

Decentramento sanitario e medicina tradizionale nel Ghana contemporaneo. Un sistema esclusivo o inclusivo?

Elisa Vasconi
Università degli Studi di Siena

In Ghana, the most recent health decentralization programs are promoted and developed on the base of administrative decentralization. Two of the most important health decentralization projects are the Community-based Health Planning and Service (CHPS) and the National Health Insurance Scheme (NHIS), which are spreading with different forms within the African continent. This paper will examine the structure and the organization of these projects; qualitative and quantitative programs influence in a local and rural context (Jomoro District, Wester Region, Ghana); and the current management of Ghanaian Public Health. Nevertheless, it is relevant observing the integration politics between biomedicine and traditional medicine to complete the description of the national health care system. Therefore, after a short presentation of legitimation processes of traditional medicine, the author will investigate the current professionalization politics of traditional healers and integration among different medical resources proposed by the Ministry of Health. This kind of integration seems to be different from the "informal integration" of the local context (Jomoro District), underlining a dichotomy between politics and practices. At the end, the aim of this paper will be investigating reductionism of ministerial programs related to traditional medicine, apparent inclusionism of Ghanaian health politics, and to debate on democratization and privatization processes following current re-definitions of national health care system.

Questo intervento propone di osservare ed esaminare le attuali declinazioni e ridefinizioni del sistema sanitario ghanese, attraverso l'analisi di alcune tra le recenti e più rilevanti politiche sanitarie nazionali. La gestione della sanità pubblica presenta notevoli cambiamenti a seguito dei processi di democratizzazione, prevalentemente correlati alla promozione di programmi di decentramento sanitario e di integrazione tra le differenti tradizioni terapeutiche offerte dal vasto panorama medico.

L'Uomo, 2011, 1-2, pp. 331-356

Il Ghana è difatti un contesto in cui vige un rilevante pluralismo terapeutico¹ e in cui coesistono differenti sistemi medici² tra cui si muovono gli attori sociali. Obiettivo precipuo è dunque analizzare le caratteristiche e la struttura dei piani relativi alla decentralizzazione medica e all'integrazione tra la biomedicina e le cosiddette medicine altre, percepiti ed esaltati dai rappresentanti del Ministry of Health³ come programmi di democratizzazione della sanità pubblica. Lo sguardo è primariamente rivolto alla gestione politico-ministeriale della salute, ad alcune rilevanti politiche promosse dal Ministero della Sanità e ai comportamenti degli attori sociali in un determinato contesto locale e rurale come quello del Jomoro District (area Nzema)⁴. L'analisi e l'osservazione degli atteggiamenti di alcuni soggetti agenti nel campo della salute sono necessarie ed essenziali per sottolineare le eventuali disuguaglianze incrementate dalle politiche ministeriali, per analizzare il modo in cui queste norme vengono recepite e percepite a livello locale, e per esaminare attentamente quanto gli attuali programmi sanitari rispondano alle necessità rivendicate dagli stessi attori sociali coinvolti, quali guaritori tradizionali, pazienti e rappresentati delle istituzioni biomediche. L'analisi delle politiche sanitarie e dello iato tra i piani nazionali e il contesto medico locale induce a riflettere sulle attuali riconfigurazioni del sistema sanitario ghanese, e in particolar modo sull'attuazione della decentralizzazione medica, sui processi di *empowerment*, sulla "democratizzazione" e sulla discussa "privatizzazione di un sistema sanitario pluralistico". Le recenti riforme, definite democratiche dai discorsi e dalle retoriche nazionali, sono d'altronde coerenti con le linee guida promosse dagli enti internazionali e con la promozione di una ristrutturazione del sistema sanitario attraverso la privatizzazione dei servizi e l'annullamento di un approccio gratuito all'assistenza medico-terapeutica (Maciocco 2008: 35).

Prima di osservare gli elementi precedentemente elencati e descrivere il panorama medico dell'attuale Ghana, ritengo indispensabile ai fini di una lettura maggiormente esemplificativa, scevra da una qualsiasi forma di riduzionismo, definire, seppur sinteticamente, le due categorie sovra citate: biomedicina e medicina tradizionale. Con il termine biomedicina si fa generalmente riferimento alla medicina occidentale, alla "nostra" medicina, ovvero quella "ufficiale", "scientifica" e "moderna". È una definizione o meglio una contrazione della comune espressione "medicina biologica", che sottolinea l'elisione della dimensione socio-culturale – ridotta e talvolta negata –, l'esclusiva attenzione di tale disciplina nei confronti dell'aspetto biologico dei processi di salute e malattia e una predilezione per le sole dimensioni bio-psicologiche e dunque individuali (Quaranta 2010: 89). Evidenziare il carattere storico-culturale della medicina occidentale è stato uno degli obiettivi primari dell'antropologia medica, la quale

denaturalizza l'ideologia scientifica attraverso una prospettiva di comparazione culturale (Pizza 2005: 125). Da un punto di vista antropologico la biomedicina non viene esaltata, né tantomeno percepita come l'unica pratica terapeutica "vera" e "scientifica"⁵. È stata difatti definita da molti antropologi un "sistema culturale"⁶ in quanto una tra le possibili modalità di organizzazione, strutturazione, percezione e istituzionalizzazione delle conoscenze e delle pratiche della malattia e della cura, e in quanto, come osserva Hernáez (2000: 11), «anch'essa è un prodotto della vita sociale e dell'immaginazione culturale».

In relazione e allo stesso tempo in opposizione alla medicina occidentale debbono essere analizzati i processi e le dinamiche che investono la cosiddetta medicina tradizionale. Come osserva Schirripa (2005: 35), per tentare una qualche definizione di tale categoria ci si deve interrogare sul suo significato, sulla pertinenza e su come essa si sia costruita e in opposizione a cosa. È un tema estremamente complesso poiché pone in evidenza numerose questioni ancora oggi aperte e relative alle differenti accezioni con le quali ci si riferisce al termine "tradizionale"⁷. Tuttavia, la nozione e la categoria di medicina autoctona abbracciano di fatto una varietà di pratiche e di saperi divergenti per i quali risulta inopportuno l'uso singolare del termine. Parlare di "medicine" e di "saperi e pratiche terapeutiche" sembra difatti più adeguato poiché sottolinea la varietà di conoscenze, di pratiche simboliche ed empiriche che caratterizzano la percezione della malattia, le classificazioni nosologiche e i comportamenti degli attori sociali nel percorso di guarigione e nella ricerca del loro stato di salute. Malgrado tali diversità, la "medicina tradizionale" viene talvolta percepita e definita come un contenitore: i differenti elementi terapeutici presentano in fondo un denominatore comune che Dozon (2000 [1987]: 45) afferma risiedere

certamente, e paradossalmente, nel fatto che esse non formano in senso stretto un universo medico, cioè un dominio autonomo costituito da un corpo di regole, di saperi, di pratiche e di specialisti.

Essa riunisce pratiche e saperi eterogenei, pensabili e comprensibili solo ed esclusivamente se posti e visti in opposizione alla biomedicina. La medicina tradizionale è dunque una categoria mutevole, variabile, complessa ed inclusiva, della quale ne va decostruita l'apparente fissità. Tale definizione è ben lontana dall'incarnare l'immobilismo delle tradizioni che tendono a nutrirsi della modernità così eminentemente problematica, la quale non è un fatto compiuto bensì un processo tuttora in atto, che nel suo farsi, quasi paradossalmente, amplifica i registri tradizionali (ivi: 51). La risorsa terapeutica autoctona sarà pertanto osservata in tale sede attraverso una prospettiva storica, oltre che politica, e identificata come una "formazione" più che una "costruzione", termine «che sembra riferirsi

ad una creazione deliberata di un dispositivo o sistema» (Beneduce 2010: 174). La nozione di formazione, correlata alla lente storico-politica, induce invece ad evidenziare le costanti fratture e continuità tra passato e presente, le continue negoziazioni, ri-definizioni, innovazioni e compromessi che caratterizzano la medicina tradizionale, i cui discorsi, saperi e le cui pratiche non sono altro che i prodotti di mescolanze e mimetismi di riferimenti e materiali eterogenei (ivi: 175).

Il Community-based Health Planning and Service e il National Health Insurance Scheme

Nel descrivere i più rilevanti programmi sanitari e nell'analizzare il sistema sanitario ghanese, inteso come gestione politico-istituzionale della salute, dovrò in tale sede tralasciare alcuni rilevanti elementi che hanno caratterizzato la mia etnografia⁸, come la struttura del Ministry of Health, della Ghana Health Service, la ramificazione del sistema sanitario, l'organizzazione delle associazioni di guaritori e alcuni elementi relativi alla medicina tradizionale, per lasciar spazio alla descrizione di taluni progetti biomedici e delle politiche relative alle tradizioni terapeutiche autoctone, poiché interessanti e cospicui scenari del sistema terapeutico ghanese. Affiorerà una meticolosa, seppur breve, esposizione dei piani sanitari presi in esame in quanto recenti e innovativi programmi e pertanto privi di cospicui riferimenti bibliografici.

Obiettivo dichiarato nel 2007 dal Ministero della Sanità (Ministry of Health 2007) è creare «benessere attraverso la salute» attuando processi di democratizzazione e potenziando prevalentemente le politiche di prevenzione e promozione della salute stessa. In tal caso il *Community-based Health Planning and Service* (CHPS) ed il *National Health Insurance Scheme* (NHIS), oggetto della mia ricerca, ne sono la massima rappresentanza, come evidenzia il Legal Officer della Ghana Health Service.

For me, NHIS and CHPS are the most revolutionary health projects. [...] They are the most democratic health programs because they go toward the communities, and remove the health system from the collapse (D., *Legal Officer Ghana Health Service*, 17 aprile 2009).

Sono progetti biomedici in cui attualmente vengono impiegati la maggior parte dei fondi e delle energie da parte del personale amministrativo e medico⁹, programmi che dovrebbero rispondere ad alcune delle esigenze e delle problematiche ancora oggi presenti – come l'ineguaglianza dell'accesso alle risorse, la mancanza di strutture e di personale nel contesto rurale – e che implementano il decentramento delle istituzioni sanitarie sulla base della già strutturata decentralizzazione amministrativa¹⁰, strettamen-

te correlata alla svolta democratica dei paesi africani degli anni Novanta (Berman, Eyoh, Kymlicka 2004; Bayart 2006; Gentili 2002; Kasfir 1993; Kankwenda 2004; Mahwood 1993; Onimode 2004).

Il CHPS¹¹ è un programma prioritario del piano sanitario nazionale concernente lo sviluppo del monitoraggio epidemiologico nelle comunità locali, allo scopo di trasferire e diffondere sul territorio distrettuale alcune delle funzioni essenziali del sistema sanitario nazionale, ottimizzandone le risorse ed eliminando alcune tra le più rilevanti disfunzioni strutturali. Si tratta di un programma di medicina sociale che propone di realizzare un sistema di assistenza medica decentrata attraverso l'incremento del controllo delle malattie più comuni¹², lo sviluppo di un'azione di prevenzione e di animazione igienico-sanitaria nelle comunità locali e l'organizzazione di azioni di diagnosi precoce e di primo trattamento, limitando l'ospedalizzazione ai casi più gravi. Il progetto nasce nel 2001 con la consapevolezza che per affrontare i disagi sanitari, ancora oggi presenti nel territorio, sia necessario accelerare le azioni relative ai progetti e ai piani sanitari delegando numerose attività agli agenti locali, accrescendo il potere delle istituzioni a livello comunitario e aumentando i contatti, le relazioni e le collaborazioni tra il livello nazionale, regionale e le assemblee di distretto¹³. Nei territori distrettuali, distanti dai grandi centri urbani, numerosi sono i villaggi privi di strutture mediche e lontani dall'unico ospedale governativo presente nel territorio, dove la mancanza e l'elevato costo dei mezzi di trasporto sottolineano maggiormente l'assenza di un'adeguata assistenza sanitaria. La decentralizzazione, oggetto e obiettivo dei programmi citati, tende a combattere tali gravi forme di disuguaglianza intervenendo e interagendo dai e con i livelli più bassi. Empiricamente il progetto prevede la nascita dei cosiddetti CHPS, ovvero di piccole cliniche distribuite nel territorio distrettuale e controllate direttamente dal District Health Directorate¹⁴. Sono delle strutture gestite da un'unica infermiera, piccoli ambulatori in cui in tutto il territorio nazionale viene erogata la stessa tipologia di servizi e di assistenza e in cui vige una medesima metodologia di accoglienza e di registrazione degli utenti¹⁵. Nonostante numerosi siano i miglioramenti apportati dal progetto nei singoli contesti, dato il progresso qualitativo e quantitativo della distribuzione e dell'accesso alle risorse medico-sanitarie, l'assistenza terapeutica nelle zone rurali resta tuttora critica.

I'm the only nurse for many kilometres [...] I don't have light, and the drugs are often not enough for all the people. [...] I send the patients to the hospital when they are very sick, but we don't have the ambulance and they have to wait for the trotto o the taxi alone (G., infermiera CHPS, Enzimitianu – Jomoro District, 23 luglio 2007).

Quelle appena elencate sono solo alcune delle notevoli difficoltà presenti nei contesti rurali e condivise ancora oggi dalla maggior parte degli ope-

ratori degli *health centers*. L'osservazione delle cliniche e dello sviluppo di tale programma nel Jomoro District e, parallelamente, l'analisi dei percorsi terapeutici (Vasconi 2008a, 2008b) sottolineano come numerosi siano i disagi ancora oggi visibili e diffusi. La maggior parte delle strutture mediche appena sorte sono dei luoghi vuoti in quanto privi di farmaci e di personale medico specializzato, in cui spesso i pazienti non ricevono cure adeguate. L'inefficacia della biomedicina si configura difatti tra le cause primarie che inducono una notevole percentuale della popolazione distrettuale all'autocura e ad usufruire di ulteriori risorse mediche, rivolgendosi ai sistemi terapeutici tradizionali. Non possono pertanto essere negate le grandi criticità ancora oggi presenti e le difficoltà sanitarie che non permettono al progetto di decollare e di apportare quei cambiamenti decisivi che rendono un servizio sanitario adeguatamente assistenziale. Inoltre, alcuni ambulatori e piccoli centri medici sorti a seguito del progetto sono talmente distanti e isolati dalla sede amministrativa e sanitaria distrettuale che paiono delle piccole "cattedrali nel deserto", le quali difficilmente sono in grado di interpretare il proprio ruolo terapeutico (Schirripa 2005; Fassin 1987, 1992).

Il NHIS, avviato invece nel 2005, si configura come un piano sanitario-finanziario nazionale fortemente innovativo, il quale implica un nuovo ruolo dello Stato in ambito medico e comporta una nuova concezione dell'assistenza sanitaria, andando a sostituire il consolidato *Cash and Carry*. Quest'ultimo, più adeguatamente conosciuto a livello internazionale con i termini *user fees* proposti nel 1987 e poi nel 1993 dalla Banca Mondiale (World Bank 1987, 1993)¹⁶, è presente nel paese sin dalla fine degli anni Ottanta, concerne il pagamento di ogni servizio erogato al paziente e vige attualmente per coloro che non hanno ancora aderito al sistema assicurativo. I rappresentanti del National Health Insurance Council¹⁷, con i quali ho svolto interviste e colloqui strutturati e non, sembrano definire e percepire negativamente il precedente sistema finanziario-terapeutico poiché non equo e non economicamente accessibile alla totale popolazione.

At the end of '80s, the *Cash and Carry* was approved and it rose the health system economically, but year by year the economic incomes decreased because a big percentage of people was excluded from health assistance.

[...] Still today many Ghanaians die because of malaria and other diseases and because they have not enough money for treatments. Instead, *National Health Insurance Scheme* guarantees free access to health facilities to the people (A., *National Health Insurance Council*, 15 maggio 2009).

Obiettivo primario del NHIS è difatti migliorare l'accesso e la distribuzione delle risorse e delle strutture sanitarie, e diffondere un sistema sanitario libero e garante di imparzialità. Viene definito come il più rilevante e cospicuo inve-

stimento del Ministry of Health, in quanto primo e più grande strumento di lotta alla povertà. A livello internazionale vi sono differenti tipologie di “assicurazione e previdenza sociale”, e quella ghanese viene inclusa all’interno della cosiddetta *prepayment scheme* (Beattie *et al.*, 1998). Il programma prevede difatti il pagamento di un *premium* annuale¹⁸ che garantisce la copertura di circa il 95% delle malattie presenti nel paese¹⁹ e l’assistenza gratuita nelle strutture sanitarie. Il National Health Insurance Council ha inoltre stabilito una soglia massima e minima delle quote da versare annualmente (minimo sette Ghana Cedis, massimo quarantotto Ghana Cedis), somma poi imposta e decisa dalle singole realtà distrettuali che vantano una notevole autonomia. La struttura amministrativa del NHIS evidenzia una ramificazione tra il livello nazionale, regionale e distrettuale correlata alla più ampia valorizzazione del decentramento, promosso da numerosi organismi internazionali²⁰, e connessa al potenziamento dei distretti amministrativi e sanitari in quanto agenti primari nella gestione di programmi e progetti di carattere terapeutico. Anno dopo anno gli utenti aumentano notevolmente su tutto il territorio nazionale, pur se in particolar modo nei contesti urbani. A livello locale e rurale una rilevante percentuale della popolazione sembra difatti sottolineare una forte reticenza nei confronti dell’assicurazione sociale. La bassa percentuale di utenti iscritti o disposti a rinnovare la tessera dell’assicurazione sanitaria è correlata a una serie di ostacoli e difficoltà che variano dalla scarsa disponibilità economica, al livello di istruzione, alla distanza dalle strutture sanitarie, alla qualità del servizio offerto e ad altri fattori socio-culturali (Arhinful 2003). L’elemento più rilevante, emerso durante gli incontri e le interviste svolte con alcuni abitanti nel Jomoro District, è individuabile nella mancata comprensione da parte della popolazione delle finalità, delle positive trasformazioni e dei miglioramenti che l’investimento assicurativo potrebbe apportare all’ambito sanitario e al proprio stato di salute. Diverse sono le cause di tali incomprensioni, tra cui una divergente concezione economica e una differente percezione del denaro. Tra le comunità del distretto di Jomoro vige, ad esempio, una particolare percezione dell’investimento economico²¹ per cui molti pazienti rilevano una cospicua difficoltà nel comprendere e condividere il motivo per cui debbano affrontare una spesa economicamente consistente per assicurarsi un servizio sanitario del quale durante l’anno potrebbero non usufruire.

Why have I to pay the premium if there is a possibility that I will not use any medical institution during this year? (P., Mpataba – Jomoro District, 10 aprile 2009)

È pressoché assente la percezione di un investimento a lungo termine sulla propria salute, che potrebbe andare incontro alle proprie esigenze e a quelle dei familiari o delle generazioni future, in quanto finanziare

l'assicurazione potrebbe e dovrebbe indurre ad un miglioramento delle strutture mediche, della ricerca, delle conoscenze scientifiche e della formazione del personale sanitario che garantirebbero una migliore assistenza di quella attualmente vigente nel paese. Ci troviamo evidentemente dinanzi ad un contesto in cui si predilige talvolta il pagamento di piccole quote, come quelle del *Cash and Carry*, rispetto ad un intero importo, pur se inferiore alla somma delle cosiddette *user fees*. Un'ulteriore rilevante criticità relativa al NHIS, sollevata da numerosi informatori, concerne l'esclusiva copertura economica per l'utilizzo delle strutture biomediche. La medicina ortodossa, pur configurandosi come sistema terapeutico egemonico, è una tra le numerose risorse terapeutiche a cui si rivolge gran parte della popolazione ghanese. In particolar modo nei contesti rurali, come il Jomoro District, emerge la presenza di un pluralismo medico evidenziato sia dalla percezione delle categorie nosologiche e dai comportamenti dei guaritori tradizionali, che dai percorsi terapeutici dei pazienti incontrati nei *compound* dei terapeuti e nei CHPS (Pavanello, Schirripa 2008). La maggior parte della popolazione rurale percepisce la biomedicina come una tra le differenti risorse terapeutiche per la quale vale la pena effettuare un investimento economico, peraltro inefficace nella cura di determinate categorie nosologiche locali.

Five years ago I went to Half Assini Hospital for three weeks, [...] the doctors gave me some drugs but they didn't understand my problems. When I came back at home I continued to be sick [...] so I went to a prayer camp for five months [...]. After two months I went again to the hospital where other people advised us to goto a famous k^omenle [...]. She immediately understood my problem (E. J., Mpem – Jomoro District, 20 settembre 2005).

La reticenza riscontrata in una cospicua percentuale della popolazione distrettuale nel pagare la quota annuale dell'assicurazione sanitaria, o nel rinnovarla, deriva in parte dalla percezione di un investimento nell'ambito di una sola delle tradizioni mediche che si ritiene efficace e alle quali ci si rivolge. Il pluralismo medico induce pertanto le comunità ad incontrare delle difficoltà e a sollevare delle perplessità nell'affrontare una spesa che finanzia solo una delle tradizioni terapeutiche, pur trattandosi di quella egemonica.

Dalla breve descrizione dei programmi, è dunque evidente come a livello distrettuale le declinazioni e lo sviluppo del processo di decentramento e di democratizzazione del sistema sanitario siano ancora distanti da un'empirica realizzazione. Il ruolo assolutamente innovativo che i progetti interpretano nella sanità pubblica ghanese è frenato da un lato dall'assenza di risorse economiche, terapeutiche ed umane, dall'altro dal

continuo incremento quantitativo dei distretti che rallentano e riducono le trasformazioni di carattere medico-sanitario. Le condizioni terapeutiche nelle zone distanti dai centri urbani, come il distretto di Jomoro, sono ancora molto critiche e numerosi sono i disagi in cui riversano le istituzioni sanitarie nonché le comunità locali. Dall'entusiasmo iniziale che il personale sanitario-amministrativo e la popolazione sembravano esprimere in merito ai programmi e al relativo miglioramento dell'accesso e della distribuzione delle risorse, ci troviamo oggi dinanzi ad interpretazioni poco ottimistiche. La decentralizzazione sanitaria, parallelamente al processo di *empowerment*, è dunque ancora oggi di difficile realizzazione e la distribuzione di una salute democratica ancora in via di definizione.

Pluralismo medico e legittimazione della medicina tradizionale

Esaminando i cosiddetti programmi di democratizzazione e le attuali riconfigurazioni del sistema sanitario, è possibile osservare come esso si stia pian piano declinando in un "sistema sanitario plurale". L'attenzione rivolta al riconoscimento politico delle differenti risorse terapeutiche e all'integrazione tra le tradizioni mediche induce ad evidenziare la presenza di una gestione politica della sanità pubblica e del sistema sanitario nazionale sempre più indirizzata all'inclusione e alla legittimazione delle differenti tradizioni mediche e delle medicine altre. Il Ghana, d'altronde, è uno dei paesi del continente africano in cui è possibile esaminare un considerevole e cospicuo processo di riconoscimento delle diverse risorse mediche e di professionalizzazione delle differenti figure terapeutiche tradizionali.

La ricostruzione delle politiche di legittimazione della medicina tradizionale ha origine dall'indipendenza, quando Kwame Nkrumah, primo presidente del paese, valorizza la medicina autoctona in quanto strumento politico utile ad esaltare la cultura africana e la "vera africanità" ai fini del cosiddetto processo di *nation building* e di costruzione di un'identità nazionale. Il primo esito di tale processo conduce alla formazione della Ghana Psychic and Traditional Healers Association (GHPTHA) nel 1960²², il cui scopo è riunire in un'unica associazione sia i guaritori tradizionali legati alla dimensione spirituale della cura e sia quelli caratterizzati da un sapere prettamente erboristico²³. L'acceso interesse e la relativa valorizzazione della medicina tradizionale hanno seguito le linee politiche dei diversi governi che si sono succeduti al potere. La caduta del governo Nkrumah, ad esempio, ha bloccato le precedenti iniziative relative al riconoscimento del sistema medico non ufficiale, le quali sono state successivamente riattivate negli anni Settanta. Nel 1975, durante il governo di Acheampong, avviene un'accelerazione del processo di legittimazione reso concreto dall'istituzione del

Centre for Scientific Research into Plant Medicine (CSRPM) di Mampong, centro di ricerca che vuole incrementare lo studio scientifico dei rimedi e di ciò che concerne la medicina tradizionale, al fine di attivare possibili istituzioni di indagine, la produzione di farmaci e la formazione di organizzazioni commerciali, direttamente ricavati dalle conoscenze erboristiche (Owoahene-Acheampong 1998). Nel 1991, sotto il regime Rawlings, nasce la Ghana National Association of Traditional Healers (GNATH) che unisce i guaritori caratterizzati da una profonda conoscenza del campo erboristico e lontani dalle pratiche magico-religiose della tradizione terapeutica autoctona. Nel 1993 viene invece fondata la Ghana Federation of Traditional Healers (GFTH), sostituita poi dalla Ghana Federation of Traditional Medicine Practitioners Association (GHAFTRAM)²⁴ la quale, in qualità di *umbrella body*, associa tutti i guaritori del territorio nazionale garantendo loro un riconoscimento terapeutico e legale.

Ad ogni modo, come osservano diversi studiosi (Schirripa 2005; Ventevogel 1996), gli anni Settanta e Ottanta rappresentano un punto di svolta nel contesto medico ghanese. È il momento in cui il paese guarda con maggiore favore la medicina tradizionale, il periodo in cui si verifica una forte accelerazione del processo di professionalizzazione e in cui si concretizzano alcuni progetti di cooperazione a carattere sanitario. L'obiettivo primario è quello di utilizzare le risorse sanitarie tradizionali all'interno dei programmi per i servizi primari alla salute, seguendo in tal modo le linee guida proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1978 durante la Conferenza tenutasi ad Alma Ata²⁵. Nell'incontro si propone di valorizzare e coinvolgere le comunità, e soprattutto di inserire nella *Primary Health Care*²⁶, nei corsi di base di igiene e di primo soccorso, i guaritori tradizionali (Schirripa 2005: 104). Ciononostante molte delle collaborazioni e dei programmi relativi all'integrazione di guaritori e levatrici in istituzioni mediche²⁷ sono risultati fallaci e poco strutturali. Diversi sono i motivi di un tale fallimento sebbene, per utilizzare le parole di Dozon, la causa maggiormente considerevole va individuata nel ruolo della biomedicina che «resta padrona dell'azione sanitaria e giudice dell'attitudine dei guaritori tradizionali a parteciparvi» (Dozon 2000 [1987]: 44)²⁸. I corsi di formazione e il riconoscimento dei terapeuti appartenenti alle medicine autoctone concernono esclusivamente l'uso di erbe e di quegli aspetti facilmente sottoponibili ad un controllo scientifico, i quali inducono alla riduzione delle categorie nosologiche tradizionali e degli stessi guaritori alle categorie prettamente occidentali.

In realtà, ancora oggi dal mio campo di ricerca emergono analoghe dinamiche nella gestione e nelle modalità di legittimazione delle medicine altre. La Traditional and Alternative Medicine Directorate, divisione ministeriale istituita nel 1999 e adibita alla promozione delle politiche sa-

nitare relative all'integrazione delle medicine tradizionali e di quelle alternative²⁹, sembra riproporre i medesimi modelli precedentemente citati. La divisione ha svolto un ruolo di primaria rilevanza ai fini dell'approvazione nel 2000 del *Traditional Medicine Practice Act 575*, il decreto legge che ha definitivamente istituzionalizzato la medicina tradizionale definendo in modo specifico le modalità con cui identificare e registrare i terapeuti, indicando le norme con cui rilasciare le licenze ai guaritori e soprattutto sancendo la nascita del Traditional Medicine Practice Council, un nuovo ente istituzionale adeguato a gestire i terapeuti tradizionali. L'obiettivo del Council, inaugurato il 9 aprile del 2010, è quello di provvedere alla gestione, all'organizzazione e alla regolamentazione della "pratica" della medicina autoctona. Si occupa di individuare, costruire e imporre degli standard e dei criteri con cui identificare, definire e riconoscere i guaritori; di registrare questi ultimi in base ai criteri identificati e rilasciare licenze per la pratica; di diffondere e imporre un unico codice etico relativo alla pratica della medicina tradizionale, redatto dal Ministry of Health nel 2004, che tutti i guaritori saranno obbligati ad applicare; e di promuovere training su scala nazionale relativi all'imposizione di medesime strategie di coltivazione, di raccolta e di uso delle erbe e all'ingiunzione di determinate norme igieniche che i guaritori saranno obbligati ad applicare per essere definiti tali. In linea con il più ampio panorama sanitario, il Council dovrà a sua volta subire un processo di decentralizzazione, in quanto la gestione locale di tali servizi sarà delegata agli uffici distrettuali presenti in ogni District Health Directorate.

Senza esaminare criticamente e minuziosamente ogni singolo obiettivo sovra esposto, per cui rimando ad un lavoro recentemente pubblicato in collaborazione con Stephen Owoahene-Achaempong (Vasconi, Owoahene-Achaempong 2010), emerge chiaramente come le politiche attuate e in via di implementazione inducano ad una sorta di omologazione e omogeneizzazione dei saperi e delle pratiche terapeutiche tradizionali. Non intendo, in tale sede, approfondire la percezione locale dei processi di salute, malattia, cura, guarigione e terapia, e le eterogenee complesse caratteristiche delle risorse mediche locali, bensì vorrei porre direttamente lo sguardo sulle patesi politiche di controllo di un universo quale quello della medicina tradizionale che si caratterizza per la vastità dei piani e dei livelli in cui si dispiega, per la fluidità, la mutevolezza, la variabilità, l'inclusività e per l'olismo che la contraddistingue. In termini foucaultiani si può parlare dunque di biopotere e di politiche di controllo (Foucault 1972 [1971], 1977), oltretutto coerenti con l'attuale tendenza e direttiva delle politiche ministeriali che promuovono un riconoscimento parziale della medicina tradizionale in quanto correlato all'esaltazione degli elementi di carattere esclusivamente scientifico di quest'ultima e sottoponibili ad un controllo biomedico.

We want to transform traditional medicine into a real and proper science (P. A., *Director of Traditional and Alternative Medicine Division*, 10 settembre 2007).

Il fine ultimo dichiaratomi dal direttore della divisione ministeriale è proprio quello di trasformare la medicina tradizionale in una vera e propria “scienza”, per cui sarà necessaria una nuova programmazione del sapere medico, mantenuto nelle mani di pochi, e di una nuova organizzazione della malattia e dell’insegnamento (Ongaro Basaglia 1982: 15). Ci si trova dinanzi alla costruzione di un sapere asservito a molteplici tecniche e tecnologie di controllo e alla creazione di una scienza da parte della classe egemone.

È evidente come l’interesse delle autorità politiche sia prevalentemente rivolto all’aspetto “empirico” delle risorse terapeutiche. L’obiettivo è assicurare una maggiore efficacia della medicina tradizionale promuovendo in particolar modo lo sviluppo dei prodotti erboristici e una commercializzazione di questi ultimi attraverso la diffusione e l’imposizione di una serie di brevetti³⁰ che sanciranno la vendita dei “farmaci” tradizionali, inaugurando un innovativo e divergente piano sanitario pubblico e sistema farmacologico³¹. Anche in un paese come il Ghana, in cui sono in atto i processi di legalizzazione e professionalizzazione della medicina tradizionale, il riconoscimento di quest’ultima concerne solo alcuni aspetti della totale risorsa terapeutica. Emerge l’applicazione di una linea di separazione tra gli elementi erboristici e le pratiche spirituali della medicina autoctona, percepiti come non connessi e non appartenenti ad un medesimo insieme simbolico. Le politiche in atto marginalizzano difatti l’aspetto spirituale e “magico-religioso” e propongono una riduzione della medicina tradizionale e un esclusivo riconoscimento di quegli aspetti più “comprensibili” e vicini alla concezione biomedica della salute, della malattia e del farmaco.

In tale processo di legittimazione e professionalizzazione è l’aspetto più propriamente politico a prevalere. L’attenzione e l’interesse dello Stato ad organizzare e conferire alle istituzioni terapeutiche tradizionali un’esistenza legale sottolinea la loro rilevanza in quanto cospicui poli di potere e luoghi di trattamento individuali e sociali (Schirripa, Vulpiani 2000). Politica che tuttavia ostenta l’assenza di una diversificazione tra le varie istituzioni e tra gli stessi terapeuti promuovendo un appiattimento delle categorie tradizionali, le quali continuano a non essere percepite come dialogiche, fluide, contrastive e flessibili, bensì come delle realtà “chiuse” e immobili. Ci si dovrebbe a questo punto interrogare per quale tipologia di legalizzazione il paese stia operando e quale tipologia di professionalizzazione stia promuovendo, quali siano i limiti e le definizioni del riconoscimento delle medicine “altre”, ma soprattutto quanto e in quali modalità l’inclusione delle differenti risorse terapeutiche stia modificando la struttura e l’organizzazione del sistema sanitario e la definizione della salute pubblica.

Dall'esperienza etnografica è emersa un'evidente dicotomia tra il concetto di integrazione democratica espresso dalle linee guida ministeriali, e sul quale la divisione stessa sta lavorando, e l'integrazione presente nei singoli contesti locali determinata dall'uso delle differenti risorse terapeutiche da parte degli attori sociali. È stato più volte evidenziato come si debba parlare di un riconoscimento unidirezionale delle risorse terapeutiche, che emerge sia dalle affermazioni di alcuni attori sociali che dalle stesse politiche ministeriali. Unidirezionalità che non deriva solamente da un mancato riconoscimento dell'efficacia della medicina tradizionale da parte del personale biomedico, ma anche dalle stesse politiche promosse dal Traditional and Alternative Medicine Directorate. Queste ultime dovrebbero tener conto del complesso universo a cui essa appartiene e dei numerosi piani in cui si dispiega, elementi ben più complessi dei semplici rimedi erboristici a cui i piani sino ad ora promossi l'hanno ridotta. Ed è rilevante, seppur pleonastico, sottolineare come la medicina tradizionale non vada riconosciuta, legittimata e promossa in quanto valore da salvare ma in quanto risorsa efficace, avente una propria efficacia terapeutica e simbolica³² che le garantisce ancora oggi la notevole diffusione e l'impiego da parte di una rilevante percentuale della popolazione.

Un sistema sanitario inclusivo o esclusivo?

L'analisi sin qui espletata mi ha indotto a riflettere sulla possibile correlazione tra il sistema sanitario e una classificazione dicotomica che, seppur schematica, esemplifica alcuni elementi del complesso panorama medico ghanese. La presenza della divisione a livello ministeriale rivolta alle medicine "altre", il riconoscimento delle numerose associazioni di terapeuti tradizionali, la professionalizzazione dei guaritori, i programmi di decentralizzazione e democratizzazione, e dunque l'affermazione di un "sistema sanitario plurale", indurrebbero a definire il totale sistema e le politiche di carattere medico come inclusive, in quanto disposte ad accettare e promuovere le divergenti risorse mediche presenti nel territorio nazionale ampliando l'offerta terapeutica. Tuttavia i limiti delle politiche e dei programmi sanitari sovra esposti, in particolar modo relativi alla medicina autoctona, sottolineano l'apparente inclusività del sistema. La struttura esclusivista sembra essere correlata alla promozione di specifiche politiche sanitarie – che tendono ad esaltare il solo paradigma ortodosso e biomedico – piuttosto che all'egemonia della medicina occidentale, in quanto egemonia e subalternità – ispirandosi ad un'interpretazione dialogica gramsciana (Gramsci 1975) – implicano una relazione dialettica, una convivenza e una compresenza delle diverse risorse mediche caratterizzate da continue linee di tensione e fratture che percorrono i differenti sistemi medici (Dei 2008). Le politiche

di professionalizzazione delle risorse terapeutiche altre celano programmi connessi ad una logica biomedica che esaltano definizioni di salute e malattia, di cura e guarigione relative alla medicina occidentale. La regolamentazione dei prodotti erboristici declina e trasla questi ultimi in farmaci biomedici in quanto sottoposti a controlli e paradigmi di carattere scientifico, a loro volta collegati a definizioni e percezioni di efficacia e terapia, salute e malattia, cura e guarigione prettamente occidentali e distanti dal vasto universo in cui si dispiega la medicina tradizionale. Inoltre, l'esclusività del sistema politico-sanitario sino ad ora analizzato si trova ad essere in netto contrasto con l'inclusività che emerge dai comportamenti degli attori sociali presenti in un contesto locale, quali pazienti, terapeuti e personale biomedico. Quest'ultimo, pur non riconoscendo talvolta l'efficacia terapeutica della medicina autoctona, tende ad instaurare un rapporto di collaborazione con la comunità di riferimento a cui appartengono gli stessi terapeuti e ai quali si rivolge gran parte della popolazione.

Le politiche sanitarie di integrazione potrebbero ispirarsi al processo di "integrazione informale" che i terapeuti tradizionali e la maggior parte dei pazienti intrattengono con la medicina occidentale e con quella autoctona. Il sistema sanitario darebbe avvio in tal modo ad una collaborazione tra le medicine, in termini di coesistenza informale o pianificata, ad un'interazione pacifica e ad una reciproca comprensione tra i membri e i rappresentanti delle diverse tradizioni mediche. La complementarità tra le medicine, che di fatto si esprime attraverso la scelta dei pazienti del ricorso terapeutico e la collaborazione che i terapeuti istituiscono con la medicina occidentale, è fondamentale per attenuare e frenare la disgregazione delle medicine indigene. Tale strategia può basarsi inoltre

su scambi di informazioni appropriate, sia all'interno che tra i sistemi medici, su un saldo processo di riproduzione dei saperi attraverso l'autoprofessionalizzazione dei guaritori indigeni, e sul reciproco riconoscimento della dignità di concezioni della salute e di processi terapeutici anche incompatibili (Schirripa, Vulpiani 2000: 25-6).

Si è a lungo discusso sull'impossibilità di giungere ad una sintesi tra i due sistemi medici, in quanto caratterizzati da presupposti concettuali completamente divergenti. Tuttavia sono gli stessi attori che usufruiscono dell'assistenza sanitaria a presentare e porre in rilievo un'interrelazione tra le risorse mediche, in quanto possono scegliere, in base a differenti fattori, i rappresentanti terapeutici a cui rivolgersi.

Le attuali disuguaglianze (Vasconi 2011) dovrebbero indurre i professionisti sanitari a ricollocare al centro delle proprie azioni la promozione della salute di tutta la popolazione (Ardigò, Bodini 2011), e le politiche sanitarie dovrebbero garantire il progresso delle conoscenze, delle strutture

e del personale biomedico, così come assicurare adeguate forme di legittimazione della medicina autoctona. Sono le stesse associazioni di terapeuti d'altronde a richiedere degli interventi e dei miglioramenti sulle proprie condizioni di lavoro e sui luoghi in cui operano senza essere rimossi dal luogo di lavoro abituale, mantenendo in tal modo la complessità del proprio ambito terapeutico (Bibeau 2000: 80):

We have to continue to work in our compounds, our villages, where our gods come to us (Ninsinli, Herbalist, Awiebo – East Nzema District, 1° maggio 2009).

Integrazione, dunque, come sviluppo parallelo delle risorse mediche e come contemporanea pianificazione delle diverse tradizioni terapeutiche. La promozione di una tale politica tenderebbe maggiormente a rispondere alle esigenze e alle necessità espresse dagli attori sociali, non solo appartenenti alle aree rurali, dato che la medicina tradizionale è fortemente diffusa anche nei centri urbani. Si giungerebbe così a quella che Warren (2000: 241) definisce «integrazione consapevole», ovvero ad una prospettiva in cui l'integrazione assume nuove connotazioni. Promuovere un “decentramento consapevole” e migliorare la medicina autoctona ascoltando maggiormente le problematiche e le richieste degli attori sociali, ispirandosi alla cosiddetta integrazione informale, metterebbe questi ultimi in condizione di decidere o negoziare cosa conservare o cambiare dei comportamenti “tradizionali” e cosa accettare o rifiutare della medicina moderna. Politica che condurrebbe ad una considerazione più completa della malattia, osservata nella sua più complessa dimensione bio-psico-sociale (Augé, Herzlich 1986 [1983]), e che risponderebbe alle esigenze e alle necessità espresse dagli attori sociali. Tali riflessioni non devono ad ogni modo indurre a considerare la biomedicina e la medicina tradizionale come due realtà scisse e parallele, poiché in continua e costante comunicazione. La medicina autoctona, in particolar modo, si costituisce in opposizione alla medicina occidentale e seguita ad essere una realtà magmatica, fluida e variabile, lontana da una qualsiasi fissità³³.

I limiti terapeutici dei processi di decentramento sanitario e di riconoscimento della medicina tradizionale sin qui esposti inducono a riflettere sulla struttura del più ampio sistema sanitario e in particolar modo sui processi di democratizzazione in atto. Le politiche e i programmi descritti sono percepiti ed esaltati dai discorsi e dalle retoriche nazionali in quanto piani democratici, nonostante ancora oggi cospicue siano le difficoltà e le disuguaglianze di carattere medico-assistenziale. Pertanto, le riforme sovra menzionate sono identificabili in qualità di specifici programmi sanitari o sono piuttosto delle mere strategie politico-economiche che tendono a rafforzare i legami transnazionali?

Il contesto ghanese induce indubbiamente a riflettere sulla democratizzazione, imposta dalla fine degli Ottanta come priorità, sul concetto di *governance* (Hufty *et al.* 2007) che acquista centralità (Berman, Eyoh, Kymlicka 2004; Triulzi, Ercolessi 2004), con particolare riferimento alla *governance* della salute, e sui processi di decentramento politico-amministrativo (Mback 2003; Ouattara 2007; Sawadogo 2001; Totté, Dahou, Billaz 2003) a cui è correlata la decentralizzazione delle istituzioni mediche. Tuttavia, i recenti programmi sanitari sembrano delinearci come rilevanti riforme finanziarie che modificano strutturalmente il sistema sanitario, e ispirarsi al modello di privatizzazione dei servizi promosso dalla Banca Mondiale. Nel rapporto pubblicato nel 1987, quest'ultima sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria, promuovendo 1. la partecipazione alla spesa da parte degli utenti attraverso le *user fees*; 2. i programmi assicurativi; 3. la privatizzazione dei servizi e 4. la decentralizzazione del governo della sanità (World Bank 1987). Le politiche ghanesi descritte in tale sede rappresentano evidentemente l'apice dei discorsi e delle retoriche degli organismi internazionali che nonostante le disastrose conseguenze dei programmi di aggiustamento strutturale continuano a promuovere una liberalizzazione dei mercati e una privatizzazione dei servizi sanitari, includendo nel settore privato anche la medicina tradizionale. Ci si interroga, dunque, su quanto il sistema sanitario ghanese si stia dirigendo verso una privatizzazione dei servizi (Turshen 1999), attivando un processo di mercificazione della salute (van Dijk, Dekker 2010), e quanto parallelamente i recenti programmi stiano implementando una democratizzazione sanitaria, un'estensione del diritto alla salute e una modificazione dei confini di una "cittadinanza sanitaria" (per le riflessioni sulla cittadinanza terapeutica e biologica si vedano Rose, Novas 2005; Reynolds Whyte 2009).

In conclusione, intraprendere un volo pindarico sugli attuali rilevanti cambiamenti del sistema sanitario, sulle trasformazioni della gestione della sanità pubblica e sui cosiddetti processi di democratizzazione, è rilevante per sottolineare l'esigenza di una ri-definizione del sistema sanitario (pluralistico), che appare sempre più vicino e correlato ad una privatizzazione della salute pubblica. Inoltre, il complesso panorama sanitario e politico descritto vuole rilevare come il Ghana, nell'ambito dell'antropologia medica, sia indubbiamente un contesto ricco di elementi innovativi, poiché consente di riflettere su una dimensione storica delle tradizioni terapeutiche, sull'insieme di negoziazioni, interazioni, appropriazioni, trasformazioni e rapporti di potere tra le differenti risorse mediche (Beneduce 2010: 26) – peraltro oggi incluse all'interno di un medesimo sistema farmacologico –, e di superare, ovviamente, quella contrapposizione tra tradizionale e moderno (Fassin 1988) sviluppando una osservazione trasversale tra i

numerosi culti terapeutici e un'analisi transnazionale del sistema sanitario, che rimanda evidentemente a quella che Ferguson chiamerebbe "topografia verticale del potere".

Note

1. La biomedicina, la medicina tradizionale, le numerose chiese pentecostali e spirituali, sono solo alcune delle tradizioni mediche che costituiscono il panorama terapeutico ghanese. Jean Benoist (1996) parla difatti di «curare plurale», un'espressione che riprende il titolo di una sua importante opera.

2. Sistema medico definito come «l'insieme delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, la professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come "malattia" o comunque compromissione di un "normale" stato di salute» (Schirripa, Zùniga Valle 2000: 210).

3. Le interviste e i colloqui sono stati svolti prevalentemente con i rappresentanti e con il direttore della Policy Planning Monitoring Evaluation o PPME, divisione interna al Ministry of Health che si occupa della gestione e dell'implementazione delle politiche e dei programmi sanitari nazionali.

4. L'area Nzema è una piccola regione che si affaccia sul Golfo di Guinea nella Western Region del Ghana. Confina ad est con l'area Ahanta, a nord e nord-est con l'area Wassa, a nord-ovest con l'area Aowin e ad ovest con la Costa d'Avorio. La letteratura etnografica ad essa relativa prodotta dalla Missione etnologica italiana in Ghana (MEIG) è assolutamente ragguardevole; si vedano Cardona (1977); Cerulli (1963, 1977); Gribaldo (1998); Grottanelli (1971, 1977a, 1977b, 1978); Lanternari (1972a, 1972b, 1977, 1988); Palumbo (1992, 1994, 1995); Pavanello (1992, 1994, 1995a, 1995b, 1997, 2000, 2007); Schirripa (1993, 1995, 1998a, 1998b, 2001a, 2001b, 2005); Signorini (1977a, 1977b); Vatta (1998); Wade-Brown (1977). Numerosi sono anche i riferimenti di ordine storico sullo Nzema e l'area Akan che si inquadrano nell'ampia letteratura storiografica e nelle fonti storiche dell'Africa occidentale; si veda Pavanello (2000: 12 nota 8).

5. Come osserva Pizza (2005: 128), discutendo dell'analisi dell'antropologa statunitense Deborah Gordon, «[...] gli attributi di scientificità, di razionalità e verità della biomedicina fanno riferimento a una retorica identitaria, cioè a un discorso che intende fondare e legittimare un'ideologia occidentalista, connessa alla costruzione di un'"identità", di un'"appartenenza" e di una "tradizione" strutturata su alcuni assunti filosofici: in primo luogo, ad esempio, l'immagine del corpo separato dalla mente. La dicotomia corpo/mente si costituisce come generatrice di altre separazioni: razionale/irrazionale, materiale/simbolico, vero/falso, naturale/culturale e così via. Queste dicotomie hanno la funzione di definire ideologicamente l'identità della biomedicina separandola da altri ambiti: la biomedicina, cioè, tende ad autorappresentarsi attraverso un'identificazione con la razionalità e la verità».

6. Si vedano Kleinman (1978, 1980, 2006) e Press (1980).

7. Il termine "tradizione" è stato oggetto di numerose analisi antropologiche relative alla ricostruzione delle cosiddette "culture tradizionali". Pavanello, ad esempio, si pone il problema di come la "tradizione" si sia costruita nel lavoro etnografico dei diversi studiosi che hanno partecipato alle ricerche della Missione etnologica italiana in Ghana (MEIG). Continua successivamente l'analisi sul recente dibattito antropologico citando alcuni autori che riconsiderano il problema della tradizione, come Hobsbawm e Ranger, che si sono soffermati sul concetto di tradizione inventata (Pavanello 2000: 176-7).

8. La mia esperienza etnografica in Ghana si è svolta nei seguenti periodi: agosto-ottobre 2005; luglio-settembre 2006; agosto-ottobre 2007; aprile-maggio 2009; marzo-aprile 2010.

9. Notevole è la campagna pubblicitaria di sponsorizzazione dei due progetti sul territorio nazionale. È possibile notare la loro rilevanza passeggiando per Accra o per i piccoli villaggi, in quanto le pubblicità sanitarie più evidenti sono proprio quelle relative ai CHPS e alla NHIS.

10. Per un'analisi approfondita del decentramento amministrativo in Ghana, vedi Oquaye 2004.

11. «CHPS is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-determination. It focused on the health by the people by placing people's health in people's hands'» (Ghana Health Service 2005: 7).

12. Le malattie più diffuse e comuni sono la malaria, la poliomielite, la difterite, la febbre gialla, la tubercolosi, il tetano, la pertosse, le malattie esantematiche, l'epatite B e l'influenza emofila di tipo B, HIV, le malattie gastroenteriche ecc.

13. Da un punto di vista amministrativo il Ghana è composto da dieci regioni a loro volta divise in 170 distretti. La riorganizzazione dei distretti avviene durante il Provisional National Defence Council (PNDC), e più recentemente con il *Local Government Law* del 1988 per cui la District Assembly diviene la più alta autorità politica a livello distrettuale, la cui area spesso corrisponde alle cosiddette *Traditional Areas*. Le District Assemblies sono conseguenti alla decentralizzazione del sistema politico e amministrativo che garantisce a livello locale e comunitario una maggiore autonomia, autorità e potere, che consentono ai funzionari governativi di formulare piani esecutivi, programmi e progetti per il miglioramento del livello nazionale e comunitario.

14. Il District Health Directorate nasce a seguito della decentralizzazione politica e amministrativa. In ogni distretto del paese rappresenta la sede decentralizzata del Ministry of Health che gestisce e media le politiche e i programmi nazionali all'interno del proprio territorio distrettuale.

15. Le cliniche sono munite di un registro in cui le infermiere annotano le generalità del paziente, i valori pressori, il peso ponderale, la temperatura corporea, i sintomi e l'eventuale diagnosi. Non vi è un orario specifico di apertura o chiusura degli ambulatori, in quanto l'infermiera è ininterrottamente a disposizione degli utenti, vivendo spesso all'interno della stessa struttura o del villaggio. Alcune cliniche hanno la possibilità di ricoverare dei pazienti, pur se solo in casi di emergenza e per brevi degenze. La maggior parte dei CHPS è difatti munita di due o tre lettini e di una stanza in cui poter ospitare dei pazienti, ma solo per una degenza di alcune ore. I casi più urgenti vengono immediatamente inviati all'ospedale o ai centri sanitari in grado di accogliere un numero maggiore di degenti e di affrontare malattie e disagi più gravi. I servizi più importanti erogati dalle cliniche sono: *basic health service; immunization o clinic day; home visits; family planning; health education; health promotion; disease prevention and basic surveillance activities; ante-natal and post-natal health activities*.

16. La Banca Mondiale nel 1993 pubblica il *World Development Report: Investing in Health*, testo che inaugura un cambiamento nella gestione dell'intero sistema sanitario dei paesi in via di sviluppo attraverso l'inaugurazione di una stretta collaborazione tra il settore pubblico e privato e l'applicazione di nuovi programmi finanziari (Hill 2002; Baru, Jessani 2000). Le strategie medico-finanziarie indicate fanno prevalentemente riferimento all'introduzione delle *user fees*, che prevedono il pagamento ad ogni servizio erogato, e del *National Health Insurance*, programmi che implementano un decentramento sanitario per

cui da tempo la Banca Mondiale supporta tecnicamente e finanziariamente il Ministry of Health ghanese.

17. Il National Health Insurance Council è il principale organo amministrativo nazionale del programma sanitario.

18. I singoli distretti precisano autonomamente la somma da imporre all'interno del proprio territorio, rispettando una quota massima o minima imposta a livello nazionale. Gli unici ad essere esenti dal pagamento sono i minori di 18 anni e gli anziani dai 69 anni in poi, che per usufruire dei vantaggi assicurativi devono ad ogni modo registrarsi e ricevere la tessera sanitaria con la quale presentarsi in ogni struttura medica. Dal 2009 il National Democratic Congress, salito al potere nelle elezioni del dicembre 2008, ha inaugurato una campagna di "universalizzazione" del *National Health Insurance* attraverso l'applicazione di un pagamento unico della quota assicurativa che induce all'abrogazione del rinnovo annuale delle tessere sanitarie.

19. Il restante 5% concerne i disagi che implicano terapie particolarmente costose e prolungate come i disturbi ottici, uditivi, i soccorsi di tipo ortopedico, le terapie odontoiatriche, i farmaci ed i ricoveri relativi ai malati di AIDS, i problemi renali, cardiaci e così via (National Health Insurance Scheme 2005: 5).

20. Il decentramento sanitario è promosso primariamente dall'OMS e dalla Banca Mondiale.

21. Per un'analisi approfondita del sistema economico Nzema si veda Pavanello (1992; 1994; 1995a; 2000).

22. Gli obiettivi primari dell'associazione sono promuovere lo studio della conoscenza erboristica e l'efficacia dei rimedi tradizionali in Ghana e in Africa, per la successiva applicazione nella salute pubblica e in altri ambiti ad essa relativi; disporre di un'organizzazione centrale ghanese per la ricerca sulla medicina tradizionale; realizzare cliniche in varie regioni, accanto ad operatori di formazione ortodossa, sia per il trattamento delle patologie per cui la medicina occidentale non ha trovato cure adeguate, e sia per la cura delle più comuni malattie (Schirripa 2005: 130).

23. Ponendo l'accento sull'arbitrarietà di una categorizzazione dei terapeuti tradizionali presenti nel contesto medico Nzema, è possibile ad ogni modo individuarne una sorta di classificazione: *komenle* – pl. *abomenle* – sacerdoti/tesse; *ninsinli* – pl. *ninsinlima* – erboristi; *mallam* – guaritori musulmani (interni alla categoria *ninsinli*); *esofo* oppure *esofo* – pl. *asofo* – profeti/esse delle chiese spirituali; *quackers* e guaritori in transizione. Per una descrizione delle differenti tipologie di guaritori si vedano Owoahene-Acheampong (1998) e Schirripa (2005).

24. La GHAFTRAM è costituita da sei diverse associazioni identificate come *full members*, tra cui la Plant Medicine Association, Ghana National Association of Traditional Healers (GNATH), la Ghana Psychic and Traditional Healers Association (GHAPHTHA), la Northern Sector of Traditional Practitioners, la Traditional Service Association and Essiama Association; e da ulteriori 15 associazioni definite *associated members*, tra cui la Ghana Muslim and Traditional Healers Association, la Kporlefa Association, la Faith Healer Association, la Ghana Priest and Priestess Association, la Hukorku Association, la African Healers Association ed altre. Ciò che distingue un'associazione pienamente appartenente alla federazione da una semplice associata è il grado di estensione che presenta nel territorio nazionale: per divenire membro della GHAFTRAM e usufruire dei benefici che tale titolo comporta, un'associazione deve essere presente e avere dei guaritori associati in almeno sette regioni del paese, mentre le altre associazioni per essere riconosciute come associate devono avere una capacità di penetrazione in almeno due o tre regioni nazionali.

25. Alla conferenza partecipano 134 paesi e 67 delegati delle Nazioni Unite, insieme a numerose ONG (Piza 2005: 95). Durante la conferenza l'OMS raccomanda di promuovere e favorire, soprattutto nei paesi del cosiddetto Terzo mondo, l'uso della medicina tradiziona-

le all'interno di programmi sanitari favorendo la sua interazione con la biomedicina (WHO 1978). Tale dichiarazione, approvata all'unanimità nel 1981, delinea un'ambiziosa strategia, un progetto a lungo periodo noto come "Salute per tutti nell'anno 2000", da cui emerge l'obiettivo di migliorare lo stato generale della salute delle popolazioni, identificando l'assistenza sanitaria come uno strumento necessario per superare le disuguaglianze nell'accesso alla salute su scala mondiale.

26. La *Primary Health Care* è uno strumento per lo sviluppo sanitario, in particolar modo per le zone rurali. L'idea principale in Ghana è difatti quella di una forte collaborazione nei progetti con i membri delle comunità locali. «Key concepts in primary health care are the use of locally available resources and the participation of the community in planning and implementation of health services. The primary health care approach implies a shift away from hospital-based health care to more community-based health care and a movement away from the education of a relatively small number of medical doctors to the (re)training of many local health workers through short term courses. It also implies a change of priority from curative work to comprehensive health care with more attention for prevention and health education. [...] The contribution of traditional healers to the solution of prevalent health problems in developing countries was taken into consideration» (Ventevogel 1996: 42).

27. Il primo progetto di inserimento dei guaritori tradizionali è il *Danfa Comprehensive Rural Health Project*, che ha inizio nel 1970 nella zona costiera ed è uno dei primi in tutto il continente a provvedere all'addestramento delle levatrici tradizionali. Inizialmente i corsi di formazione per le TBA sono presenti solo nella zona legata al progetto, ma dagli anni Novanta si estendono in tutto il paese (ivi: 55). Nel 1975 prende avvio un progetto di salute primaria nella zona del Brong-Ahafo, il *Kintampo Project*, in cui i guaritori tradizionali ricoprono un ruolo centrale. In realtà questo programma, pur prevedendo un certo uso della medicina autoctona, vede partecipare oltre alle levatrici tradizionali solo gli "aggiustaossa". Inoltre sia nel distretto di Techiman che in quello di Dormaa ha inizio una collaborazione tra il personale sanitario biomedico e i guaritori tradizionali, in cui si sono aperti rispettivamente il *Primary Health Training for Indigenous Healers Program* (PRHETH) e il *Dormaa Healer Project*. L'obiettivo di entrambe i programmi è: «to augment the knowledge and skills of indigenous healers and bring about closer cooperation and understanding between indigenous and Western-oriented health workers» (ivi: 58). I due programmi sono approfonditamente descritti da Giarelli (1995), che mettendoli a confronto ne evidenzia le rispettive criticità.

28. Il PRHETH, ad esempio, è spesso citato in quanto considerato uno tra i maggiori progetti della *Primary Health Care* e della collaborazione tra le diverse tradizioni mediche. Eppure anch'esso evidenzia una gerarchia interna e un mancato scambio ed arricchimento reciproco tra gli attori sociali poiché il trasferimento della conoscenza risulta unidirezionale, si sposta cioè quasi esclusivamente dal personale biomedico ai terapeuti tradizionali (ivi: 60-1). I guaritori dei sistemi medici autoctoni inseriti nel progetto dovrebbero essere utilizzati come *front-line health personnel* e considerati come parte del team medico (Ade-muwagun 1979), ma il personale di formazione ortodossa, pur mostrando una forma di rispetto nei confronti dei terapeuti, continua a non accettarli e a percepirla come colleghi (Ventevogel 1996: 62).

29. L'espressione "medicina tradizionale" viene utilizzata in riferimento alle risorse terapeutiche autoctone, "ghanesi", appartenenti alle proprie tradizioni, mentre "medicina alternativa" all'insieme delle risorse terapeutiche allogene acquisite e radicate nel paese, provenienti non solo dal mondo occidentale ma anche da quello orientale (come ad esempio la medicina cinese, indiana e così via) (Traditional and Alternative Medicine 2005). Lo stesso Velimirovic (1984: 65) osserva come la medicina tradizionale e quella alternativa siano

due categorie facilmente confondibili, che in realtà presentano caratteristiche fortemente divergenti in quanto contenenti tradizioni terapeutiche profondamente diverse.

30. Il *Food & Drug Board* è l'istituto nazionale addetto al controllo dei prodotti alimentari e farmacologici. Nel rilasciare i brevetti e nell'individuare e testare la sicurezza, la qualità e l'efficacia dei prodotti alimentari, cosmetici, farmacologici ed erboristici applica una stessa metodologia di controllo, un'efficacia pertanto corrispondente a quella biomedica e prettamente chimica.

31. È interessante osservare come il sistema farmacologico ghanese, generalmente correlato a prodotti appartenenti alla tradizione terapeutica egemonica, si stia modificando a seguito dell'introduzione di nuovi prodotti farmaceutici derivanti da una tradizione medica generalmente definita come tradizionale, autoctona, olistica ed altra. Ci si trova dinanzi ad uno spostamento di quella che sino ad oggi è stata la linea di confine tra il mercato formale e informale dei farmaci, caratterizzato non solo dalla vendita illegale e clandestina di farmaci ortodossi (Fassin 1985; van der Geest, Reynolds, Whyte, Hardon 1988), ma anche e soprattutto dal vasto universo della medicina tradizionale. Il mercato tradizionale e informale delle erbe sta subendo un cospicuo processo di legittimazione e di controllo pur se difficilmente svanirà sia in quanto intrinsecamente connesso al commercio formale, con il quale continua a costituire una relazione gerarchica, e sia in quanto l'informalità e l'illegalità sono una risposta ai disagi sociali e sanitari, ancora oggi evidenti nel paese (Fassin 1985).

32. L'"efficacia terapeutica" è stata una questione fortemente discussa in ambito antropologico (Pizza 2005: 205-11), e «costituisce un problema centrale sia per lo studio transculturale della medicina che per quello delle professioni "sanitarie" indigene».

33. La medicina ortodossa e quella tradizionale non manifestano un rapporto egualitario, a cui difatti la stessa integrazione non potrà auspicare. Rance Lee (1982) ha osservato che nelle relazioni tra i due sistemi medici, più o meno in competizione, emerge un evidente ordine gerarchico. Egli dimostra come il sistema occidentale, con la sua ideologia scientifica e l'appoggio dell'élite sociale e politica, raggiunga sempre la posizione dominante, il che, utilizzando una felice espressione di van der Geest (2000 [1985]: 61), «gradualmente conduce ad un processo di "assorbimento medico"». Rance Lee parla difatti di una "superiorità strutturale" della biomedicina sulle altre tradizioni terapeutiche, che deve essere ricondotta non solo alle sue capacità economico-finanziarie ma anche a quelle tecnologiche, le quali inducono al riconoscimento da parte della totale popolazione della sua efficacia. Il conseguente prestigio sociale della medicina scientifica è complementare ad una superiorità e ad un "potere funzionale" delle medicine indigene, data dalla loro capillarità, da una maggiore vicinanza culturale, la quale implica una comprensione e condivisione di uno stesso orizzonte dei concetti di salute e malattia, e da una maggiore reperibilità dei rimedi erboristici.

Bibliografia

- Ademuwagun, Z. 1979. "The Challenge of the Co-Existence of Orthodox and Traditional Medicine in Nigeria", in *African Therapeutic Systems*, a cura di Ademuwagun, Z., Ayoade, J. A. A., Harrison, I. E. & D. M. Warren, pp. 165-168. London: Crossroad Press.
- Ajumobi, S. 2001. Citizenship, Rights and the Problem of Conflicts and Civil Wars in Africa. *Human Rights Quarterly*, 23, 1: 148-170.
- Ardigò, M. & C. Bodini 2011. "La salute negata: da Alma Ata ai Millennium Development Goals, e ritorno", in *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellecchia, U. & F. Zanotelli, pp. 46-67. Catania: Ed.It.

- Arhinful, D. K. 2003. *The Solidarity of Self-interest: Social and Cultural Feasibility of Rural Health Insurance in Ghana*. Leiden: African Studies Centre.
- Augé, M. & C. Herzlich (a cura di) 1986 [1983]. *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore [ed. orig. *Le sens du mal. Antropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Overseas Publishers].
- Baru, R. & A. Jessani 2000. The Role of the World Bank in International Health: Renewed Commitment and Partnership. *Social Science and Medicine*, 50, 2: 183-184.
- Bayart, J. F. 2006. Globalizzazione e mutamento politico nell'Africa sub-sahariana (1989-2005). *Afriche e Orienti*, numero speciale, (II): 36-51.
- Beattie, A., Doherty, J., Gilson, L., Lambo E. & P. Shaw 1998. *Sustainable Health Care Financing in Southern Africa*. Washington: World Bank.
- Beneduce, R. 2010. *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Benoist, J. 1996. "Singularités du pluriel?", in *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, a cura di J. Benoist, pp. 5-16. Paris: Karthala.
- Berman, B., Eyoh, D. & W. Kymlicka 2004. *Ethnicity and Democracy in Africa*. Scott Quadrangle: Ohio University Press.
- Bibeau, G. 2000. "Dalla Cina all'Africa. L'impossibile sintesi tra medicina tradizionale e medicina occidentale", in *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di Schirripa, P. & P. Vulpiani, pp. 67-82. Lecce: Argo.
- Cardona, G. R. 1977. "Profilo della lingua Nzema", in *Una società guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti della cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 95-142. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cerulli, E. 1963. La setta dei Water Carriers. Sincretismo religioso pagano-cristiano nel Ghana. *Studi e materiali di storia delle religioni*, 1: 27-59.
- Cerulli, E. 1977. "L'individuo e la cultura tradizionale: norma, trasformazione ed evasione", in *Una società guineana, gli Nzema. 1. Fondamenti della cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 143-212. Torino: Bollati Boringhieri.
- Dei, F. 2008. Verso una nuova cornice degli studi antropologici sulla cultura popolare in Italia. *Melissi. Le culture popolari*, 14-15: 68-72.
- Dozon, J. P. 2000 [1987]. "Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale", in *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di Schirripa, P. & P. Vulpiani, pp. 41-54. Lecce: Argo. [ed. orig. *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. Politique Africaine*, 28: 9-20].
- Fassin, D. 1985. Du clandestin à l'officieux. La réseaux du vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'Études africaines*, XXV-2, 98: 161-177.
- Fassin, D. 1987. La santé, un enjeu politique quotidien. *Politique Africaine*, 28: 2-8.
- Fassin, D. 1988. Traditional Medicine and the Stakes of Legitimation in Senegal. *Social Science and Medicine*, 27, 4: 353-357.
- Fassin, D. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: P.U.F.
- Ferguson, J. 2006. *Global Shadows. Africa in the Neoliberal World Order*. London: Duke University Press.

- Foucault, M. 1972 [1971]. *L'ordine del discorso: i meccanismi sociali di controllo e di esclusione della parola*. Torino: Einaudi. [ed. orig. *L'Ordre du discours*. Paris: Gallimard].
- Foucault, M. (a cura di Fontana, A. & P. Pasquino) 1977. *Microfisica del potere: interventi politici*. Torino: Einaudi.
- Gentili, A. M. 2002. "Lo stato-nazione in Africa: sudditi o cittadini?", in *Dove va l'Africa sub-sabariana?*, LI: 302-313. Bologna: Il Mulino.
- Ghana Health Service, 2005. *Community-Based Health Planning and Service (CHPS). The Operational Policy*. Accra: Ghana Health Service Gordon.
- Giarelli, G. 1995. Pluralismo e integrazione nei sistemi medici africani. Analisi comparata di tre casi. *I fogli di Oriss. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute*, 3: 59-79.
- Giarelli, G. 2000. "La giurisdizione professionale del guaritore africano. L'ugao tharaka (Kenya)", in *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di Schirripa, P. & P. Vulpiani, pp. 189-221. Lecce: Argo.
- Gramsci, A. 1975. *Quaderni del carcere*. Torino: Einaudi.
- Gribaldo, A. 1998. "Riproduzione e persona tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale", in *Prospettive di studi akan. Saggi in memoria di V. L. Grottanelli*, a cura di M. Pavanello, pp. 55-78. *Quaderni de L'Uomo* I. Roma: Cisu.
- Grottanelli, V. L. 1971. "L'ordalia del veleno fra gli Nzema del Ghana", in *Studia Ethnographica et Folkloristica in honorem Béla Gunda*, a cura di Szabadfalvi, J. & Z. Ujváry, pp. 223-233. Debrecen: Kossuth Lajos Tudományegyetem.
- Grottanelli, V. L. (a cura di) 1977a. *Una società guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti della cultura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Grottanelli, V. L. 1977b. "Presentazione degli Nzema", in *Una società Guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti della cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 13-94. Torino: Bollati Boringhieri.
- Grottanelli, V. L. 1978. *Una società guineana, gli Nzema. 2. Ordine morale e salvezza terrena*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hernández, A. M. 2000. Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 9-34.
- Hill, P. S. 2002. The Rhetoric of Sector-Wide Approaches for Health Development. *Social Science and Medicine*, 54, II: 1725-1737.
- Hufty, M., Freire, A. D., Plagnat P. & V. Neumann (a cura di) 2007. *Jeux de gouvernance. Regards et réflexions sur un concept*. Gèneve-Paris: IUED, Karthala.
- Kasfir, N. 1993. "Designs and Dilemmas of African Decentralization", in *Local Government in the Third World. Experience of Decentralization in Tropical Africa*, a cura di P. Mawhood, pp. 24-47. South Africa: Africa Institute of South Africa.
- Kankwenda, M. 2004. "Forty Years of Development Illusions: Revisiting Development Policies and Practices in Africa", in *African Development and Governance Strategies in the 21st Century. Looking Back to Move Forward*, A.A.V.V., pp. 3-19. London - New York: African Centre for Development & Strategic Studies (ACDESS).

- Kleinman, A. 1978. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, 12: 85-93.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. 2006. "Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali", in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 5-29. Milano: Raffaello Cortina.
- Lanternari, V. 1972a. Protezione antifurto ed etica social-religiosa fra i coltivatori Nzima (Ghana). *Humana. Quaderni degli Istituti di Etnologia e Geografia della Università di Palermo* 6.
- Lanternari, V. 1972b. Gli Nzema del Ghana. Una società contadina africana tra passato e futuro. *Problemi*, 34: 236-241.
- Lanternari, V. 1977. "L'agricoltura: tecniche e rituali", in *Una società guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti della cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 213-290. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lanternari, V. 1988. *Dei, profeti, contadini. Incontri nel Ghana*. Napoli: Liguori.
- Lee, R. P. L. 1982. Comparative Studie of Health Care System. *Social Science and Medicine*, 16: 629-642.
- Lévi-Strauss, C. 2002 [1949]. "L'efficacia simbolica", in *Antropologia strutturale. Dai sistemi del linguaggio alle società umane*, a cura di C. Lévi-Strauss, pp. 210-229. Milano: Il Saggiatore.
- Maciocco, G. 2008. *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*. Roma: Il pensiero Scientifico Editore.
- Mamdani, M. 1996. *Citizen and Subject. Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Mawhood, P. (a cura di) 1993. *Local Government in the Third World. Experience of Decentralization in Tropical Africa*. South Africa: Africa Institute of South Africa.
- Mback, C. N. 2003. *Démocratisation et décentralisation. Génèse et dynamiques comparés des processus de décentralisation en Afrique subsaharienne*. Paris: Karthala.
- Ministry of Health, 2007. *The Ghana Health Sector 2007. Programme of Work*. Accra: Ministry of Health.
- National Health Insurance Scheme, 2005. *What You Must Know. Join the National Health Insurance Scheme*. Accra: Ministry of Health.
- Ongaro Basaglia, F. 1982. *Salute/Malattia. Le parole della medicina*. Torino: Einaudi Editore.
- Onimode, B. 2004. "Mobilisation for the Implementation of Alternative Development Paradigms in 21st-Century Africa", in *African Development and Governance Strategies in the 21st Century. Looking Back to Move Forward*, A.A.V.V., pp. 20-9. London - New York: African Centre for Development & Strategic Studies (ACDESS).
- Oquaye, M. 2004. *Politics in Ghana. 1982-1992 Rawlings, Devolution and Populist Democracy*. Accra: Tornado Publications.
- Ouattara, S. 2007. *Gouvernance et libertés locales*. Paris: Karthala.

- Owoahene-Acheampong, S. 1998. *Inculturation and African Religion: Indigenous and Western Approaches to Medical Practice*. New York: Peter Lang Publishing Inc.
- Palumbo, B. 1992. Marriage, Land and Kinship in a Nzema Village. *Ethnology*, 31, 3: 235-257.
- Palumbo, B. 1994. Storia, spazio e potere in un villaggio nzema. *Etnosistemi*, 1: 102-126.
- Palumbo, B. 1995. “Come Venere in cielo. Paradigmi di identità nzema”, in *Luoghi d’Africa*, a cura di P. G. Solinas, pp. 129-204. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Pavanello, M. 1992. *Gyima e Nvasoe*: la filosofia economica degli Nzema del Ghana sud-occidentale. *L’uomo Società Tradizione Sviluppo*, 5, 1-2: 165-186.
- Pavanello, M. 1994. Transizione commerciale e divisione sessuale (*gender*) tra gli Nzema del Ghana. *Africa. Rivista trimestrale di studi e documentazione dell’Istituto Italo-Africano*, 49, 1: 21-53.
- Pavanello, M. 1995a. The Work of the Ancestors and the Profit of the Living, Some Nzema Economic Ideas. *Africa. Journal of the International African Institute*, 65, 1: 36-57.
- Pavanello, M. 1995b. Parentela e potere tra gli Nzema. Note preliminari di una ricerca tra gli Akan del Ghana sud-occidentale. *L’uomo Società Tradizione Sviluppo*, 8, 2: 273-306.
- Pavanello, M. 1997. Una conversazione apparentemente sconclusionata: la posta in gioco tra padri, figli, zii e nipoti. *Etnosistemi*, IV: 115-127.
- Pavanello, M. 2000. *Il formicaleone e la rana. Liti, storie e tradizioni in Apollonia*. Napoli: Liguori.
- Pavanello, M. 2007. *Il segreto degli antenati. Un etnografo nel cuore del Ghana*. Torrazza Coste (PV): Edizioni Altravista.
- Pavanello, M. & P. Schirripa (a cura di) 2008. *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*. Roma: Edizioni Nuova Cultura.
- Pizza, G. 2005. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Press, I. 1980. Problems in the Definition and Classification of Medical Systems. *Social Science and Medicine*, 14B: 45-77.
- Quaranta, I. 2010. “Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria”, in *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellecchia, U. & F. Zanotelli, pp. 89-104. Catania: Ed.it.
- Reynolds Whyte, S. 2009. Health Identities and Subjectivities. *Medical Anthropology Quarterly*, 16, 1: 6-15.
- Rose, N., Novas, C. 2005. “Biological Citizenship”, in *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological problems*, edited by A. Ong & S. J. Collier, pp. 439-63. Malden: Wiley-Blackwell.
- Sandbrook, R. 2000. *Closing the Circle. Democratization and Development in Africa*. Toronto: University of Toronto Press.
- Sawadogo, R. A. 2001. *L’état africain face à la décentralisation*. Paris: Karthala.
- Schirripa, P. 1993. Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana. *I fogli di Oriss. Medicina tradizio-*

- nale: questioni di potere e valutazione. L'inquieta alleanza tra psicopatologia e antropologia*, 1: 63-83.
- Schirripa, P. 1995. Affari di famiglia. Note preliminari sulla proprietà e la trasmissione del potere spirituale tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale. *L'Uomo Società Tradizione Sviluppo VIII* 2: 213-237.
- Schirripa, P. 1998a. "Le associazioni di guaritori tradizionali e il gioco della legittimazione del potere spirituale tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale", in *Medicina, magia, religione valori, vol. secondo*, a cura di Lanternari, V. & L. Ciminelli, pp. 345-366. Napoli: Liguori.
- Schirripa, P. 1998b. "Vivere con gli dei. Note sulla possessione nzema", in *Prospettive di studi akan. Saggi in memoria di V. L. Grottanelli*, a cura di M. Pavanello, pp. 79-96. *Quaderni de L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, 1. Roma: Cisu.
- Schirripa, P. 2001a. Sessualità maschile e classificazioni patologiche nella medicina tradizionale degli Akan del Ghana. Un'esplorazione del *kooko*. *Medicina nei secoli. Arte e scienza*, 13, 3: 493-508.
- Schirripa, P. 2001b. *Di abone*. Pratiche della possessione tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale. *Antropologia*, 1, 1: 77-98.
- Schirripa, P. 2005. *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*. Lecce: Argo.
- Schirripa, P. & P. Vulpiani (a cura di) 2000. *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*. Lecce: Argo.
- Schirripa, P. & C. Zùniga Valle 2000. Sistema medico. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 3-4: 211-219.
- Severi, C. 1977. Proiezione e credenza. Nuove riflessioni sull'efficacia simbolica. *Antropologia e psicologia. Interazioni complesse e rappresentazioni mentali, Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali*, 7: 75-85.
- Signorini, I. 1977a. "Il modello di residenza", in *Una società guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti della cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 291-320. Torino: Bollati Boringhieri.
- Signorini, I. 1977b. "Il divorzio", in *Una società guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti della cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 372-394. Torino: Bollati Boringhieri.
- Totté, M., Dahou, T. & R. Billaz (a cura di) 2003. *La décentralisation en Afrique de l'Ouest. Entre politique et développement*. Paris: Karthala.
- Traditional and Alternative Medicine Directorate, 2005. *A National Strategic Plan for Traditional and Alternative Medicine Development in Ghana (2005-2009)*. Accra: Ministry of Health.
- Triulzi, A. & M. C. Ercolessi (a cura di) 2004. *State, Power, and Political Actors in Postcolonial Africa*. Milano: Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.
- Turshen, M. 1999. *Privatizing Health System in Africa*. New Jersey – London: Rutgers University Press.
- van Dijk, R. & M. Dekker 2010. *Markets of Well-Being. Navigating Health and Healing in Africa*. Leiden – Boston: Brill.
- Vasconi, E. 2011. "Distanze e divergenze tra politiche globali della salute e pratiche locali: il caso del Ghana e dell'Uganda", in *La cura e il potere. Salute*

- globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellicchia, U. & F. Zanotelli, pp. 145-162. Catania: Ed.It.
- Vasconi, E. 2008a. "Analisi delle categorie nosografiche, della trasmissione della conoscenza dei terapeuti tradizionali e dei percorsi terapeutici dei pazienti presenti nei distretti Nzema", in *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*, a cura di Pavanello, M. & P. Schirripa, pp. 39-50. Roma: Edizioni Nuova Cultura.
- Vasconi, E. 2008b. "Schede pazienti", in *Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)*, a cura di Pavanello, M. & P. Schirripa, pp. 91-103. Roma: Edizioni Nuova Cultura.
- Vasconi, E. & S. Owoahene-Acheampong 2010. Recognition and Integration of Traditional Medicine in Ghana: a Perspective. *Research Review*, 26, 2: 1-17.
- van der Geest, S., Reynolds Whyte, S. & A. Hardon (a cura di) 1988. *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- van Der Geest, S. 2000 [1985]. "Integrazione o abbraccio fatale? La difficile relazione tra la medicina indigena e la medicina occidentale", in *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di Schirripa, P. & P. Vulpiani, pp. 55-65. Lecce: Argo. [ed. orig. Integration or Fatal Embrace? The Un Easy Relationship Between Indigenous and Western Medicine. *Curare* 8: 9-14].
- Vatta, B. 1998. "Quale parentela tra gli Nzema? Due rapporti prototipici a confronto", in *Prospettive di studi Akan. Saggi in memoria di V. L. Grottanelli*, a cura di M. Pavanello, pp. 97-136. *Quaderni de L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, 1. Roma: Cisu.
- Velimirovic, B. 1984. Traditional Medicine Is Not Primary Health Care: a Polemic. *Curare*, 7, 1: 61-79.
- Ventevogel, P. 1996. *Whiteman's Things. Training and Detraining Healers in Ghana*. Amsterdam: Het Spinus.
- Wade-Brown, A. 1977. "Il gioco e le altre attività infantili di gruppo", in *Una società guineana, gli Nzema. 1. I fondamenti di una cultura*, a cura di V. L. Grottanelli, pp. 321-360. Torino: Bollati Boringhieri.
- Warren, P. 2000. "Medicina indigena e assistenza sanitaria di base tra gli Achuar del Rio Huasaga", in *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di Schirripa, P. & P. Vulpiani, pp. 223-244. Lecce: Argo.
- WHO, 1978. *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'O.M.S.* Genève: Organization Mondiale de la Santé.
- World Bank, 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington: World Bank.
- World Bank, 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.