese spirituali⁽¹⁵⁾. Probabilmente la realtà è un po' più complessa e questa classificazione rigidamente meccanicistica, oltre ad essere uno strumento euristico approssimativo, male si adatta ad interpretare le situazioni concrete. Per esempio c'è da chiedersi come si possa definire la legittimazione tradizionale in un contesto urbano, dove convivono ed interagiscono individui che appartengono a gruppi, per storia e cultura, affatto diversi e che possono accedere a differenti tipi di terapeuti o operatori. In effetti, e non solo in contesto urbano⁽¹⁶⁾, i terapeuti tradizionali hanno una clientela che va ben oltre i confini del proprio gruppo di appartenenza; anzi spesso va anche oltre le appartenenze religiose: cito ad esempio il caso di cristiani o di islamici che si rivolgono a guaritori tradizionali (cfr. ad es. JAHODA G. 1979,

FASSIN D. 1992). Il problema non è solamente l'esistenza di un pluralismo di tradizioni terapeutiche cui i pazienti attingono al di là del loro gruppo culturale di appartenenza. D'altra parte la rigida divisione schematica proposta da MacCormack non tiene conto dei sincretismi in atto tra saperi terapeutici cui facevo riferimento più sopra. Sotto quest'ultimo rispetto la legittimazione, più che riposare sull'aderenza ai dettami della tradizione da parte dell'operatore, si fonda sulla sua capacità di adattamento e di rinnovamento della propria pratica terapeutica.

Mi sembra che la legittimazione dei guaritori tradizionali, più che fondarsi sui dettami della tradizione, oggi segua anche altre strade. Una di queste va cercata nell'efficacia delle loro pratiche e nel consenso che esse suscitano. Consenso che non è per forza e univocamente legato all'adesione alla tradizione.

Ma un'altra strada può ritrovarsi nel processo di riconoscimento delle pratiche terapeutiche tradizionali da parte degli organismi internazionali e nazionali. Viene così messo in discussione lo schema di MacCormack. In effetti oggi il guaritore, alla legittimità tradizionale, può affiancare quella di tipo razionale, derivatagli dal riconoscimento, ufficiale o ufficioso, da parte dei governi nazionali.

Senonché la questione del riconoscimento ufficiale e legale dei guaritori tradizionali mette in campo una serie di questioni che pongono in primo piano l'analisi delle strategie di acquisizione del prestigio adottate dagli stessi guaritori e delle partite di potere che si giocano attorno al processo della loro integrazione.

Nota giustamente Fassin (FASSIN D. 1992: 250) a proposito dell'esperienza senegalese: «Il vecchio terapeuta tradizionale della Casamance o della Vallée du Fleuve, che gode della fiducia e del rispetto degli abitanti del suo villaggio, non ha strategie che rimettano in discussione l'ordine legittimo [tradizionale] poiché è proprio l'autorità tradizionale che gli concede il suo posto e il suo potere nella società». Allo stesso modo, aggiunge l'Autore, c'è da chiedersi quanto necessiti di una legittimazione legale il ricco guaritore indovino o il marabutto, i quali annoverano spesso tra i loro clienti anche influenti uomini politici.

Eppure spesso sono gli stessi guaritori tradizionali a richiedere con forza una qualche forma di legittimazione. Ad esempio nel 1991 in Ghana l'associazione dei guaritori ha chiesto ufficialmente al governo l'autorizzazione ad entrare negli ospedali per offrire aiuto terapeutico a quei malati che la biomedicina ritiene incurabili. Dietro tale richiesta c'è la volontà di ottenere, attraverso la sanzione ufficiale delle loro capacità curative, una forma di

legittimazione. Sicuramente ha ragione Fassin (FASSIN D. 1987: 4) quando si domanda se tali richieste non implicino una contestazione o un indebolimento dell'autorità tradizionale. Attaccata, messa in discussione dall'affermarsi di valori diversi da quelli tradizionali, la legittimità dei guaritori cercherebbe nuova linfa trasferendosi dall'ambito tradizionale a quello razionale-legale. Ma non solo. La partita della legittimazione vede scendere in campo diversi attori: organismi nazionali ed internazionali, terapeuti tradizionali e quanti, esponenti della biomedicina in testa, potrebbero ricevere detrimento da un riconoscimento ufficiale della medicina tradizionale. La richiesta di legittimazione ufficiale va vista dunque all'interno di un gioco di potere, in cui il ruolo degli attori viene rinegoziato permanentemente. Entro questo gioco la legittimazione legale può rappresentare un punto di forza spendibile nella negoziazione di un nuovo ruolo.

C'è da sottolineare che la richiesta di legittimazione legale è difficilmente scindibile dalla preliminare esigenza di definire in termini ufficiali gli ambiti propri della medicina tradizionale. Altrove (SCHIRRIPIA P. 1993b) ho interpretato la produzione di discorsi che si va facendo in Ghana intorno alla medicina tradizionale ed al suo ruolo, come una partita di potere. In quel caso mi è parso che lo stesso dibattito intorno ad una eventuale determinazione del campo della medicina tradizionale, e cioè se si dovesse limitare o meno il riconoscimento ai soli aspetti empirico-erbalistici, fosse parte integrante di tale partita. Intorno al tipo di definizione, tra i due indicati, si dispiegano le strategie dei vari attori sociali coinvolti. È in questo senso che il problema della definizione degli ambiti della medicina tradizionale può essere retamente compreso soltanto se si tiene conto della partita di potere che esso implica.

Le dinamiche socio-culturali che sottendono la questione della legittimazione razionale-legale non potrebbero però essere comprese a pieno se si considerano i guaritori tradizionali, anche all'interno delle singole realtà nazionali, come un corpo unitario. Ci sono infatti differenze profonde tra di essi, e non solo per quel che riguarda gli aspetti simbolici o empirici della loro pratica, ma anche rispetto al loro ruolo sociale. È difficile pensare che il ricco marabutto o il guaritore di successo applichi le stesse strategie di mantenimento e accrescimento del prestigio individuale e utilizzi gli stessi criteri di conservazione o mutamento e aggiornamento delle tecniche terapeutiche, in confronto con il piccolo guaritore urbano o rurale. Ciò è particolarmente importante quando si va ad analizzare la posizione dei guaritori rispetto alla questione della legittimazione ufficiale.

Si prenda ad esempio il caso sopra discusso dell'esperienza congolese. In quel caso la maggior parte dei guaritori rifiutò di entrare a far parte dell'as-

sociazione fondata dal governo in quanto essa dava spazio solo all'ambito empirico-erbalistico della medicina tradizionale, e perché essi si sarebbero trovati sotto la doppia tutela, o meglio il doppio controllo, dello Stato e della biomedicina. Gruénais e Mayala segnalavano, non senza ironia, che ben pochi avevano accettato di aderirvi, in genere giovani o con poca clientela, soprattutto con il fine di acquisire una posizione di potere. Infatti la legittimazione ufficiale era considerata un utile mezzo per tentare di conquistare prestigio, soprattutto per chi occupava una posizione svantaggiata.

La questione della legittimazione non ha a che fare, dunque, con l'applicazione di rigide classificazioni categoriali di operatori, ma si riporta alle partite di potere che si giocano intorno alla medicina tradizionale, e alle congiunte rinegoziazioni permanenti di ruoli che hanno luogo tra i vari attori interessati.

6. Promesse e minacce della medicina tradizionale

Questa breve sintesi non rende certo giustizia della ricchezza e della complessità dei problemi e delle questioni legate alla situazione attuale della medicina tradizionale in Africa. Da quanto si è detto risulta impossibile proporre generalizzazioni sul processo di riconoscimento ufficiale della medicina tradizionale e di inserimento dei guaritori tradizionali nelle strutture sanitarie di base in corso in molti paesi africani, date le differenze e le specificità che caratterizzano ogni singola realtà. Ci troviamo di fronte ad una situazione magmatica, in continuo movimento, e per molti versi densa di ambiguità.

Si può in generale considerare positivamente tale processo, in quanto esso segnala una diversa e nuova valutazione, anche da parte di organismi internazionali, delle culture extra-occidentali. E soprattutto esso sanziona quel ruolo fondamentale per il mantenimento della salute che la medicina tradizionale svolge per gran parte delle popolazioni africane. Dall'inserimento dei guaritori nelle strutture sanitarie e dall'incontro con diverse tradizioni terapeutiche risulteranno certamente conseguenze positive per il futuro di queste popolazioni.

Ma come si è visto il processo dinamico in atto nella medicina tradizionale comporta varie ambiguità di ordine sociale, culturale e perfino politico, che si collocano nel quadro delle dinamiche socio-culturali più generali in atto in una situazione di rapida trasformazione. Perciò il dibattito culturale, sia su un piano applicativo che teorico, esige che si tenga conto delle molteplici dimensioni di analisi di cui necessita l'interpretazione del processo in corso.

Ed è bene che in tale processo si sentano impegnati in prima persona anche quanti studiano la medicina tradizionale e le sue attuali trasformazioni perché, come osserva Lionetti (LIONETTI R. 1993: 28-29), «conoscere per sfruttare al meglio le risorse terapeutiche disponibili, specialmente laddove esse appaiono così esigue, costituisce un imperativo etico prima ancora che scientifico».

Note

- (1) Non si tratta di un'affermazione esagerata: si calcola che tuttora almeno l'80% delle popolazioni dei paesi africani, e più in generale di quelli in via di sviluppo, per i propri bisogni terapeutici faccia riferimento principalmente alla medicina tradizionale (KOUMARÉ M. 1983: 25, BANNERMAN R.H. 1983: 319-320).
- (2) Su tali tentativi esiste una bibliografia oramai molto vasta a cui in parte si farà riferimento nel corso del testo. Comunque, per un'illustrazione generale dei programmi di collaborazione tra biomedicina e medicina tradizionale nel terzo mondo cfr. PILLSBURY B. 1988. Per un'analisi più specifica della situazione africana e per notizie sul dibattito in corso cfr. tra gli altri: ADEMUWAGUN Z.A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON I.E. - WARREN D.M. *curr.* 1979 (soprattutto alle pp. 151-216), BERNARDI B. 1984, LAST M. - CHAVUNDUKA G.L. *curr.* 1986, ANYINAM C. 1987, GREEN E.C. 1988.
- (3) In questo paese sto conducendo da circa due anni una ricerca sulla professionalizzazione dei guaritori tradizionali. Fino a questo momento ho compiuto tre distinti periodi di lavoro sul campo: dicembre '91 - gennaio '92, luglio-settembre '92, luglio-agosto '94. Colgo l'occasione per ringraziare il Ghana Museum and Monuments Board, ed in particolare Joe Gazare Seini e Joe Nkrumah, per l'appoggio datomi durante i miei soggiorni. Vorrei anche ringraziare Frempong, amico di ormai vecchia data, senza la cui collaborazione ed il prezioso aiuto non avrei potuto svolgere al meglio il mio lavoro. Tale ricerca è stata svolta grazie ai fondi di ricerca (CNR e MURST) messi a disposizione da Vittorio Lanternari, e a lui come sempre va il mio più sincero ringraziamento.
- (4) In realtà nessuna di queste caratteristiche si addice alle medicine indigene. Esse, come tenterò di spiegare più avanti, di norma presentano tratti di plasmabilità ed elasticità che consentono un forte grado di adattabilità anche di fronte a situazioni come quelle attuali, caratterizzate da forti mutamenti strutturali. Non bisogna neanche enfatizzare in maniera esclusiva l'aspetto simbolico, non razionale, di queste pratiche. Da più parti infatti si sottolinea come, accanto ad esso, trovino posto pratiche terapeutiche e soprattutto di mantenimento della salute (norme igieniche o di prevenzione) dettati da un atteggiamento empirico. Su questo tema, che esula dai limiti di questo saggio, cfr. Janzen (JANZEN J.M. 1981) e la bibliografia inclusa.
- (5) Anche se spesso, come sottolinea Anyinam (ANYINAM C. 1987), si è troppo insistito, e in maniera troppo acritica, su caratteristiche quali la plasmabilità o l'adattabilità, anche da parte dell'OMS, favorendo prese di posizioni ed atteggiamenti forieri di fraintendimenti.
- (6) Penso soprattutto al governo militare di Acheampong che in diverse occasioni dovette far fronte a forti opposizioni interne (ASSIMENG M. 1989: 236-241, SCHIRRIPI P. 1992: 165-172).

- (7) Altrove (SCHIRRIPIA P. 1992: 49-80) ho sottolineato come le stesse motivazioni si possono riscontrare in una chiesa ghanese di recente creazione, *Afrikania*, che si pone coscientemente l'obiettivo di continuare e rivitalizzare le tradizioni religiose africane. In quel caso notavo come tale chiesa abbia avuto forti legami con il regime militare di Rawlings, che ha governato il paese dal 1981 al 1992. È in diversi ambiti dunque che, almeno per quel che riguarda il Ghana, il recupero della tradizione è fortemente intrecciato con la gestione del potere politico e la creazione del consenso. Ciò indurrebbe ad una riflessione più globale sul ruolo della tradizione nelle società africane post-tradizionali.
- (8) Per maggiori notizie sui comportamenti concreti dei vari governi che possono essere compresi in questa terza opzione, si vedano i saggi contenuti nella prima parte di Last e Chavunduka (LAST M. - CHAVUNDUKA G.L. cur. 1986).
- (9) Esistono tuttavia alcune esperienze pionieristiche, specie nel campo della salute mentale, che già negli anni '50 ponevano il problema della difficile collaborazione tra sapere terapeutico occidentale e conoscenze locali. Mi riferisco soprattutto alla celebre esperienza che Collomb e i suoi collaboratori hanno portato avanti nell'ospedale di Fann, in Senegal, ed a quanto, sempre nel campo della salute mentale, si è fatto in quegli anni in Nigeria (BINTIE A. 1991).
- (10) Sull'elaborazione della politica dell'OMS verso i guaritori africani si veda in particolare Bibeau (BIBEAU G. 1979) e Ramonohisoa (RAMONOHISOA C. 1983).
- (11) È ad esempio il caso del Kenya che, negli ultimi anni, ha impostato una politica sanitaria basata sul coordinamento tra medici di formazione occidentale e terapeuti tradizionali (KIMANI V.N. 1981, NYAMWAYA D. 1987, ma soprattutto GIARELLI 1995).
- (12) A questo stesso saggio si rimanda per una più ampia riflessione sui problemi della valutazione, che esula dai limiti del mio contributo.
- (13) Last a ragione sostiene infatti che i criteri che permettono ad un insieme di pratiche terapeutiche di essere percepite come sistema dai pazienti e dai suoi "professionisti" sono essenzialmente: «a) L'esistenza di un gruppo di professionisti che, tutti, aderiscono in modo chiaro ad un comune e consistente corpo di teorie e che basano la loro pratica su una logica che deriva da quelle teorie. b) I pazienti riconoscono l'esistenza di questo gruppo di professionisti e di un consistente corpo di teorie e, benché essi non siano in grado di dar conto della teorie, ne accettano la loro logica come valida. c) La teoria è in grado di spiegare e trattare la maggior parte delle malattie di cui la gente fa esperienza» (LAST M. 1981: 389). Tali caratteristiche, che sono facilmente riscontrabili nella biomedicina, raramente si ritrovano nella medicina tradizionale.
- (14) È interessante notare ciò che Bibeau (BIBEAU G. 1985) rileva per l'esperienza cinese, dove i tentativi di costruire un sistema integrato che comprenda la biomedicina e la medicina tradizionale risalgono agli anni Cinquanta. Quello cinese è un caso rilevante poiché ci troviamo di fronte a un tentativo che va avanti con successo, ma soprattutto perché all'esperienza cinese si ispirano molti dei tentativi che si stanno portando avanti attualmente in Africa. L'Autore rileva comunque come anche nel caso cinese, il presupposto all'integrazione tra le due medicine è consistito nella riduzione della medicina tradizionale ai suoi aspetti empirici, infatti «la sofisticata conoscenza teorica presente nella medicina cinese è stata messa da parte e l'intero sistema ridotto alle sue dimensioni tecniche e messo sotto la supervisione di medici di formazione occidentale» (*ibidem*: 939).
- (15) Non è casuale che MacCormack si riferisca alle chiese spirituali. Spesso infatti la loro attività è orientata in senso terapeutico (LANTERNARI V. 1988, SCHIRRIPIA P. 1992). Da questo punto di vista esse sono da considerarsi a pieno titolo come una risorsa terapeutica immediatamente fruibile dalla popolazione. C'è da chiedersi come mai essa venga misconosciuta dagli organismi internazionali e dai governi.
- (16) Ad esempio Anyinam (ANYINAM C. 1987: 804-805) sottolinea come spesso anche tra le popolazioni rurali, per particolari disagi abbastanza complessi, si faccia ricorso a terapeuti tradizionali molto distanti dal proprio luogo di origine. Aggiungerei che spesso questi appartengono a gruppi diversi. È anche largamente dimostrato in letteratura che i guaritori più famosi hanno una clientela che a volte appartiene anche a nazioni diverse.

Riferimenti bibliografici

- ADEMUWAGUN Zacchaeus A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON Ira E. - WARREN Dennis M. (curatori) (1979), *African therapeutic systems*, Crossroad Press, London.
- AKEBELE O. (1984), *WHO's traditional medicine programme: progress and perspectives*, "WHO Chronicle", 38, 2, 1984, pp. 76-81.
- ANYNAM Charles (1987), *Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of African ethnomedicine*, "Social Science & Medicine", 25, 7, 1987, pp. 803-811.
- ASSIMENG Max (1989), *Religion and social change in West Africa*, Ghana Universities Press, Accra.
- BANNERMAN Robert H. (1983), *The role of traditional medicine in primary health care*, pp. 318-327, in BANNERMAN Robert H. - BURTON John - CH'EN Wen-Chieh (curatori), *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, World Health Organization, Geneva.
- BANNERMAN Robert H. - BURTON John - CH'EN Wen-Chieh (curatori) (1983), *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, World Health Organization, Geneva.
- BERNARDI Bernardo (1984), *La professionalizzazione della medicina tradizionale africana*, "Africa" (Roma), 34, 1984, pp. 1-19.
- BIBEAU Gilles (1979), *The World Health Organization in encounter with African traditional medicine: theoretical conceptions and practical strategies*, pp. 182-186, in ADEMUWAGUN Zacchaeus A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON Ira E. - WARREN Dennis M. (curatori), *African therapeutic systems*, Crossroad Press, London.
- BIBEAU Gilles (1982), *New legal rules for an old art of healing. The case of Zairian Healers Association*, "Social Science & Medicine", 16, 1982, pp. 1843-1849.
- BIBEAU Gilles (1985), *From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and Western medicines*, "Social Science & Medicine", 21, 1985, pp. 937-943.
- BIBEAU Gilles - CORIN Ellen - MULINDA Habi B. et al. (1978), *Traditional medicine in Zaire. Present and potential contribution to the health services*, International Development Research Center, Ottawa.
- BINITIE Ayo (1991), *The mentally ill in modern and traditional African societies*, pp. 1-16, in OKPAKU S.O. (curatore), *Mental health in Africa and the Americas today*, Christolith Books, Nashville.
- COPPO Piero (curatore) (1988), *Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychologie en Afrique*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- COPPO Piero - KEITA Arouna (curatori) (1990), *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (Mali) - Ministero degli Affari Esteri (Italia) - Consiglio Nazionale delle Ricerche (Italia), Edizioni E, Trieste.
- DESTEXHE Alain (1987), *Crise économique et financement de la santé*, "Politique Africaine", 28, 1987, pp. 53-64.
- DOZON Jean-Pierre (1987), *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire*, "Politique Africaine", 28, 1987, pp. 9-20.
- FASSIN Didier (1987), *La santé, un enjeu politique quotidien*, "Politique Africaine", 28, 1987, pp. 2-8.
- FASSIN Didier (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GIARELLI Guido (1995), *Medicina africana e sviluppo professionale. Il caso dell'ugua tharaka*, EMI, Bologna.
- GOODY Jack (1981 [1977]), *L'addomesticamento del pensiero selvaggio*, traduz. dall'inglese di Vito MESSANA, Franco Angeli, Milano [ediz. orig.: *The domestication of the savage mind*, Cambridge University Press, Cambridge, 1977].
- GREEN Edward C. (1988), *Can collaborate proper between biomedical and African indigenous health practi-*

- tioners succed, "Social Science & Medicine", 27, 11, 1988, pp. 1125-1130.
- GRUÉNAIS M.-E. - MAYALA D. (1988), *Comment se débarrasser de l' "efficacité symbolique" de la médecine traditionnelle?*, "Politique Africaine", 31, 1988, pp. 51-61.
- HAKIM M.S. (1982), *Les médecines arabe, chinoise et indienne ne sont pas des médecines traditionnelles*, "Forum Mondial de la Santé", 3, 1, 1982, pp. 8-29.
- HORTON Robin (1967), *African traditional thought and Western science*, "Africa", 37, 1967, pp. 50-71, 155-187.
- HOURS Bernard (1985), *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris.
- HOURS Bernard (1987), *L'urgence comme politique*, "Politique Africaine", 28, 1987, pp. 89-95.
- JAHOBA G. (1979), *Traditional healers and other institutions concerned with mental illness in Ghana*, pp. 98-109, in ADEMUWAGUN Zacchaeus A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON Ira E. - WARREN Dennis M. (curatori), *African therapeutic systems*, Crossroad Press, London.
- JANZEN John M. (1981), *The need for a taxonomy of health in the study of African therapeutics*, "Social Science & Medicine", 15B, 1981, pp. 185-194.
- KIKHELA - BIBEAU Gilles - CORIN Ellen (1979), *Steps toward a new system of public health in Zaïre*, pp. 217-224, in ADEMUWAGUN Zacchaeus A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON Ira E. - WARREN Dennis M. (curatori), *African therapeutic systems*, Crossroad Press, London.
- KIMANI Violet N. (1981), *Attempts to coordinate the work of traditional and modern doctors in Nairobi in 1980*, "Social Science & Medicine", 15B, 1981, pp. 421-422.
- KOUMARÉ Mamadou (1983), *Traditional medicine and psychiatry in Africa*, pp. 25-32, in BANNERMAN Robert H. - BURTON John - CH'EN Wen-Chieh (curatori), *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, World Health Organization, Geneva.
- LANDY David (1974), *Role adaption: traditional curers under the impact of Western medicine*, "Ethnology", 1, 1974, pp. 103-127.
- LANTERNARI Vittorio (1988), *Dei Profeti Contadini. Incontri nel Ghana*, Liguori, Napoli.
- LAST Murray (1981), *The importance of knowing about not knowing*, "Social Science & Medicine", 15B, 1981, pp. 387-392.
- LAST Murray (1986), *The professionalization of African medicine: ambiguities and definitions*, pp. 1-19, in LAST Murray - CHAVUNDUKA G.L. (curatori), *The professionalization of African medicine*, Manchester University Press, Manchester - Dover.
- LAST Murray - CHAVUNDUKA G.L. (curatori) (1986), *The professionalization of African medicine*, Manchester University Press, Manchester - Dover.
- LIONETTI Roberto (1988 [1989]), *Van Gennep in sala operatoria*, "Cahiers de Sociologie Économique et Culturelle", 10, 1988, pp. 110-127 [ripubblicato come *Simboli da indossare. Funzioni dell'abbigliamento nelle professioni sanitarie*, pp. 67-74, in RIBEZZI Tiziana (curatore), *Per lo studio dell'abbigliamento tradizionale. Atti della Giornata di studio "Gaetano Perusini a dieci anni dalla scomparsa"* (Udine, 12 dicembre 1987), Comune di Udine - Museo Friulano delle Arti e Tradizioni Popolari, Udine, 1989].
- LIONETTI Roberto (1993), *Etica e dialettica della valutazione. Alcune osservazioni sullo studio dell'efficacia terapeutica nei progetti di cooperazione sanitaria*, "I Fogli di ORISS", 1, 1993, pp. 13-33.
- MACCORMACK Carol P. (1981), *Health care and the concept of legitimacy*, "Social Science & Medicine", 15B, 1981, pp. 423-428.
- NYAMWAYA David (1987), *A case study of the interaction between indigenous and Western medicine among the Pokot of Kenya*, "Social Science & Medicine", 25, 12, 1987, pp. 1277-1287.
- OPPONG Amma C. K. (1989), *Healers in transition*, "Social Science & Medicine", 28, 6, 1989, pp. 605-612.
- PILLSBURY B. (1988), *Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health*

care systems, "Social Science & Medicine", 16, 1988, pp. 1825-1834.

RAMANOHISOA C. (1983), *The African region*, pp. 209-221, in BANNERMAN Robert H. - BURTON John - CH'EN Wen-Chieh (curatori), *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, World Health Organization, Geneva.

SCHIRRIPA Pino (1992), *Profeti in città. Etnografia di quattro chiese indipendenti del Ghana*, Editoriale Progetto 2000, Cosenza.

SCHIRRIPA Pino (1993a), *Tra legittimazione e invenzione di un sapere tradizionale. La professionalizzazione dei guaritori africani*, "Materiali per lo Studio della Cultura Folclorica" (Ischia, provincia di Napoli), anno IV, n. 7-8, 1992-1993, pp. 44-57.

SCHIRRIPA Pino (1993b), *Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana*, "I Fogli di ORISS", 1, 1993, pp. 63-84.

STEPAN Jan (1983), *Legal aspects*, pp. 290-313, in BANNERMAN Robert H. - BURTON John - CH'EN Wen-Chieh (curatori), *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, World Health Organization, Geneva.

TWUMASI Patrick A. (1981), *Colonialism and international health: a study in social change in Ghana*, "Social Science & Medicine", 15B, 1981, pp. 147-151.

TWUMASI Patrick A. - WARREN Dennis M. (1986), *The professionalization of indigenous medicine: a comparative study of Ghana and Zambia*, pp. 117-135, in LAST Murray - CHAVUNDUKA G.L. (curatori), *The professionalization of African medicine*, Manchester University Press, Manchester - Dover.

WHO (1978), *Alma-Ata 1978. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care (Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978)*, World Health Organization, Geneva.

Scheda sull'Autore

Pino Schirripa, nato a Martone (provincia di Reggio Calabria) il 27 novembre 1960, è dottore di ricerca in scienze etnoantropologiche (Università degli studi di Roma "La Sapienza"). È stato borsista di post-dottorato presso l'Università degli studi di Pisa.

Si occupa di antropologia medica e antropologia religiosa. Su questi temi ha svolto ricerche sul campo in Calabria e in Ghana. Attualmente è impegnato in Ghana in una ricerca sul campo sulla professionalizzazione dei guaritori tradizionali. È inoltre membro del Comitato di redazione de "I Fogli di ORISS" e di quello di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica".

Ha pubblicato diversi saggi ed il volume *Profeti in città. Etnografia di quattro chiese indipendenti del Ghana* (Editoriale Progetto 2000, Cosenza, 1992, 229 pp.).

Riassunto

Promesse e minacce della medicina tradizionale africana

L'Autore, attraverso i dati di una sua ricerca sul campo e l'analisi della letteratura, prende in esame le complesse dinamiche inerenti il processo di professionalizzazione della medicina tradizionale in corso in molti paesi del continente africano. In questa prospettiva vengono analizzate le dinamiche di scambio e di mutamento che tale processo ha innescato e le questioni di potere che esso mette in campo. Il riconoscimento della medicina tradizionale viene così visto come un momento di rinegoziazione di ruoli e di poteri entro il quale, attraverso pratiche e produzione di discorsi, si giocano gli ambiti di legittimazione e si ridefiniscono i saperi.

Sommaire

Promesses et menaces de la médecine traditionnelle africaine

A partir des données d'une recherche personnelle sur le terrain et de la littérature scientifique, l'Auteur analyse les dynamiques complexes mises en oeuvre dans le procès de professionnalisation de la médecine traditionnelle actuellement en cours dans de nombreux pays africains. Les dynamiques de l'échange et du changement déclenchées par ce procès sont analysées sous cet angle, ainsi que les problèmes de pouvoir qu'il soulève. La reconnaissance de la médecine traditionnelle est ainsi conçue comme un moment de renégociation des rôles et des pouvoirs, au sein duquel se redéfinissent les savoirs et les enjeux de la légitimation, à travers des pratiques et la production de discours.

Resumen

Promesas y amenazas de la medicina tradicional africana

El Autor, a través de los datos recogidos en una investigación realizada en el terreno y con el análisis de la literatura respectiva, examina los complejos problemas de la dinámica de la profesionalización de la medicina tradicional en curso en muchos países del continente africano. En esta perspectiva se analizan la dinámica del intercambio y de las mutaciones que ese proceso ha provocado y los problemas de poder que se han determinado. El reconocimiento de la medicina tradicional es visto como un momento de renegociación de roles y de poderes en el cual, sea en los hechos como en las opiniones, se juegan los espacios de legitimación y se redefinen los conocimientos.

Abstract

Promises and threats of traditional African medicine

The Author examines the complex dynamics involved in the process of "professionalization" of traditional medicine that is taking place in many countries of the African continent through the results of his fieldwork and analysis of the scientific literature. The dynamics of exchange and of change that this process has stimulated and the issues of power that it raises are examined from this point of view. Official acknowledgement of traditional medicine is thus seen as a moment of re-negotiation of roles and of power where, by means of practices and the production of speeches, legitimation is at stake and knowledge is being redefined.