

ALESSIA MACCARO  
DIGNITÀ, IDENTITÀ E DIRITTI.  
LA CURA IN BENIN TRA RISPETTO DELLE  
TRADIZIONI TERAPEUTICHE E MODERNITÀ

Sommario: 1. Medicina tradizionale e moderna al vaglio della bioetica. 2. Tradizioni terapeutiche africane e pregiudizio eurocentrico. 3. La valorizzazione della medicina tradizionale nel sistema sanitario beninese. 4. Una controversa integrazione. 5. Riconoscimento delle tradizioni identitarie e garanzia dei diritti.

1. Nel corso degli ultimi decenni si è assistito ad un significativo processo di trasformazione culturale in campo biomedico che ha visto il graduale recupero delle tradizioni terapeutiche, in particolare di quelle appartenenti alle culture non occidentali le quali, dopo un iniziale disconoscimento, sono andate progressivamente ad accompagnare la pratica medica ufficiale fino ad essere in alcuni casi ricomprese nelle politiche sanitarie di molti paesi occidentali<sup>1</sup>.

---

1 In Italia giovedì 29 Settembre 2016 si è tenuto presso il Senato della Repubblica il Simposio Nazionale su *Le Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali nel Servizio Sanitario Nazionale per l'uguaglianza dei diritti di salute oltre le esperienze regionalistiche: Salutogenesi e Prevenzione, Formazione a Profilo Definito, Buona Pratica Clinica, Ricerca Clinica No-Profit. Criticità, esigenze sociali, prospettive future: un confronto interdisciplinare*. Il Simposio del Senato, avvalorando la medicina tradizionale e non convenzionale, nell'ottica di un recupero della centralità della persona e di una nozione di benessere intesa in senso ampio, si è posto come obiettivo quello di sensibilizzare la politica ad offrire risposte sanitarie e di salute più consapevoli delle tradizioni mediche figlie di una saggezza millenaria (cfr. <http://www.medicinacentratasullapersona.org/index.php/home/item/107-simposio-nazionale-senato-della-repubblica-29-settembre-2016>; ultima visualizzazione ottobre 2016). Molto dura è stata la reazione della Consulta di Bioetica Onlus, il cui presidente, Maurizio Mori, uno dei maggiori esponenti del versante laico della bioetica, ha definito l'incontro come un «Simposio che accredita la magia e l'irrazionalità come forme terapeutiche equivalenti alla medicina scientifica». Sdegnata che «un'iniziativa senza alcuna consistenza scientifica» fosse posta sotto il Logo del Senato della Repubblica, la Consulta di Bioetica ribadisce che di recente le vicende Stamina, Di Bella e Bonifacio hanno già rimarcato la necessità del rigore scientifico in campo sanitario

Tornare a riflettere sul rapporto tra medicina tradizionale e moderna significa dunque recuperare il nesso saperi-scienze, costrutti socioculturali che presso molti popoli, soprattutto quelli dei paesi in via di sviluppo, ancora rappresentano una struttura identitaria ben radicata ed il progressivo affermarsi del sapere medico tecno-scientifico il quale, in alcuni casi, ha preteso prendere impositivamente il posto delle tradizioni medicali, considerandole anacronistici retaggi del passato o, piuttosto, ha optato per ammantare bonarie e pacifiche possibilità di interazione con esse, nei fatti difficilmente realizzabili.

Al fine di perimetrare la questione bisognerà pertanto non solo richiamare la molteplicità delle tradizioni culturali rispetto al tema della salute, dunque il diverso modo di intendere la malattia, le cure e le figure dei depositari del sapere terapeutico, ma ad un tempo riflettere sulla medicina moderna, sulla sua più tangibile (che non vuol dire esclusiva) efficacia terapeutica e, più in generale, sull'avanzamento della scienza che certamente deve essere promosso ed i cui risultati devono essere fruibili per tutti i popoli, ma non pagando il prezzo della rinuncia alla tradizione.

Il dilemma sorge, appunto, nell'*intersezione* tra tradizione e modernità, cultura e scienza, identità soggettiva e razionalità oggettivata, ovvero allorché si mettono in atto tentativi di rendere compatibili due universi di senso estranei, ma forse non incomunicabili, e ci si imbatte nell'errore di soffocare il particolare nell'atto di sussumerlo entro l'universale. Ciò evidentemente si verifica quando la medicina moderna, arrogandosi presuntivamente il primato razionale e morale in relazione alle strategie di cura, ovvero presentandosi come unica detentrica del "vero" e del "giusto" sapere medico, impone il suo intervento coatto, incurante delle tradizioni terapeutiche o quando, ed è proprio su questo che ci intratterremo, si mostra disponibile a collaborazioni non sempre chiare e perlopiù dubbie.

Tale questione, andando ad involvere non solo la definizione degli spazi di legittimità della biomedicina contemporanea rispetto alle cure tradizionali, ma inerendo l'identità culturale dei popoli, le scelte mediche dei singoli e dei gruppi, le politiche sanitarie nazionali e le regolamentazioni sovranazionali, è evidente che sconfinava dal solo ambito di pertinenza della sociologia o dell'antropologia culturale e/o medica, disponendosi piuttosto ad un'interpretazione della bioetica. Del resto, se è vero che la bioetica è «sapere

---

ed insiste sull'indiscussa «superiorità della medicina scientifica basata su rigorosi esperimenti e sulle prove». Cfr. Consulta di Bioetica Onlus, Comunicato stampa n. 11/2016: <http://www.consultadibioetica.org/news/?id=273> (ultima visualizzazione ottobre 2016).

interstiziale»<sup>2</sup> tra opzioni filosofiche, ideologiche, politiche e dimensioni pratico-operative, parrebbe non troppo peregrino demandare ad essa un'analisi della questione che, tessendo in un unico ordito i fili di medicina, diritto, filosofia ed etica sia capace di rendere ragione di un dilemma che si fa urgente nella misura in cui tocca la tutela dei diritti umani fondamentali.

Come è noto il dibattito relativo alla riscoperta della medicina tradizionale ha visto, sin dal suo principio, l'opposizione tra coloro che hanno ravvisato ambiguità e pericoli nell'avvalorare prassi non scientifiche e coloro i quali, invece, l'hanno intesa come possibilità di offrire un servizio sanitario più prossimo ai bisogni e alle prospettive delle popolazioni. Tuttavia va detto che, nella maggior parte dei casi, la valorizzazione delle tradizioni mediche autoctone all'interno delle politiche sanitarie viene portata avanti senza che si svolga una parallela ed indispensabile analisi delle dinamiche sociali e culturali o senza tener conto degli scontri di potere che tale processo può innescare e che possono determinare imprevedibili forme di riduzione, quando non di ottundimento, della tradizione stessa.

Ciò diviene ancor più dirimente se si prendono in considerazione i paesi del cosiddetto Terzo Mondo, laddove la relazione tra modelli di cura tradizionali e biomedicina di stampo occidentale chiama in causa la questione dei rapporti storici di potere e di dominio che sono intercorsi tra l'Occidente e il continente africano, ma anche quello asiatico e latinoamericano.

2. Circoscrivendo l'orizzonte di indagine all'universo africano, oltremodo nota è la totale chiusura manifestata delle potenze europee in epoca coloniale rispetto alle culture colonizzate e alle loro tradizioni, anche terapeutiche. Tale atteggiamento poggiava sulla convinzione eurocentrica della fallacia dei saperi dei popoli indigeni che venivano liquidati semplicisticamente come pratiche di carattere magico e superstizioso, con l'obiettivo poi non troppo tacito di indebolire il ruolo sociale, religioso ed anche politico dei guaritori, malvisto dai colonizzatori.

Inizia così quella lenta ed inesorabile affermazione della biomedicina razionalizzata, moderna, occidentale, scientifica, ad oggi perlopiù definita come "convenzionale" che, attraverso la derisione, diminuzione e negazio-

---

2 Cfr. E. D'ANTUONO, *Bioetica*, Napoli, 2006, in part. p. 12 in cui si rimanda a G. Hottot-M.H. Parizeau (a cura di), *Les mots de la bioéthique*, Bruxelles, 1995, 49. La prof.ssa E. D'Antuono è, inoltre, Responsabile del Seminario Permanente *Etica, bioetica e cittadinanza* in cui, ormai da oltre un decennio, si tiene aperto uno spazio pubblico di discussione di grande interesse sociale e culturale che vede coinvolti esperti di discipline diverse e accoglie con favore la partecipazione giovani studiosi – di questo la si ringrazia – a dibattiti su questioni bioetiche di stringente attualità.

ne dell'altrui cultura, si presentava come missione civilizzatrice dei popoli colonizzati, *fiardello dell'uomo bianco*<sup>3</sup> e suo irrinunciabile obbligo morale.

Veicolando la costruzione di immagini della corporeità indigena come selvaggia, impura, malata, foriera di contagio fisico e morale e, dunque, da epurare, gli imperi coloniali intrapresero una capillare diffusione della medicina moderna, passante anche attraverso la medicina missionaria e specifiche leggi a riguardo, il che contribuì ad accrescere il cosiddetto "controllo biopolitico"<sup>4</sup>. A tutte le colonie fu imposta una legislazione stringente dal punto di vista della politica sanitaria, orientato alla massiva costruzione di infrastrutture (ospedali, dispensari, farmacie) che, inevitabilmente, condusse ad un indebolimento del ruolo dei terapeuti tradizionali i quali si trovarono in breve tempo ad operare in condizioni di clandestinità<sup>5</sup>.

All'indomani dell'indipendenza, nella seconda metà del Novecento, la situazione delle ex-colonie non mutò di molto, giacché i principali sforzi dei nuovi governi africani si orientarono al potenziamento delle infrastrutture sanitarie esistenti e, al più, al miglioramento igienico, indirizzando gli interventi in termini propagandistici. Ugualmente protesi all'affermazione della medicina moderna furono gli interventi degli organismi internazionali, principalmente dell'OMS e delle organizzazioni che si occupavano di progetti di aiuto e di cooperazione internazionale.

Sta di fatto che, almeno nella prima metà della decade '60-'70, sarebbe più esatto parlare di imposizione degli aiuti e non di cooperazione. Il rapporto tra donatori e riceventi si svolge ai livelli superiori dei ministeri, mentre il coinvolgimento e la partecipazione delle popolazioni interessate vengono praticamente trascurate. Ci fu, all'epoca, chi affermò che la cooperazione offriva agli occidentali l'occasione di liberarsi del senso di colpa dell'imperialismo. Un nonsenso: ciò che di fatto avvenne in quel primo decennio fu di altro ordine. A muovere i paesi e gli organismi donatori fu la consapevolezza dell'esclusivo possesso del sapere e delle competenze tecniche; di conseguenza, si ritenne superfluo coinvolgere le popolazioni per cui ogni progetto risultava un'imposizione d'imperio, ossia un atto di neocolonialismo<sup>6</sup>.

3 Cfr. R. KIPLING, *The White Man's Burden*, in *McClure's Magazine*, February 1899.

4 Si veda su ciò il pensiero di M. Foucault. Per fare solo un esempio cfr. M. FOUCAULT, *Nascita della biopolitica*, (corso al Collège de France anni 1978-1979), a cura di F. Ewald, A. Fontana e M. Senellart, trad. M. Bertani e V. Zini, Milano, 2005.

5 Cfr. su ciò JE. COMAROFF, *The diseased heart of Africa. Medicine, colonialism and the black body*, in S. Lindenbaum-M. Lock (a cura di), *Knowledge, power and practice. The anthropology of everyday life*, Berkley, 1993, 305-329.

6 B. BERNARDI, "Salute per tutti": prospettiva XXI secolo, in *L'arco di Giano. Rivista di medical humanities*, n. 16, 1998, 1-31, ivi, 21.

Quantunque le azioni governative fossero tendenzialmente concordi nella diffusione della medicina moderna, nei vari Stati si manifestarono atteggiamenti discordi e poco chiari rispetto alle pratiche terapeutiche tradizionali che andarono dal rifiuto netto di un riconoscimento legislativo (come accadde ad esempio in Kenya e Costa d'Avorio<sup>7</sup>) all'approvazione informale dell'opera terapeuti tradizionali (come in Zaire<sup>8</sup>), sino all'ufficializzazione del ruolo dei guaritori che tuttavia non regolava in maniera chiara gli spazi di intervento loro consentiti, come si verificò in Ghana<sup>9</sup> e, come vedremo, in Bénin.

Dunque attorno alla metà degli anni '70 si registrò un generalizzato mutamento nella considerazione delle pratiche terapeutiche tribali, sicuramente accelerato dal riconoscimento ufficiale della medicina tradizionale africana da parte dell'OMS che nel 1976 la definì come:

L'insieme di tutte le conoscenze, l'utilizzo di sostanze, di misure e di pratiche spiegabili e non, basate sulle fondamenta socio-culturali e religiose di una specifica comunità, che si appoggiano esclusivamente sulle esperienze vissute e le osservazioni trasmesse di generazione in generazione, oralmente e per iscritto, ed utilizzate per diagnosticare, prevenire o eliminare un disequilibrio del benessere fisico, mentale e sociale<sup>10</sup>.

Successivamente, nel 1978, ad Alma Ata in Kazakistan fu adottata dall'OMS una dichiarazione in cui veniva raccomandato ai paesi membri di promuovere e favorire l'uso della medicina tradizionale, soprattutto in quelle zone in cui era riconosciuta come *Primary health care* (PHC), attraverso l'attuazione di programmi sanitari che prevedessero un'interazione

---

7 V. N. KIMANI, *The unsystematic alternative: towards plural health care among the central Kikuyu of central Kenya*, in *Social Science and Medicine*, vol. 15 B, 1981, 333-340; D. NYAMWAYA, *A case study of interaction between indigenous and western medicine among the Potok of Kenya*, in *Social Science and Medicine*, vol. 25, n. 12, 1987, 1277-1287.

8 N. KINKHELA-G. BIBEAU-E. CORIN, *Step toward a new system of public health in Zaire*, in Z. A. Ademuwagun-J. A. A. Ayoade-I. E. Harrison- D. M. Warren (a cura di), *African therapeutic systems*, Londra, 1979, 217-224.

9 P. SCHIRRIPIA, *Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana*, in *I fogli di Oriss*, n. 1, 1993, 63-84; Id., *Esperienze di biomedicina e terapie tradizionali nei paesi in via di sviluppo. Il caso del Ghana*, in *Quaderni dell'Istituto di Igiene dell'Università di Milano*, n. 46, 1994, 82-88.

10 WHO, *Traditional medicines definitions*, 1976: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> (ultima visualizzazione ottobre 2016).

con la biomedicina<sup>11</sup>. L'idea portante di questa proposta era che la medicina tradizionale, con la sua capillare diffusione sul territorio, potesse in qualche modo venire incontro alle carenze del sistema sanitario ufficiale, su tutte la quasi impossibile accessibilità dovuta sia ai costi, troppo esosi anche per un impiegato africano, e alla collocazione degli ospedali, concentrati nelle sole aree urbane, nonostante la maggior parte della popolazione africana risiedesse, e tutt'ora risieda, nelle zone rurali<sup>12</sup>. Tale recupero delle tradizioni fu favorito, poi, anche dagli stessi politici africani i quali si persuasero che avvalorare le risorse endogene con intenti ideologici di tipo nazionalistico potesse rappresentare una risorsa spendibile sul piano del consenso politico, il che del resto si incrociò perfettamente con i calcoli delle case farmaceutiche.

Tuttavia, al fine di meglio intendere come si è cercato di realizzare l'integrazione tra medicina tradizionale e moderna nel continente africano, è d'uopo circoscrivere lo spettro d'indagine ad un paese particolarmente esemplificativo del fenomeno e delle sue implicazioni.

---

11 WHO, *Alma Ata 1978. Primary health care: report of the International conference on Primary health care. Alma Ata USSR, 6-12 September 1978*, WHO, Geneva, 1978. La Dichiarazione di Alma Ata, adottata dalla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria (1978) indica le buone pratiche di creazione di progetti sanitari sostenibili capaci di coinvolgere le popolazioni. L'obiettivo di tale Dichiarazione era proprio quello di integrare le figure tradizionali all'interno di un sistema sanitario di base, cercando in tal modo il raggiungimento di una presa in carico della salute intesa in senso globale. Difatti al primo punto viene definito il concetto di "salute" considerato non solo come assenza di malattia, ma come un completo benessere fisico, mentale e sociale. In seguito la Dichiarazione definisce il concetto di "assistenza di base" affiancando alle figure degli operatori sanitari professionisti quelle tradizionali, le quali si chiarisce debbano essere adeguatamente preparate, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare in équipe ed a rispondere ai bisogni di salute espressi dalla comunità. A questa di Alma Ata fecero seguito altre conferenze dell'OMS che si occuparono del medesimo problema, come quella del 1985 a Lusaka, del 1987 a Bamako, del 1990 a New York e, più recentemente, nel 2001 a Harare.

12 A ciò si aggiunga che la difficoltà di istituire strutture ospedaliere moderne in Africa certo deriva dalla estrema povertà del paese, ma va sottolineato che la carenza di strutture nelle zone rurali va ascritta allo stesso personale sanitario, poco incline a lavorare nelle aree rurali, a causa della scarsità di mezzi con cui è costretto a lavorare, della difficoltà quotidiana di raggiungere il posto di lavoro e della scarsa prospettiva di carriera e guadagno che le strutture rurali offrono. Su ciò cfr. C. P. MACCORMACK, *Health care and the concept of legitimacy*, in *Social Science and Medicine*, vol. 15 B, 1981, 423-428.

3. Alla richiesta dell'OMS di valorizzare la medicina tradizionale rispose positivamente sin da subito il Bénin, paese dell'Africa occidentale subsahariana che, dopo l'indipendenza del 1960, ha conosciuto un lungo ventennio di governo marxista-leninista guidato dal generale Kérékou<sup>13</sup>. Sottolineare questo indirizzo politico, del resto diffusosi in molti paesi africani dopo l'indipendenza, non è del tutto estraneo agli scopi presenti giacché è avviso di molti interpreti che la valorizzazione della cultura tradizionale, anche medicale, fosse uno dei punti salienti dei programmi politici dei governi socialisti e comunisti, da essi perpetrata per motivi ideologici<sup>14</sup>.

Dunque in Bénin fu intrapresa con prontezza l'opera di integrazione tra la medicina tradizionale e quella moderna condotta anzitutto favorendo l'inserimento di operatori sanitari occidentali nei villaggi rurali del paese. Costoro, tuttavia, nonostante avessero ricevuto il compito di disporsi alla conoscenza delle pratiche tradizionali con lo scopo di comprenderne la *ratio* e cercare una via di interscambio con la cultura di cui essi dovevano farsi divulgatori, si limitarono nei fatti a trasmettere – rinunciando alla bidirezionalità dell'ufficio al quale erano stati chiamati – i rudimenti dell'assistenza sanitaria di base ai guaritori ed alle donne addette al ruolo di ostetriche<sup>15</sup>.

---

13 Kerekou governò quella da lui stesso definita Repubblica Popolare del Bénin secondo un modello politico di tipo marxista-leninista dal 1972 fino alla fine degli anni ottanta, quando decise di ristabilire la democrazia, il che gli consentì di rimanere al potere sino a quando nel 1991 fu sconfitto alle elezioni presidenziali. Tuttavia Kerekou tornò al potere nel 1996 e vi rimase sino al 2006.

14 Rispetto al nesso tra l'indirizzo politico del paese e la scelta di promuovere una valorizzazione della medicina tradizionale Dozon spiega: «In effetti, un buon numero degli Stati che hanno inserito tale rivalutazione tra i nuovi orientamenti delle loro politiche sanitarie, ha regime socialista o anche uno stile di governo che pretende di vivificare i valori tradizionali africani per porli al servizio dello sviluppo e della costruzione nazionale. Riprendendo i temi dello sviluppo auto-centrato caro ai critici dell'imperialismo e del neocolonialismo, o parole d'ordine improntate al linguaggio maoista – come in Bénin: “contiamo innanzitutto sulle nostre forze” – questi Stati trovano nelle raccomandazioni dell'OMS, in particolare nell'insistenza sulla partecipazione delle popolazioni e la valorizzazione della medicina tradizionale, elementi che concordano opportunamente con il loro orientamento politico e ideologico». J-P. DOZON, *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire*, in *Politique Africaine*, n. 28, 1987, 9-20; tr. it. *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, a cura di P. Schirripa, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicine e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di P. Schirripa e P. Vupliani, Perugia, 2000, 41-54, ivi, 43.

15 Dozon riporta l'esempio della provincia del Borgou, situata al nord del Bénin: «La scelta e l'insediamento di agenti sanitari di villaggio occupa già abbastanza gli ope-

Peraltro l'integrazione non si limitò soltanto all'azione dei medici nelle comunità tribali, ma prevede anche un'inclusione dei terapeuti tradizionali, in forma perlopiù volontaria, nelle strutture sanitarie ufficiali ove non solo essi avrebbero potuto continuare ad apprendere nozioni di prevenzione ed igiene da diffondere nei villaggi, ma avrebbero anche esercitato la loro arte offrendo prestazioni di cura. Difatti in alcuni ospedali locali, come nell'Ospedale centrale della provincia del Borgou, nel 1984 furono inseriti guaritori volontari, selezionati dai medici beninesi, per mettere le loro competenze a disposizione dei pazienti ai quali avrebbero potuto essere somministrate cure tradizionali sotto il controllo dei medici dell'ospedale. Tuttavia l'esperienza si rivelò complessivamente fallimentare, giacché solo due anni dopo era rimasto soltanto un guaritore ad offrire le sue consultazioni gratuite nell'ospedale, con la speranza di essere incluso in via ufficiale nel gruppo medico<sup>16</sup>.

Il caso beninese rende immediatamente manifesto uno dei problemi di fondo – forse il più dirimente – dei progetti di integrazione tra medicina tradizionale e moderna, ovvero quello relativo al ruolo assegnato ai guaritori, perlopiù approssimabile a quello di un aiuto infermiere o del personale paramedico, a tutt'oggi carente in Bénin, piuttosto che a quello di un terapeuta cui viene riconosciuto il possesso di un sapere efficace ed autonomo<sup>17</sup>. Il personale medico convenzionale mostra, infatti, una certa diffidenza nei confronti dei terapeuti tradizionali, ascrivibile alla difficoltà di accettare pratiche mediche non ortodosse; presupposto questo che, come visto, ha anche una certa legittimazione storica, tendendo a voler conservare, almeno a livello di riconoscimento ufficiale, l'esclusiva nel campo terapeutico. Dal che segue che la medicina tradizionale viene così a colma-

---

ratori che dunque non si peritano di disturbare i traditerapeuti, i quali a loro volta evidentemente non si precipitano ad apportare il loro contributo a queste strategie di prima linea. Solo in alcuni luoghi delle mammane sembrano integrate alle unità sanitarie di villaggio. (...) L'inserimento delle mammane costituisce per il momento uno dei rari esempi di possibile associazione della medicina tradizionale con la medicina moderna. Ma si converrà facilmente sul fatto che si tratta più di controllare uno stato di fatto (non si vede come, a meno di moltiplicare i reparti di maternità in ambiente rurale, chi altri se non le mammane possano far partorire) per migliorare le condizioni d'igiene delle pratiche del parto (e diminuire così la mortalità natale), che di valorizzare la medicina tradizionale in quanto tale». Ivi, 47.

16 Ivi, 47-48.

17 Cfr. su ciò E. C. GREEN, *Can collaborative programs between biomedical and African indigenous health practitioners succeed?*, in *Social Science and Medicine*, vol. 27, n. 11, 1988, 1125-1130; D. LANDY, *Role adaption: traditional curers under the impact of Western medicine*, in *American Ethnologist*, vol. 1, n. 1, 1974, 103-127.



re il vuoto della medicina moderna, riducendosi ad una assistenza sanitaria di base con scopo prevalentemente divulgativo dei principi di igiene e dell'importanza dei vaccini, il che ha certo i suoi vantaggi, ma non rende conto di tutto ciò che essa di per sé rappresenta.

Rispetto a tale atteggiamento i guaritori tradizionali in alcune circostanze sono restii ad accettare il ruolo subalterno che gli si vuole imporre e mostrano un disinteresse o un rifiuto nei riguardi di possibili collaborazioni con la medicina moderna, in altri casi manifestano una chiara volontà di cooperare. Del resto il riconoscimento istituzionale e l'inserimento nella struttura medica ufficiale possono comportare non solo un aumento del prestigio sociale, e a volte vantaggi di tipo economico, ma rispondono anche al desiderio dei guaritori di migliorare le proprie competenze, attraverso l'acquisizione di saperi nuovi.

Non si può, infatti, disconoscere che attorno alla salute si intessono strategie complesse che coinvolgono scelte individuali, politiche e culturali: il processo di professionalizzazione della medicina indigena comporta una rinegoziazione dei ruoli sociali ed una ridefinizione delle gerarchie alle quali i quadri dirigenti della sanità ufficiale non sempre sono pronti<sup>18</sup>. Ad esempio i medici di formazione occidentale spesso giudicano la loro pratica incomparabile con quella dei guaritori e, se si dicono disposti a lavorare con gli *herbalisti*, ovvero con i terapeuti tradizionali che operano attraverso manipolazioni del corpo o medicinali ricavati da sostanze vegetali<sup>19</sup>, hanno più difficoltà ad accettare una collaborazione con i terapeuti che agiscono in stato di possessione o in virtù del contatto con forze spirituali. Peraltro l'interazione tra medicina di stampo occidentale e tradizione erboristica è favorita dalla circostanza che i metodi fitoterapeutici sono sottoponibili ad un controllo di tipo scientifico, tanto relativo al genere di sostanze impiegate quanto alla somministrazione delle stesse.

4. Il Bénin si fa ancora una volta testimone esemplare di tale collaborazione tra medicina moderna e tradizioni fitoterapeutiche. A tutt'oggi, infatti, più dell'80% della popolazione beninese (OMS, 2002) ricorre alla medicina tradizionale naturale per i bisogni di cura, giacché «in un contesto in cui l'HIV, la malaria, la tubercolosi e molte altre malattie costituiscono

---

18 M. LAST- G. L. CHAVUNDUKA (a cura di), *The professionalization of African medicine*, Manchester and Dover, New Hampshire, 1986.

19 R. H. BANNERMAN, *Il ruolo della medicina tradizionale nell'assistenza sanitaria di base*, in OMS, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema medico sanitario*, Como, 1984, 344-358 (ed. originale WHO, *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, WHO, Geneva, 1984).

le preoccupazioni maggiori della sanità pubblica e dello sviluppo, le conoscenze e le pratiche mediche tradizionali possono essere delle soluzioni ai problemi molto complessi legati alla presa in carico della malattia»<sup>20</sup>.

In tale ottica, anche se la medicina tradizionale non è ancora a pieno titolo integrata nel sistema sanitario nazionale, il Ministero della salute beninese ha messo in atto un *Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles* che, oltre ad offrire un quadro normativo, propone un codice di etica e di condotta per la pratica della medicina tradizionale naturale e rende ad oggi possibile «la produzione in quantità commerciale dei medicinali tradizionali standardizzati, nella prospettiva di integrazione della medicina tradizionale nel sistema sanitario nazionale»<sup>21</sup>.

Purtuttavia, come si legge dal Codice etico dei professionisti (*praticien*) della medicina tradizionale, redatto dal Ministero della Salute del Bénin, i guaritori devono tenersi distanti dalle pratiche della medicina convenzionale, non possono utilizzare strumenti tecnici moderni e non possono presentarsi come Dottori o Professori<sup>22</sup>. Dunque, espropriati dal carattere spirituale del loro ruolo tradizionale e impossibilitati ad approssimarsi ad un ruolo moderno, restano in un limbo poco chiaro: tenuti a rivelare la composizione dei loro medicinali, ma non autorizzati ad apprendere e ad usarne di nuovi. In effetti, a ben vedere, l'idea di razionalizzazione della medicina tradizionale passante attraverso lo studio delle piante medicinali

20 Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, République du Bénin, *Programme national de la Pharmacopée et de la médecine traditionnelles (PNPMT), Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en médecine Traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Janvier 2011, 8 (trad. mia).

21 Sono le parole di Issifou Takpara, Ministro della salute del Bénin nel 2009, che apre così il *Protocole de prise en charge du paludisme basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin* (Cotonou, Septembre 2009) che rientra nel PNPMT (trad. mia).

22 *Code d'éthique des praticiens de la médecine traditionnelle*: art. 31 «Astenersi dall'utilizzare il titolo di 'Dottore', di 'Professore' o ogni altro titolo della medicina convenzionale, direttamente o indirettamente, per far credere che essi sono dei professionisti della medicina convenzionale o ortodossa, salvo se questo è il caso»; art. 32 «Non utilizzare, portare o possedere uno stetoscopio o ogni altro strumento normalmente utilizzato unicamente dai professionisti della medicina convenzionale qualificati o dai dentisti, salvo se il professionista della medicina tradizionale ha beneficiato di una formazione certificata». Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, République du Bénin, PNPMT, *Cadre réglementaire des praticiens, des pratiques de la médecine traditionnelle et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Octobre 2013, 24 (trad. mia).

di cui si avvalgono i guaritori, per quanto possa apparire un'autentica forma di apertura alla mentalità culturale e un'opportuna forma di integrazione, nei fatti poggia su un atteggiamento pregiudiziale: le pratiche tradizionali vengono, infatti, valutate e giudicate a partire da criteri scientifici occidentali, il che, oltre a ribadire il primato della scientificità occidentale, cela una perdurante volontà di controllo delle attività dei terapeuti tradizionali.

Tra l'altro è evidente che la netta ripartizione tra medicina tradizionale di carattere più erbalistico e quella più marcatamente afferente ad una sfera spirituale/sovrannaturale è perlopiù artificiosa ed è un ulteriore tentativo forzoso di intendere la medicina tradizionale secondo criteri familiari alla mentalità moderna. I guaritori, infatti, si muovono tra i due ambiti, ricorrendo, a seconda dei casi, a pratiche erbalistiche o spirituali, ma anche le prime condividono lo stesso insieme simbolico di quelle spirituali ed è dunque difficile isolarne gli aspetti ridicibili ad un'analisi scientifica senza mutilarne l'orizzonte di senso in cui esse si muovono.

La medicina tradizionale, come è noto, risponde ai sistemi culturali dai quali nasce e non limita la malattia al solo evento biologico (*disease*), ma la intende attraverso un approccio globale, olistico e, per questo, riesce a dare una risposta complessiva ad un disagio che è ad un tempo biologico, esistenziale, sociale e culturale<sup>23</sup>. «La cura è spesso data dalla ricostituzione dell'equilibrio tra dimensioni appartenenti a questi diversi livelli delle realtà, e il preparato erbalistico può acquistare valore e efficacia soltanto all'interno di un'interazione medico-paziente basata su presupposti di ordine simbolico, come possono essere ad esempio le pratiche di carattere magico-religioso»<sup>24</sup>.

Pertanto sino a questo momento, più che di integrazione reale tra i due modelli di medicina tradizionale e moderna, si è assistito ad un tentativo

23 Per meglio chiarire questo aspetto ci viene incontro la ricchezza delle espressioni della lingua inglese che consente di esprimere il concetto di malattia con i sinonimi di *disease*, *illness* e *sickness*. A questa diversificazione l'antropologia medica ha assegnato differenti significati: *disease* rappresenta l'alterazione organica riconosciuta dai paradigmi scientifici della biomedicina, mentre *illness* è l'esperienza individuale dell'essere malati, ovvero la percezione personale di uno squilibrio del proprio benessere ed infine la *sickness* comprende ogni modalità di categorizzazione sociale della *disease* e dell'*illness*. Su ciò cfr. L. EISENBERG, *Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness*, in *Culture, Medicine and Psychiatry*, n. 1, 1977, 9-23, ivi, 11; A. YOUNG, *The anthropologies of illness and sickness*, in *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, 1982, 257-285, ivi, 265.

24 P. SCHIRIPA - P. VUPLIANI, *Forme e pratiche del confronto tra sistemi medici*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., 7-39, ivi, 18.

delle istituzioni medico-sanitarie ufficiali di piegare i modelli ideologici e le pratiche terapeutiche tradizionali ai paradigmi scientifici, negando le configurazioni magico-religiose dei sistemi simbolici ai quali quelle pratiche sono strettamente legate. E ciò, come è evidente, mette in atto una vera e propria *riduzione* più che una valorizzazione dei saperi tradizionali.

Questo atteggiamento è certo figlio dell'imperialismo che, operando un controllo indiretto sulle élites politiche, è spina dorsale delle forme di neo-colonialismo che appartengono alla nostra epoca. Nei fatti il processo di modernizzazione, avanzando inesorabile, si è espanso marginalizzando il sistema tradizionale il quale, per esistere, deve negarsi nella sua essenza complessiva e mostrare solo quel *quantum* che si dispone alla "normalizzazione" razionalizzante, il che non potrà che aprire alla progressiva scomparsa della tradizione.

Si destano, in tal modo, questioni diverse ed estremamente delicate: per un verso è evidente che la medicina moderna, essendo quella di cui è maggiormente comprovata l'efficacia, debba diffondersi senza limiti al fine di garantire a tutti il diritto alle cure mediche adeguate ed il diritto alla salute. Tuttavia, affinché questi diritti siano garantiti, bisognerebbe mettere ciascun individuo nelle condizioni di fruirne il che vuol dire, dunque, rivedere i problemi dell'accesso alle cure e della gratuità del sistema sanitario, in Africa ancora drammaticamente insoluti. Peraltro il fatto che non sia questionabile l'importanza della diffusione globale della biomedicina non implica che tale modernizzazione debba soffocare o snaturare la medicina tradizionale, non solo perché in ciò si esercita un atto di violenza nei confronti delle identità culturali che in essa si sostanziano, ma anche perché ciò vorrebbe dire disconoscere il valore non solo culturale, ma anche curativo delle pratiche tradizionali.

Difatti la medicina tradizionale si avvale di conoscenze preziose e tecniche terapeutiche sconosciute alla medicina occidentale altrettanto efficaci di quelle che obbediscono a un modello di oggettivazione scientifica, anche perché in Africa ci sono malattie ancora sconosciute al resto del mondo che sono sempre state gestite dalla medicina tradizionale. Inoltre, quand'anche si volesse riconoscere che la medicina tradizionale ha una minore «superiorità strutturale» di quella moderna nel controllo delle malattie, non si può negare che essa ha una maggiore «forza funzionale»<sup>25</sup>, essendo molto più prossima alla popolazione,

25 Le categorie di «superiorità strutturale», propria della medicina moderna, e «forza funzionale», ascritte alle pratiche terapeutiche tradizionali per il loro essere maggiormente diffuse tra la popolazione, sono del pensatore R. P. L. Lee il quale ha condotto un importante studio sul pluralismo medico in Cina cfr. R. P. L. LEE, *Comparative studies of health care systems*, in *Social Science & Medicine*, vol. 16, n. 6, 1982, 629-642.

e non solo a quella rurale<sup>26</sup>. Del resto, anche se ad oggi il primo riferimento medico dei popoli africani non è forse più quello tradizionale, dal momento che anche gli abitanti dei villaggi sono ben consapevoli che le necessità sanitarie devono essere affrontate con urgenza e preferibilmente rivolgendosi alla medicina convenzionale, è noto che, se le loro aspettative non sono soddisfatte dal personale sanitario moderno, essi si rivolgono, in seconda battuta o contestualmente, anche ai guaritori tradizionali, spesso in segreto<sup>27</sup>.

La medicina tradizionale resta, dunque, un riferimento imprescindibile, come ugualmente irrinunciabile è la medicina moderna, ma, appartenendo a registri speculari, sembra impossibile parlare di integrazione senza snaturare il primo sistema di cura o presentare il secondo come impositivo. Il problema reale è che non solo è complesso parlare di integrazione, ma probabilmente bisognerebbe anche domandarsi *se effettivamente sia auspicabile un'integrazione* atteso che essa inevitabilmente conduca alla perdita dell'identità della tradizione.

5. Tutte le Carte nazionali e internazionali ribadiscono, infatti, l'imprescindibilità del rispetto delle tradizioni, ad esempio nella *Costituzione* della Repubblica del Bénin, entrata in vigore nel 1990, all'art. 11 si legge: «Tutte le comunità che compongono la Nazione beninese godono della libertà di utilizzare le proprie lingue orali e scritte e di sviluppare la propria cultura, rispettando quella degli altri». Il rispetto delle tradizioni non solo attiene alla sfera della libertà – intesa come libertà di coscienza e culto – ma è diritto fondamentale ed inalienabile di ciascun individuo o gruppo che è dovere degli Stati di garantire. Come recita all'art. 17 comma 3 la *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* redatta dall'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) nel 1981 e ratificata dal Bénin il 20 gennaio 1986: «La promozione e la protezione della morale e dei valori tradizionali riconosciuti dalla Comunità costituiscono un dovere dello Stato nel quadro della salvaguardia dei diritti dell'uomo»<sup>28</sup>.

26 «Le medicine tradizionali non attirano solo pazienti provenienti da contesti rurali ritenuti arcaici o poco toccati da processi di trasformazione, ma vivono largamente dei problemi e delle attese degli strati sociali diversificati dell'ambiente urbano, che sono anch'essi alla ricerca del trattamento, della protezione o della riuscita e, globalmente, di un senso che renda il reale praticabile e pensabile» J. P. DOZON, *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, cit., 51.

27 Cfr. su ciò G. FOSTER, *Anthropological research perspectives on health problems in developing countries*, in *Social Science and Medicine*, vol. 18, n. 10, 1984, 847-854, ivi, 848.

28 Le citazioni della *Costituzione della Repubblica del Bénin*, della *Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli* e della *Dichiarazione Universale dei diritti*

Pertanto, come si legge nella *Carta delle Nazioni Unite* del 1945 all'art. 73,

i Membri delle Nazioni Unite, i quali abbiano od assumano la responsabilità dell'amministrazione di territori la cui popolazione non abbia ancora raggiunto una piena autonomia, riconoscono il principio che gli interessi degli abitanti di tali territori sono preminenti, ed accettano come sacra missione l'obbligo di promuovere al massimo, nell'ambito del sistema di pace e di sicurezza internazionale istituito dal presente Statuto, il benessere degli abitanti di tali territori, e, a tal fine, l'obbligo: a) di assicurare, con il dovuto rispetto per la cultura delle popolazioni interessate, il loro progresso politico, economico, sociale ed educativo, il loro giusto trattamento e la loro protezione contro gli abusi (...); d) di promuovere misure costruttive di sviluppo, di incoraggiare ricerche, e di collaborare tra loro, e, quando ne sia il caso, con gli istituti internazionali specializzati, per il pratico raggiungimento dei fini sociali, economici e scientifici enunciati in questo articolo<sup>29</sup>.

È dunque manifesta l'impossibilità che le tradizioni vengano inghiottite nel processo – pur necessario – di diffusione della medicina moderna; tuttavia, atteso che integrazione non sempre vuol dire restituzione di dignità e valorizzazione delle tradizioni indigene, ma, come si è visto, paradossalmente può contribuire al loro snaturamento e alla loro scomparsa, bisognerà ridiscutere il concetto stesso di *integrazione* giacché, avvolto com'è da stereotipi e pregiudizi, risulta operativamente impraticabile.

Del resto anche in Bénin, laddove tanto sembra essere stato fatto per l'integrazione della medicina tradizionale, persistono dubbi sull'effettiva possibilità (o volontà) di perseguire tale progetto, giacché non solo, come si è visto, questo si limita alla considerazione della farmacopea tradizionale naturale, disconoscendo il senso complessivo della medicina indigena, ma viene ad essere una ricerca scientifica sui prodotti fitoterapeutici che resta entro le mura dei centri di ricerca, non interessando effettivamente il sistema sanitario né la popolazione e continuando ad essere, tra l'altro, dipendente dai paesi finanziatori. Ciò viene riconosciuto dallo stesso Ministero della salute che elenca a margine come debolezze e mancanze della perseguita integrazione: «debole vulgarizzazione delle ricerche; integrazione non ancora effettiva della medicina tradizionale nel sistema sanitario beninese; non disponibilità di terreni per adibire i

---

dell'Uomo sono da me tradotte sulla base di una versione francese delle tre Carte pubblicate congiuntamente per le Edizioni Rogav, Porto-Nuovo, 2015.

29 ONU, *Carta delle Nazioni Unite*, 1945: [http://files.studiperlapace.it/spp\\_zfiles/docs/onucarta.pdf](http://files.studiperlapace.it/spp_zfiles/docs/onucarta.pdf)

giardini di piante medicinali nei comuni del Bénin; una forte dipendenza del PNPMT dai partner stranieri; etc.»<sup>30</sup>.

Probabilmente più che di integrazione bisognerebbe accontentarsi di una *cooperazione* tra due universi semantici che si fanno diversi, ma sono complementari, la quale deve iniziare con il prevedere un autentico *riconoscimento* della medicina tradizionale nel suo complesso, non pretendendo di separare in maniera chirurgica pochi aspetti tecnici, rinnegando i fondamenti teorici dell'intero sistema culturale<sup>31</sup>. Il riconoscimento, infatti, è principio etico indisconoscibile che intimamente si rela ad un altro principio, quello del rispetto dell'altro giacché «se l'esistere implica inevitabilmente il coesistere, la coesistenzialità implica l'eticità come riconoscimento del coesistente, a sua volta origine del principio del rispetto (...). Prendere in considerazione è un *respicere* in cui il riconoscere è già un rispettare. L'immoralità fondamentale della mancanza di rispetto è disconoscimento. Il disconoscimento totale è già in sé omicidio potenziale»<sup>32</sup>.

Negare il riconoscimento delle tradizioni culturali, della loro *dignità*, è, infatti, messa a morte dell'altro, della sua identità, non più possibile dopo le tragedie degradanti il senso stesso dell'umano cui la storia ha assistito e la memoria farebbe bene a trattenere più saldamente.

La riflessione bioetica si rende allora necessaria nella misura in cui appella non solo la morale, la medicina ma anche il diritto a garantire il riconoscimento e rispetto delle tradizioni che è diritto umano fondamentale fino a questo momento assicurato solo in parte.

In proposito la Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani, promossa dall'UNESCO nel 2005, all'art. 12 riconosce che «deve essere dato il giusto risalto all'importanza della diversità culturale e del pluralismo. Tuttavia tali considerazioni non devono essere invocate per violare il rispetto della dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali né i principi stabiliti in questa Dichiarazione, né per limitarne la portata»<sup>33</sup>. Evidentemente, infatti, nel caso di tradizioni che configgono con il rispetto della persona, della sua dignità e dei suoi diritti l'argomentazione verreb-

30 *Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., 73-74.

31 Cfr. su ciò J. HABERMAS-C. TAYLOR, *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, tr. it. a cura di L. Ceppa e G. Rigamonti, Milano, 1998.

32 P. PIOVANI, *Principi di una filosofia della morale*, Napoli, 1972, 161.

33 UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani*, 2005: [http://portal.unesco.org/shs/en/files/9511/11453762541EMBO\\_April2006\\_UDBHR.pdf](http://portal.unesco.org/shs/en/files/9511/11453762541EMBO_April2006_UDBHR.pdf)/EMBO\_April2006\_UDBHR.pdf (ultima visualizzazione ottobre 2016).

be ad assumere dei tratti differenti, ma, per essere in grado di discernere all'interno di ciascuna cultura le prassi inaccettabili, il riconoscimento autentico delle tradizioni torna ad essere il primo passo da compiere.

E, in questo caso, il riconoscimento dovrà essere anzitutto legislativo giacché, come detto, la medicina tradizionale è praticata, tollerata ed anche parzialmente regolamentata da documenti ministeriali, ma non è legiferata.

Dunque parrebbe potersi dire che un'autentica cooperazione tra sistemi di cura complementari sia possibile solo se il sistema sanitario si mostri capace di riconoscere nel loro complesso le anime plurime, ma non discordi, che lo abitano. Ciò vorrà dire non più imporre, ma *disporre* le condizioni affinché si realizzi una riforma che investa l'intera struttura sanitaria, che sembrerebbe debba orientarsi verso un *decentramento* del proprio punto di vista ed anche delle strategie di cura da perseguire.

Anzitutto bisognerà che la medicina ufficiale si mostri pronta a mettere in discussione se stessa e a rivedere il proprio approccio alla malattia aprendosi a quel movimento endogeno di evoluzione che ad oggi investe la medicina moderna in molti paesi occidentali, alla ricerca di un sistema medico meno paternalistico e più prossimo alle esigenze della persona, nell'ottica del perpetrato nuovo umanesimo, tanto caro al dibattito bioetico contemporaneo.

In tal modo la medicina moderna potrà avvicinarsi alla cultura e alla popolazione, ma per altro verso bisognerà continuare ad avvicinare la medicina tradizionale al rigore della scienza, prendendo in considerazione non solo gli aspetti quantitativi, ma anche quelli qualitativi del sistema concettuale e filosofico alla base di questo approccio terapeutico.

Tale apparato medico unificato dovrebbe contemplare un accorpamento dei percorsi formativi del personale sanitario, come anche delle pratiche terapeutiche oltre che una redistribuzione equa delle risorse. In tale ottica i nuovi professionisti, preparati in senso nuovo, potranno decidere se dedicarsi ad uno o all'altro dei settori medici disponibili dopo una formazione comune e proporre alternativamente le terapie più opportune nell'ottica di una visione rinnovata della cura e della salute.

Dal punto di vista pratico il decentramento implicherà, inoltre, che le due offerte di cura dovranno essere più presenti entrambe, sia nelle aree urbane che in quelle rurali: ciò vuol dire non solo anelare ad una maggiore copertura del sistema sanitario nazionale – che ad oggi è ancora di difficile pensabilità per quanto sempre più urgente –, ma anche preservare la presenza dei terapeuti sul territorio. «Il guaritore non deve mai essere rimosso dal luogo di lavoro abituale; sono piuttosto le sue



condizioni di lavoro, nel luogo in cui opera, che dovrebbero essere migliorate, mentre la sua attività dovrebbe essere posta in sintonia con il piano sanitario nazionale»<sup>34</sup>.

In questo modo potrà rendersi manifesta la reale complementarità tra le due opzioni terapeutiche, il che in un certo senso accresce l'autodeterminazione dei singoli rispetto alle scelte di cura dal momento che i pazienti potranno decidere di rivolgersi ora all'uno ora all'altro riferimento sanitario, assicurati dallo Stato sulla validità – prima ancora che sull'accessibilità<sup>35</sup>, che è problema diverso da quello preso in esame – di entrambi.

La via del decentramento non sembra del tutto peregrina dal momento che è proposta anche in un documento del Ministero della Salute del Bénin in cui si legge che «gli interventi dovranno permettere di rinforzare il patrimonio medico-tradizionale, attraverso la decentralizzazione delle attività e il rafforzamento della partecipazione comunitaria»<sup>36</sup>. È, infatti, impensabile escludere la popolazione dal processo di rinnovamento sanitario atteso, dal momento che la questione della salute presso le comunità africane si incrocia in maniera sostanziale con la vita quotidiana degli uomini. Ed è errato pensare che la cultura tradizionale resti ancorata alla ripetizione di un passato immutabile, giacché quel che più colpisce è la sua intima elasticità, intesa come capacità di adattarsi ai cambiamenti della società non snaturando la propria identità ben definita.

Pertanto, a prescindere dalla proposta della cooperazione decentrata tra medicina tradizionale e moderna, quel che parrebbe davvero non più rimandabile nella nostra società che si professa pluralista è una più convinta definizione di strategie etiche e politiche che si facciano autenticamente capaci di garantire il rispetto delle tradizioni terapeutiche e, ad un tempo, dei diritti di cura entro cui pure le prime si sostanziano. Tuttavia, come si è visto, la tutela dei costrutti filosofici tradizionali di ciascun popolo esula dal solo discorso sanitario e rimanda ai principi di *identità, libertà e dignità*, afferenti al novero dei diritti umani fondamentali che non possono

34 G. BIBEAU, *Dalla Cina all'Africa. L'impossibile sintesi tra medicina tradizionale e medicina occidentale*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., 67-82, ivi, 79.

35 Su ciò cfr. C. ANYINAM, *Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of african ethnomedicine*, in *Social Science and Medicine*, vol. 25, n. 7, 1987, 803-811.

36 Ministère de la Santé, République du Bénin, Direction Nationale de la Santé Publique, PNPMT et Secretariat Permanent du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA, *Projet d'appui à la lutte contre le Sida/ Banque Africaine de développement, Monographie de cent (100) plantes utilisées en Médecine Traditionnelle pour la prévention et le traitement des affections opportunistes du VIH/Sida au Bénin*, Cotonou, Août 2013, 5 (trad. mia).

essere elusi dalla sopravanzante spinta del moderno, ancor più in quei paesi in cui quest'ultimo non è ancora del tutto garantito.

Pertanto se «sotto il titolo di *terza generazione dei diritti umani* viene talvolta incluso il diritto all'identità culturale con le sue annesse pretese»<sup>37</sup>, quest'ultima, rientrando nel quadro dei diritti umani, si riconosce essere inalienabile e, dunque, non tenuta a mediarsi – a meno che non metta in pericolo i diritti umani stessi – o a venire a compromessi snaturanti con la modernità. Tuttavia riconoscere ciò è solo il primo passo per ripensare la questione del rapporto *tra* diritti umani e, soprattutto, del dovere degli Stati di garantirli nel rispetto della giustizia sociale e della dignità umana che, soprattutto in relazione ai Paesi del cosiddetto Terzo mondo e, in particolare, al problema sanitario, si rende sempre meno postponibile<sup>38</sup>.

Alla luce di quanto detto, a fronte delle numerosissime discussioni ancora aperte sui possibili rapporti tra sistemi filosofici e modernità in campo medico, tornano più che mai attuali le parole di Kant il quale non vedeva la problematicità di un'azione *integrata*, filosofica e specialistica insieme, dell'esercizio del compito terapeutico: «il medico agisce il ruolo del filosofo ogniqualvolta applica degli immediati rimedi all'animo, al fine di rasserenare la mente o sollevarla dalle preoccupazioni o di sopire e talvolta di eccitare gli affetti, preoccupandosi così di curare il corpo del malato e di promuovere l'efficacia curativa di un medicamento; tutto ciò, lungi dall'essere biasimato, dovrebbe invece esser celebrato con grande lode»<sup>39</sup>.

37 M. KAUFMANN, *Diritti umani*, Napoli, 2009, 56. Su ciò si veda anche S. BENHABIB, *La rivendicazione dell'identità culturale. Eguaglianza e diversità nell'era globale*, tr. it. a cura di A. Dicuonzo, Bologna, 2005.

38 Non è possibile in questa sede ricostruire le importanti riflessioni sul rapporto tra tradizioni e diritti della filosofa americana Nussbaum e dell'economista A. Sen, pertanto per il momento si rimanda a M. NUSSBAUM, *Coltivare l'umanità*, Roma, 1999; Id., *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*, Bologna, 2002; Id., *Capacità personale e democrazia sociale*, Reggio Emilia, 2003; Id., *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, intr. di C. Saraceno, Milano, 2002; M. NUSSBAUM- A. SEN. *The Quality of Life*, Oxford, 1993; A. SEN, *Inequality Reexamined*, Oxford, 1992, tr. it., *La disuguaglianza. Un riesame critico*, a cura di A. Balestrino e G. M. Mazzanti, Milano, 2010<sup>3</sup>.

39 I. KANT, *De medicina corporis, quae philosophorum est*, tr. it. *Sulla guarigione del corpo, per quanto è affare dei filosofi*, Id., *De medicina corporis*, a cura di V. Bochicchio, con una nota introduttiva di E. Mazzarella, Napoli, 2007, 20-21.