

# **SALUTE E MIGRAZIONE: DAI PREGIUDIZI BIOMEDICI ALLA COMPLESSITÀ DEI CONTESTI DI ORIGINE.**

**Il caso della salute mentale in Ghana**

***Cecilia Draicchio - Elisa Vasconi***

## **Introduzione<sup>37</sup>**

Definire il flusso migratorio in termini emergenziali è attualmente inadeguato quanto fuorviante. La definizione di emergenza è oltre modo degradante per coloro che, una volta intrapreso il viaggio, si trovano ad essere investiti da pratiche e configurazioni umanitarie, privati delle dimensioni storiche e sociali per essere trasformati in oggetto di attenzioni che non lasciano spazio alla realizzazione e alla propria ricerca di significati. Nonostante i processi connessi a quella che viene definita la grande migrazione dai Paesi più poveri e più disastrati verso il continente europeo siano in parte ancora oggi inediti, a causa delle numerose culture coinvolte, dell'estensione del fenomeno e delle implicazioni economiche, sociali e politiche (Seppilli 2015), emerge sempre più la necessità di intervenire attraverso programmi non legati all'emergenza, bensì capaci di

---

<sup>37</sup>Il presente lavoro è stato pensato e progettato insieme dalle due autrici. Tuttavia, i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire ad Elisa Vasconi, mentre il 3 e il 4 a Cecilia Draicchio.

realizzare istituzioni e professionalità strutturate e stabili nel tempo. Gli stessi dati quantitativi evidenziano come, d'altronde, ci troviamo dinanzi ad un fenomeno ormai consolidato, che pur assumendo diverse modalità e differenti gradi di intensità, rimane tendenzialmente costante nelle sue rappresentazioni e concretizzazioni.

Facendosi carico della sopravvivenza e della vita dei migranti, l'ambito sanitario è indubbiamente uno dei più rilevanti sul quale programmare interventi strutturati e non ispirati all'emergenza. Lo stesso *Protocollo per la Gestione Sanitaria dei Migranti Richiedenti Protezione Internazionale* (SIMM 2015) evidenzia non solo come i fenomeni migratori non possano essere interpretati in termini di avvenimenti occasionali, ma soprattutto che il compito della Sanità Pubblica, in riferimento all'art. 32 della nostra Costituzione, è di tutelare la salute di ogni singolo nel suo interesse e di tutta la collettività, nel rispetto ovviamente delle risorse umane e dei mezzi disponibili. Proprio dinanzi a tali affermazioni ci si domanda: il nostro sistema sanitario è davvero in grado di gestire un fenomeno ormai strutturale come quello della migrazione? Gli operatori sanitari sono in possesso di strumenti conoscitivi e interpretativi necessari per affrontare i disagi delle numerose alterità ospiti nel nostro Paese? O ci troviamo ancora oggi dinanzi a pregiudizi che ostacolano la compresenza di diverse ideologie di salute, malattia e cura e che inducono ad applicare una concezione prettamente biologista alla salute dei migranti?

Il presente lavoro mira a rispondere a tali quesiti problematizzando la presenza degli stranieri nei servizi sanitari italiani ed evidenziando la complessità medico-terapeutica dei contesti di origine dei migranti, necessaria per intervenire sui pazienti in modo efficace. Come osservano alcuni studiosi (tra gli altri Taliani, Vacchiano 2006; Ardigò, Stefanini, Tortoreto 2014; Quaranta, Ricca 2012), le barriere linguistiche, i differenti quadri simbolico-culturali nei quali sono spiegate le esperienze della salute e della malattia dei pazienti stranieri comportano spesso delle difficoltà interpretative per gli operatori sanitari. Per tale motivo, la distanza culturale percepita nei confronti dei migranti ha condotto la medicina ad acquisire nuovi strumenti interpretativi e ad avvalersi di strategie di intervento innovative che permettono di relazionarsi con l'altro e di intraprendere un percorso di cura efficace lontano dai pregiudizi riduzionisti di cui spesso è accusata la medicina occidentale. Quest'ultima si è trovata, pertanto, costretta a rivolgersi ad altre discipline, in particolar modo all'antropologia, per decodificare la dimensione culturale della malattia e garantire in tal modo un sistema sanitario efficiente, basato su una condivisione di linguaggi e una comprensione di diversi orizzonti di senso. È emersa, dunque, la necessità da parte degli operatori sanitari di integrare il sapere medico con una prospettiva "culturalmente competente" che ampliasse gli orizzonti di cura e le percezioni dei processi di salute e malattia. Già nel 2005, James A. Trostle nel suo lavoro *Epidemiology and Culture* osservava come la cultura stesse entrando negli interstizi

della biomedicina<sup>38</sup>, evidenziando tuttavia come la stessa cultura venisse troppo semplificata.

Perché l'autore sottolinea il rischio di una eccessiva semplificazione? Perché se la multidisciplinarietà e l'apertura a un approccio culturalista si sono rivelati funzionali all'introduzione di nuove dimensioni nel campo della cura, hanno di contro anche generato delle istanze fortemente riduzioniste, introducendo nella letteratura biomedica delle macro categorie che riducono inevitabilmente la complessità dei fenomeni di salute e malattia (Ardigò, Stefanini, Tortoreto 2014: 190) e che incrementano quegli a priori o pregiudizi che ostacolano un processo di cura adeguato. I più rischiosi macro-contenitori che fissano la dimensione sanitaria dei migranti, negando la pluridimensionalità dei piani della vita dell'uomo e dei disagi vissuti, sono proprio quelli concernenti le identità etniche o razziali, le cosiddette categorie di *ethnicity-race*. “Il ghanese”, “il senegalese”, “il romeno”, “l'arabo” rappresentano quell'essenzializzazione culturale, quel tentativo del mondo medico di appellarsi alla cultura, che viene tuttavia reificata e semplificata attraverso la costruzione di un'immagine della salute del migrante come altra, esotica, semplicistica e comprensibile solo se connessa all'etnia o alla nazione

---

<sup>38</sup>Con il termine biomedicina si fa riferimento alla medicina occidentale. È una definizione che sottolinea l'elisione della dimensione socio-culturale, 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).

di appartenenza (Taliani, Vacchiano 2006: 88). Un riduzionismo culturalista che non va di certo a scardinare i pregiudizi dell'apparato medico-sanitario che, come dichiara Salvatore Geraci (2006), sono caratterizzati da alcuni apriori intrinseci del cosiddetto "esotismo" che vede lo straniero come oggetto contaminante, "corpo infetto" e "malato immaginario". Si tratta, come osserva l'autore, di «automatismi terapeutici indotti da un modello epistemologico centrato esclusivamente sul "guardare" anziché sull' "ascoltare" e sul "dire" anziché sul "relazionarsi"» (Geraci 2006: 23).

Spesso, difatti, ci si trova dinanzi a storie di migranti che evidenziano il fallimento del sistema sanitario e di un approccio culturalista evidentemente reificante e riduttivo. Una *non compliance* che non solo deriva da una mancata comprensione del linguaggio corporeo e simbolico dell'altro, ma anche da una concezione esclusivamente biologica della malattia condivisa dalla maggior parte degli operatori sanitari. A tal proposito, gli studi antropologici dagli anni '70 riflettono sulla complessità dei processi di salute e malattia evidenziando la necessità di adottare un'interpretazione più completa che tenga conto di tutti i piani della sofferenza umana, al fine di realizzare interventi sanitari efficaci. L'antropologia medica critica<sup>39</sup> ha da tempo intrapreso un percorso di revisione della medicina occidentale e di problematizzazione della malattia, rilevandone le

---

<sup>39</sup> Vedi tra gli altri Kleinman (1978); Young (1982); Taussig (1980); Quaranta (2006).

diverse dimensioni culturali e i differenti significati in base alla prospettiva da cui le si osserva. Gli antropologi medici hanno infatti individuato diversi modelli esplicativi attraverso cui i soggetti interpretano il malessere, piani di cui si deve tener conto per una osservazione olistica dei processi di salute e malattia: pertanto, gli operatori sanitari definiscono generalmente la malattia in termini biologici e di alterazione organica del corpo (*disease*); i pazienti esprimono una percezione individuale e una narrazione personale del disagio (*illness*); infine vi è una dimensione sociale, istituzionale e politica della malattia (*sickness*) che incide sulla stessa incorporazione dei disagi.

È proprio questa complessità interpretativa a rendere l'antropologia medica particolarmente utile per la salute dei migranti, in quanto induce a osservare non solo i significati culturali e sociali legati ai processi di salute e alla malattia, ma anche le pratiche di cura e guarigione, ed in particolare i rapporti di forza e di potere che espongono i migranti ad un maggiore o minore rischio di malessere. D'altronde, parlare di "salute" e "migrazione" vuol dire tenere in considerazione fattori sociali, politici, geografici, economici, oltre che biologici: si tratta di due sfere che non possono essere esaminate attraverso un'unica lente e un approccio mono-disciplinare. I processi politico-economici sottesi ai percorsi migratori, l'incorporazione storica e sociale di habitus discriminatori, che approfondiscono le disuguaglianze sociali e di accesso alle risorse, devono essere tenuti in considerazione nel momento in cui ci si relaziona con individui che

non solo provengono da altri contesti, ma che hanno spesso subito nel viaggio forme di violenza, talvolta non solo simbolica. La complessità analitica e metodologica dell'antropologia, e la sua propensione olistica, permettono non solo di prendere le distanze da un approccio culturalista riduzionista, reificante, stereotipato e dunque ricco di pregiudizi, ma anche di osservare la complessità dei fenomeni attivando un approccio trans-disciplinare per contribuire al dibattito pubblico ed erogare servizi sanitari efficaci orientando la definizione di norme e dispositivi (Ardigò, Stefanini, Tortoreto 2014).

A tal proposito, uno degli apporti più interessanti che le riflessioni antropologiche possono restituire al complesso binomio salute-migrazione, è quello relativo all'analisi dei contesti di origine dei migranti, delle diverse ideologie della salute e della malattia nonché delle loro numerose pratiche e conoscenze terapeutiche. Il presente lavoro si inserisce proprio in questa prospettiva, attraverso l'analisi del sistema medico-sanitario di un determinato territorio dell'Africa subsahariana, che permette di evidenziare la complessità dei contesti altri e di sottolineare quanto e perché le categorie culturali di etnicità e razza, sopra citate, siano estremamente fuorvianti e riduttive. Il caso del Ghana, e in particolare dell'area nzema qui successivamente esaminato, mette in evidenza il pluralismo medico, l'eterogeneità delle pratiche e dei saperi terapeutici, le differenti ideologie di salute e malattia, la diversa percezione di efficacia, le numerose forme di cura e guarigione, l'impossibilità di costruire dei precisi modelli di itinerari terapeutici, elementi che caratterizzano spesso i luoghi di

provenienza dei migranti presenti nel nostro Paese. Dopo la descrizione del sistema sanitario nazionale del Ghana e delle diverse risorse terapeutiche disponibili in area nzema, particolare attenzione sarà dedicata alla salute mentale, uno specifico ambito della sanità pubblica che nel territorio ghanese permette di sottolineare la compresenza delle diverse tradizioni terapeutiche e l'impossibilità di esaminare il mondo medico-sanitario dei paesi subsahariani attraverso analisi semplicistiche ed essenzializzanti.

Nonostante venga affrontato il tema della salute mentale, è rilevante sottolineare come gli strumenti analitici qui utilizzati non siano quelli dell'etnopsichiatria<sup>40</sup> bensì dell'antropologia medica, ovvero di una disciplina che non vanta l'incombenza di intervenire a livello terapeutico sui pazienti ma che attraverso le proprie chiavi

---

<sup>40</sup>Etnopsichiatria è un termine ambiguo e "infelice" (Beneduce 2007: 315) che fa riferimento ad un complesso eterogeneo di approcci epistemologici e teorici, la cui storia è inscindibilmente legata a quella della psichiatria coloniale. L'accezione a cui facciamo riferimento è quella di una disciplina che ha per oggetto «il modo di articolazione delle realtà psichiche e delle realtà culturali» nella loro dimensione dinamica e che da un punto di vista metodologico articola nelle sue ricerche e nelle sue pratiche «tre procedure, tutte egualmente intersoggettive, quella etnografica, quella istituzionale e quella clinica» (Zempléni 1985, in Beneduce 2007: 19). L'etnopsichiatria a cui facciamo riferimento è una disciplina che - come proposto da Roberto Beneduce (*ibidem*) - nel suo combinare la riflessione teorica di matrice antropologica con la pratica clinica, non rinuncia a mettere in discussione i propri presupposti e si rifiuta di considerare la malattia mentale indipendentemente dai contesti - talvolta molteplici - in cui essa è «rappresentata, vissuta, diagnosticata o trattata» (*ibidem*: 13), facendosi forte di un approccio storico-politico irrinunciabile per non ricadere nei suoi vizi originari di coloniale memoria.

interpretative aspira a migliorare gli stessi strumenti sanitari di intervento. Il taglio squisitamente etnografico del saggio mira difatti a valorizzare l'etnografia la quale, attraverso una approfondita conoscenza dell'altro, permette agli operatori sanitari di non stereotipare i contesti di origine dei migranti, strutturando in tal modo interventi medici efficaci e abbandonando l'approccio esclusivamente biologico ed essenzializzante delle culture altre.

### **Il sistema sanitario in Ghana: dal decentramento alla medicina tradizionale in area nzema**

Il Ghana, primo Paese dell'Africa ad ottenere l'indipendenza e padre del panafricanismo, è oggi caratterizzato da un sistema sanitario decentralizzato, strutturato su una decentralizzazione amministrativa<sup>41</sup>. La costituzione dei Distretti Sanitari avvenne nel 1996 con l'approvazione dell'*Act 525, Ghana Health Service and Teaching Hospitals*, che istituzionalizzò la *GhanaHealth Service* (GHS) come agenzia del Ministero della Salute a cui venne affidata la gestione delle strutture politico-sanitarie e terapeutiche del Paese. Per riuscire a monitorare il territorio nazionale la *Ghana Health Service* presenta una ramificazione al fine di garantire anche il controllo delle zone rurali. Il decreto del 1996 sancì infatti la nascita

---

<sup>41</sup> Nel 1988 venne approvata la legge *207 The Local Government Law* che introdusse nel sistema politico nazionale le cosiddette Assemblies di Distretto. Per un'analisi approfondita vedi Oquaye (2004).

di uffici amministrativi a livello regionale e distrettuale e definì gli obiettivi e le funzioni delle istituzioni mediche in tutto il territorio nazionale. I Distretti Sanitari dovrebbero essere presenti all'interno di ogni distretto amministrativo, ma a causa delle gravose difficoltà economiche e dell'assenza di personale il Ministero non è in grado di realizzare le strutture amministrativo-sanitarie all'interno di ogni Assemblea di Distretto recentemente sorta. Alcuni territori vivono infatti un isolamento politico e sanitario tale da rallentare o talvolta negare la realizzazione di alcune direttive nazionali, provocando una mancata decentralizzazione di risorse umane e farmacologiche. Anche i distretti su cui si concentrerà il caso etnografico che verrà esaminato in questo lavoro, sono territori rurali dove è possibile riscontrare una marginalità politica e sanitaria, e in cui il pluralismo medico è talmente evidente da rappresentarne l'elemento preponderante.

L'area Nzema, situata nella zona costiera sud-occidentale del Paese, è il territorio in cui dal 1954 la Missione Etnologica Italiana in Ghana (MEIG) svolge le proprie ricerche. Lo Nzema è politicamente suddiviso in tre distretti amministrativi e in questo lavoro, per motivi strettamente legati alle nostre ricerche, ci concentreremo prevalentemente sul Distretto di Jomoro, controllato ovviamente dagli uffici regionali della Western Region. Il Jomoro vanta una notevole decentralizzazione sanitaria, tuttavia spesso carente di risorse umane e farmaceutiche: nel territorio troviamo l'ospedale governativo ubicato ad Half Assini, capoluogo distrettuale, con condizioni igieniche alquanto precarie e con la presenza di soli due

medici per circa 180.000 abitanti<sup>42</sup>; 4 *Health Centers*, gestiti da infermiere e ostetriche; 1 *Community Clinics* e 27 *Community Health Planning and Service* (CHPS), piccole strutture decentrate dedite all'assistenza medica di base ma spesso prive di risorse farmacologiche e di personale specializzato<sup>43</sup>. Oltre alle strutture sanitarie il distretto vanta anche un numero elevato di *Drugshop*, attività private in cui è possibile acquistare farmaci ortodossi - che non necessitano di prescrizione medica - e rimedi tradizionali ben confezionati (alcuni dei quali privi della certificazione del *Food and Drug Board*<sup>44</sup>). I prodotti erboristici sono infatti regolati non solo dalle certificazioni del decreto del 1992 (vedi nota 8), ma anche dalla legge emanata nel 2000, l'*Act 575 Traditional Medicine Practice*, che istituzionalizzò definitivamente la medicina tradizionale definendo le modalità con cui identificare e registrare i terapeuti, indicando le norme con cui rilasciare le licenze ai guaritori e soprattutto sancendo

---

<sup>42</sup> Per questo motivo e, talvolta, per questioni di distanza e di spese di trasporto molti abitanti del distretto di Jomoro preferiscono recarsi all'ospedale privato di Eikwe, sito nel distretto di Ellengbele, oggi convenzionato grazie alla politica di Public-Private Partnership.

<sup>43</sup> Per una descrizione delle strutture e dei programmi vedi Vasconi (2010, 2011, 2012). Negli ultimi anni il numero delle strutture sanitarie è incrementato grazie al supporto finanziario e operativo dell'*ENI Foundation* che collabora con il distretto sanitario di Jomoro dal 2013.

<sup>44</sup> Nel 1997 il Ministero della Salute ha istituito il *Food and Drug Board* in seguito all'approvazione della legge *Food and Drugs Law 1992 P.N.D.C.L. 305B*. Si tratta di un istituto di ricerca che rilascia le licenze per la vendita di cibi, cosmetici e prodotti farmaceutici dopo aver eseguito i test per verificare le componenti chimiche, erboristiche e le condizioni igieniche, di preservazione e di impaccettamento dei manufatti.

la nascita del *Traditional Medicine Practice Council*, il nuovo ente ministeriale adeguato a gestire i terapeuti tradizionali. Ovviamente non è questa la sede per ricostruire la storia del processo di legittimazione della medicina tradizionale in Ghana, né tanto meno per riflettere sulle incoerenze di tale decreto, per cui si rimanda alla letteratura esistente<sup>45</sup>. Tuttavia, è importante evidenziare come nessun punto della legge sopra citata sia stato realizzato nel Paese, tranne per ciò che concerne una minima regolamentazione dei prodotti fitoterapici. Nei distretti, come quelli dell'area nzema, la medicina tradizionale continua pertanto ad essere una risorsa fortemente utilizzata, parallela al sistema sanitario ma non regolamentata dalle istituzioni sanitarie.

Nel distretto di Jomoro i guaritori tradizionali sono organizzati in associazioni, spesso riconosciute dal Ministero e presenti in tutto il territorio nazionale. Ogni categoria di terapeuti si differenzia per strumenti di cura, pratiche e saperi, ciononostante realizzare una classificazione dei guaritori rischia di non evidenziare la complessità della medicina tradizionale: creare una tassonomia potrebbe infatti celare la ricchezza delle pratiche e delle tradizioni terapeutiche. In area nzema, si può tentare di classificare le diverse categorie di guaritori, ponendo ad ogni modo l'accento sull'arbitrarietà di tale classificazione: gli *ahɔmenle* (sing. *kɔmenle*), guaritori ispirati che procedono alla diagnosi e alla cura della malattia mediante la

---

<sup>45</sup>Vasconi & Owoahene-Acheampong (2010); Vasconi (2012).

possessione da parte delle divinità, dette *awozonle* (sing. *bozonle*); i *ninsinlima* (sing. *ninsinli*), gli erbalisti, che pur non utilizzando la possessione detengono un rapporto con le divinità oltre ad una approfondita conoscenza erboristica; gli *asofo* (sing. *esofo*), i profeti e le profetesse di origine cristiana ed esponenti delle chiese spirituali e pentecostali<sup>46</sup> e infine i *mallam*, guaritori di ispirazione musulmana che usano il Corano come primario strumento terapeutico<sup>47</sup>. Questi diversi guaritori, diffusi ed utilizzati in tutto il territorio anche per la loro capillarità presentano tuttavia un elemento trasversale che li accomuna, caratterizzato dalla condivisa ideologia della malattia. Quest'ultima, infatti, non è mai percepita entro i limiti biologistici, e dunque caratterizzata da un approccio sostanzialmente scientifico, bensì definita in termini maggiormente universalistici e globali. Il paziente è difatti inserito nel più ampio contesto che lo circonda, che spazia da quello individuale, sociale, a quello sovranaturale. Difficilmente la malattia è accettata come evento fortuito e

---

<sup>46</sup> Le chiese spirituali sono nate in un contesto locale, distanti dai movimenti transnazionali e nettamente contrastanti la sfera tradizionale, tanto da relegare le divinità del pantheon nella sfera demoniaca. Le chiese pentecostali, invece, nascono dall'attività missionaria in Africa e sottolineano in maniera ancora più evidente la completa rottura con ciò che concerne la sfera tradizionale. Entrambi accettano la classificazione delle malattie locali rivendicando la propria capacità d'intervento ed evidenziando l'elemento demoniaco e dell'occulto correlato alle malattie spirituali (Schirripa 2005: 79).

<sup>47</sup> Per una descrizione approfondita delle categorie di guaritori vedi Schirripa (2005); Pavanello&Schirripa (2008).

“naturale”<sup>48</sup>, mai unicamente individuale, ma è connessa ad una profonda armonia che «trascende l’individuo e che investe la società ed il cosmo» (Schirripa 2001: 494). In area nzema, ordine sociale, morale e spirituale regolano le relazioni tra gli individui, e tra questi e l’ambiente, principalmente per mezzo dell’intervento delle divinità, gli *awozonle* (sing. *bozonle*), garanti dell’ordine, benefattori, o inattesi persecutori. Vi è difatti la presenza di un sistema di controllo morale e sociale che agisce in maniera autonoma, che tenta di stabilire e ripristinare quel profondo equilibrio, incrinatosi a causa di un errore e di un comportamento antisociale dell’individuo o di qualcuno appartenente al suo gruppo familiare. La malattia è infatti correlata ad un’ampia eziologia, generalmente connessa ad un’infrazione del codice di comportamento sociale. Sarà il guaritore a dover intraprendere quel percorso di “ricucitura” di un equilibrio incrinatosi, di una relazione interrotta e di una riduzione delle tensioni, sorte in seguito ad un disordine sociale che ne ha comportato uno di tipo biologico. Inoltre sarà il guaritore ad individuare se la malattia che ha colpito il paziente sia “spirituale” o “naturale”. Si tratta di una classificazione condivisa dagli stessi terapeuti tradizionali e applicabile a tutte le differenti patologie.

---

<sup>48</sup> Con il termine “naturale” non è nostra intenzione far riferimento alla dicotomia presentata da Foster (1976), attraverso la quale egli individua due orientamenti determinanti nella spiegazione della causalità della malattia, il primo di tipo “naturalistico” ed il secondo “personalistico”. Tale dicotomia appare poco convincente e riduzionistica, poiché sottovaluta la complessità delle ideologie tradizionali.

Essa non dipende esclusivamente dalla tipologia del disagio, bensì da molteplici fattori, individuabili nella resistenza ai farmaci ortodossi, nella durata della malattia, nel tipo e nella gravità dell'attacco, e così via. Tale distinzione pone una netta separazione tra l'intervento della medicina ortodossa e di quella tradizionale, «quella Occidentale può infatti curare con successo le malattie di tipo naturale, al contrario i terapeuti tradizionali rivendicano la loro capacità di intervenire beneficamente tanto nelle malattie naturali che spirituali» (Schirripa 2005: 51). A tal proposito è rilevante sottolineare che i guaritori spesso inviano i propri pazienti nelle strutture biomediche per controlli o in caso di malattie che non possono essere curate dalla medicina autoctona, dando vita ad una collaborazione unidirezionale tra medicina tradizionale e biomedicina.

Il rapporto tra guaritori e operatori biomedici è un elemento importante perché ci permette di mettere in luce l'aspetto dinamico e relazionale della compresenza di diverse tradizioni terapeutiche, spesso immaginate come rette parallele che non si incontrano. Il prossimo paragrafo, dunque, sarà dedicato ad esplorare la complessa maglia di relazioni tra diversi terapeuti e concezioni della malattia in un preciso ambito, quello della salute mentale, in cui le risorse alternative alla biomedicina giocano un ruolo di primo piano, in area nzema come nel resto del Paese. Un ambito in cui la stessa natura unidirezionale della collaborazione tra medicine altre - in questo caso le terapie “spirituali” degli *asofò* - e biomedicina può essere messa in

discussione in favore di una dimensione maggiormente dialogica, seppur minata - come vedremo - da una serie di ostacoli.

### **La Salute mentale in Ghana: il pluralismo medico in area nzema**

Il pluralismo medico che connota il sistema sanitario ghanese è particolarmente evidente nell'ambito della salute mentale, che ormai da qualche anno è oggetto di grande interesse a livello sia nazionale che internazionale<sup>49</sup>.

Il dibattito pubblico intorno a questo tema, iniziato in Ghana tra il 2005 ed il 2006 e culminato nel 2012 con l'approvazione di una nuova legge - il Mental Health Act 846 - verteva sulla necessità di rinnovare il sistema psichiatrico nazionale. Quest'ultimo rappresentava - e continua a rappresentare - solo una delle risorse disponibili per chi soffre di disturbi mentali nel Paese. In effetti, l'eterogeneità delle pratiche e dei saperi terapeutici e le differenti interpretazioni ed eziologie della malattia sono state in qualche modo al centro del dibattito. Grande attenzione, infatti, è stata riservata da rappresentanti delle istituzioni, psichiatri, ONG e giornalisti ai guaritori "tradizionali" e "spirituali", che veicolano una visione della

---

<sup>49</sup>In questo paragrafo si fa riferimento ad una ricerca etnografica della durata di circa cinque mesi (ottobre-novembre 2013; luglio-novembre 2014) condotta nel distretto di Jomoro da Cecilia Draicchio.

Per una rassegna sul tema della salute mentale in Ghana e, in particolare, sulla riforma del 2012 si rimanda tra gli altri a Awenva et al. (2010); Doku, Wusu-Takyi, & Awakame (2012); Doku et al. (2011); Read, Doku (2012); Kpobi, Osei&Sefa-Dedeh (2014); Ofori-Atta et al. (2014).

malattia mentale profondamente altra rispetto a quella biomedica. Questi terapeuti sono spesso demonizzati e indicati come uno dei principali ostacoli allo sviluppo di servizi psichiatrici efficaci sul territorio, in particolare per quanto riguarda il riconoscimento ed il ricorso ad essi da parte della popolazione locale<sup>50</sup>.

Tuttavia, quello che è interessante notare ai fini di questo lavoro è che, a differenza di quanto traspare spesso nei discorsi pubblici, in area nzema la compresenza di diverse risorse terapeutiche - e dunque di diverse concezioni, eziologie e pratiche legate al disagio psichico e alla sua cura - non può essere in alcun modo tradotta nei termini di una inconciliabilità tra sistemi differenti.

Sono due, dunque, gli obiettivi di questo scritto. Il primo è quello di fornire un esempio concreto dell'eterogeneità che caratterizza un potenziale "luogo di provenienza" come il Ghana sud-occidentale: in area nzema la malattia mentale può chiamare in causa allo stesso tempo infermieri psichiatrici, guaritori tradizionali (in particolare gli *ahɔmenle*) e guaritori spirituali/profeti (*asofo*) e i loro differenti saperi. Il secondo obiettivo è quello di riflettere su come in questo quadro caratterizzato dalla diversità - delle risorse terapeutiche, delle eziologie della malattia, delle pratiche di cura - quest'ultima possa rappresentare non un intralcio ma una potenziale risorsa, che si

---

<sup>50</sup> È importante sottolineare che paradossalmente questo avviene di pari passo al tentativo del MentalHealthAct di istituzionalizzare una collaborazione tra rappresentanti della psichiatria e guaritori tradizionali/spirituali (MentalHealthAct: 7, 37).

confronta però con una serie di ostacoli difficilmente riconducibili a un'idea superficialmente “culturalista” dello “scontro” tra modelli di cura diversi nel contesto preso in esame.

Per fare tutto ciò, può essere utile partire dal caso concreto di Grace<sup>51</sup>, una ragazza ventenne che potrebbe essere definita una “paziente”, se non fosse che nel settembre 2014, quando è stata incontrata da una delle due autrici del presente lavoro nella sua casa nel piccolo villaggio costiero di Ekebaku, non si stava sottoponendo ad alcun tipo di terapia<sup>52</sup>.

Da ormai tre anni Grace non era più la stessa. Tutto era cominciato - secondo quanto narravano i genitori - mentre era ospite al villaggio della nonna, una *kɔmenle*: durante la permanenza a casa di quest'ultima, gli *awozonle*<sup>53</sup> avevano scelto la ragazza per entrare dentro di lei, ma lei aveva opposto resistenza. Avendoli offesi, essendosi cioè rifiutata di diventare una guaritrice ispirata come la

---

<sup>51</sup> Per ragioni legate alla confidenzialità delle informazioni riportate, il nome indicato è fittizio.

<sup>52</sup> Colloquio con Grace ed i suoi genitori, 11 settembre 2014.

<sup>53</sup> Come già accennato, nella cosmologia nzema, gli *awozonle* (sing. *bozonle*) - chiamati in inglese *spirits* o *small gods* - sono spiriti che vivono nel mondo degli uomini e hanno sulla loro vita un'influenza non trascurabile. Come sostiene Pavanello (2012:34), questi spiriti possono essere buoni (*kpale*) o malvagi (*etane*), ma a prescindere dalla loro natura benigna o perfida, il loro intervento nelle vicende umane può spesso risultare fatale, soprattutto - ma non necessariamente - se ci si macchia di una colpa.

nonna, si era esposta a una terribile punizione<sup>54</sup>. È così che Grace era diventata *εζεε*, folle. Al momento del nostro incontro sembrava smarrita, nello sguardo un misto di malinconia e rassegnazione. Presenziava alla conversazione con suo padre e sua madre come se fosse altrove, senza mai intervenire o interagire in altro modo, rispondendo con indifferenza ai tentativi del padre di coinvolgerla. I genitori, visibilmente provati, raccontavano di averle tentate tutte: l'avevano portata da vari *ahomenlee asofo*, e, in seguito a dei comportamenti particolarmente aggressivi, anche al vicino ospedale di Eikwe che, benché privo di un reparto psichiatrico, era fornito di un certo numero di farmaci psicotropi tra cui quelli - probabilmente ansiolitici o antipsicotici - che erano stati prescritti a Grace, e che lei per un certo tempo aveva preso.

A questo punto è necessario fare un passo indietro. Come si può intuire da quanto detto finora, in area nzema - come più in generale in tutto il Ghana ed in molti altri contesti subsahariani - la malattia mentale è generalmente collegata - sia da un punto di vista eziologico che da un punto di vista terapeutico - al sovrannaturale, al regno dei poteri invisibili e della stregoneria, che dominano l'immaginario locale.

---

<sup>54</sup> Per un approfondimento sulle pratiche di possessione ed il rapporto tra *ahomenle* e *eawozonle* in area nzema si rimanda a Schirripa(1995, 1998) ed in particolare - per un altro esempio di come il delicato rapporto con gli spiriti che scelgono di possedere una persona possa portare quest'ultima alla follia - si veda Schirripa (2001). Sui mali-punizione derivanti dalle offese agli *awozonlesi* veda anche Grottanelli (1978: 85 e sgg.).

In termini più specifici, come sintetizza Mariano Pavanello (2012:36) in riferimento all'insorgere della malattia in generale, nella cosmologia nzema:

«[esso] può essere interpretato in vari modi: 1) come segno di attacco da parte di un *bozonle* per qualche fallo commesso, e un tale attacco può essere di iniziativa del *bozonle*, oppure il *bozonlesi* è mosso a seguito di un *amonle*<sup>55</sup>, un voto, pronunciato da un uomo; 2) come segno di attacco da parte di un *bozonleεtane* [malvagio] anche se non si è commesso alcun fallo; 3) come segno di attacco da parte di un *ayεne*[strega]<sup>56</sup>. C'è [...] anche una quarta possibilità e cioè 4) che la malattia sia stata provocata da un *ayidane*, un atto di fattucchieria, più noto in tutto il Ghana come *juju*<sup>57</sup>».

A queste interpretazioni vanno ovviamente aggiunti gli *assessment* e le diagnosi biomediche, prerogativa - nel caso della salute mentale - degli infermieri psichiatrici degli ospedali generici locali, che sono

---

<sup>55</sup> Il termine *amonle* è polisemico. Tra i suoi significati ci sono quello di “maledizione”, “voto”, “giuramento” e “amuleto” (Pavanello 2012: 35).

<sup>56</sup> “L’*ayεne* è una forma estrema di potere malefico posseduto da una persona, talora inconsapevolmente, capace di danneggiare o uccidere soprattutto i parenti all’interno del lignaggio.” (Pavanello 2012: 39). Il termine è usato per definire colui o colei che possiede questo potere, una strega appunto. Per un’analisi etnografica approfondita della stregoneria nzema e più in generale akan si rimanda a Pavanello 2017.

<sup>57</sup> *Juju* è un termine pidgin - forse di origine francese - usato in Ghana e più in generale in Africa Occidentale per identificare oggetti e pratiche legate a poteri occulti e alla fattucchieria. Da esso deriva l’espressione *juju man* che - come il termine *fetishpriest*- è comunemente utilizzato per definire i guaritori tradizionali (Meyer 1995:251).

privi di psichiatri<sup>58</sup>. Queste diverse visioni della malattia si contrappongono, si affiancano, si sovrappongono. E, come la drammatica storia di Grace dimostra, si traducono in itinerari terapeutici eterogenei, molteplici e frammentari.

Come è emerso sin ora, la famiglia di Grace era convinta che la causa della malattia della ragazza fosse riconducibile alla prima delle interpretazioni citate, ovvero al fatto che la ragazza fosse stata scelta dagli *awozonle* per essere posseduta, dunque la loro prima scelta era stata quella di rivolgersi prima ad uno e poi ad altri *ahɔmenle*, iguaritori tradizionali che curano attraverso la divinazione e il loro rapporto privilegiato con alcuni *awozonle*. Per qualche ragione, però, questa strada si era rivelata inefficace e quindi, benché non vi fossero particolari dubbi riguardo alla causa della follia di Grace - una causa che affondava le sue radici nella cosmologia tradizionale nzema - i genitori non avevano esitato a portarla in vari *prayer camp*.

I *prayer camp* sono dei luoghi religiosi annessi a chiese cristiane - principalmente pentecostali e spirituali - in cui vengono offerti dall'*esofo*, il pastore-guaritore che vi risiede, aiuti terapeutici di vario tipo, non solo in ambito sanitario, ma anche sentimentale, economico, lavorativo. Spesso - come nel caso di Grace - le persone si

---

<sup>58</sup> Il numero di psichiatri in Ghana è estremamente esiguo. Secondo una ricerca promossa dal Ministero della Salute ghanese e dal progetto di cooperazione internazionale "Kintampo Project", condotta secondo le linee guida dell'OMS (WHO-AIMS) e pubblicata nel 2013 (con dati relativi al 2011-2012), il numero di psichiatri non ammontava che a 18 in tutto il Paese (Roberts et al. 2013).

recano nei *prayer camp* accompagnate da uno o più familiari che si prendono cura di loro durante la permanenza presso il campo, una permanenza che può durare diversi mesi, a volte anche anni. In area nzema, come in tutto il Ghana, i *prayer camp* sono numerosissimi e il loro successo sembra essere in costante crescita, anche a scapito - come sostengono alcuni - dei cosiddetti “guaritori tradizionali”. È importante sottolineare che, come ogni categoria terapeutica, anche quella di *esofò* è profondamente eterogenea al suo interno e le differenze tra un *prayer camp* e l’altro possono essere davvero notevoli. Tuttavia, in termini generali si può dire che gli *asofò* veicolano una visione del mondo - e della malattia - molto differente da quella degli *ahɔmenle*: per loro la follia, come ogni altro male, deriva dal Diavolo (*abonsam*) di cui gli *awozonle* - e i guaritori tradizionali, che intrattengono relazioni strettissime con questi ultimi - non sono che un’espressione. Uno degli *asofò* da cui Grace era stata portata, infatti, aveva suggerito un’altra interpretazione della follia della ragazza: secondo lui, questa era l’effetto della maledizione di una persona che si era rivolta a poteri occulti per non meglio specificate ragioni. Grace era perciò posseduta da spiriti maligni emissari del Diavolo che andavano scacciati con la preghiera ed il digiuno, il classico binomio terapeutico che i profeti-guaritori somministrano nei loro *prayer camp*. Purtroppo, anche questo tentativo di guarigione non era andato a buon fine. Quello che è interessante sottolineare è che tra un tentativo e l’altro, in coincidenza con l’insorgere in Grace di comportamenti aggressivi,

la famiglia si era rivolta anche ai rappresentanti della biomedicina, gli infermieri dell'ospedale di Eikwe. I farmaci psicotropi che erano stati prescritti alla ragazza si erano rivelati efficaci nel placare i suoi atteggiamenti più violenti per un po', ma non nel "guarirla". Per questa ragione e per l'impossibilità della famiglia di affrontarne la spesa, da più di un anno Grace non prendeva più farmaci, così come, per gli stessi motivi, i genitori si erano rifiutati di portarla all'ospedale psichiatrico di Cape Coast, benché fosse stato consigliato loro da più parti.

La storia di Grace, unica eppure simile per molti versi a tante altre incontrate nel corso della ricerca, non rende giustizia, nella forma sintetica in cui è qui riportata, alla complessità della sua dolorosa esperienza. Tuttavia, la sua vicenda ci permette di mettere a fuoco alcuni elementi. In primo luogo, ci consente di affermare che l'intricato ed eterogeneo universo di significati che spesso nei discorsi istituzionali - a livello sia nazionale che internazionale - viene ridotto a "superstizione" non può essere identificato come il principale ostacolo all'efficacia dei servizi sanitari biomedici sul territorio. Come dimostra il caso di Grace, non diversamente da quelli di molti altri (ex) pazienti e loro familiari, la concezione che la malattia mentale appartenga ad una dimensione "spirituale" dell'esperienza in un mondo che è abitato da esseri potenti ma invisibili (gli *awozonle*, il diavolo, Dio) - una concezione lontana quindi dalla psichiatria e dalle sue categorie diagnostiche - non impedisce di ricorrere pragmaticamente alla biomedicina per contrastarne gli effetti.

Questo aspetto “pragmatico” è ben presente non solo nelle pratiche dei malati e dei loro familiari, ma anche in quelle di alcuni terapeuti, in particolare infermieri psichiatrici e *asofò*. Benché in competizione gli infermieri che lavorano nel distretto di Jomoro e alcuni dei profeti-guaritori dell’area intrattengono relazioni intermittenti ma allo stesso tempo salde: a volte i primi si recano nei *prayer camp* per fare diagnosi e prescrizioni, altre volte sono gli stessi *asofò* a chiamarli o a mandare i loro pazienti all’ospedale quando lo ritengono necessario, in alcune circostanze infine, sono gli stessi infermieri a ritenere necessario l’intervento dei guaritori per casi che giudicano di natura “spirituale”. Queste relazioni, oltre a dimostrare ancora una volta l’assenza di una incompatibilità tra sistemi di cura differenti, ci spingono anche a riflettere sulle potenzialità e le problematicità di questi tentativi di collaborazione.

Come affermano gli autori di un recente studio sulla possibilità di una collaborazione tra *prayer camp* e operatori biomedici svolto ad Accra (Arias et al. 2016:13), «per molti pazienti, ma anche per loro stessi [gli infermieri e coloro che operano nei *prayer camp*] spesso l’esperienza della malattia mentale avviene attraverso una lente che è sia biomedica che spirituale». È in questo senso che, in linea teorica, la molteplicità delle pratiche terapeutiche si rivela una risorsa soprattutto quando vi è un dialogo tra queste ultime, un dialogo che permette di combinare diverse ideologie ed esperienze della malattia che di fatto coesistono sul territorio. Come traspare dalla storia di Grace, però, vi sono degli ostacoli che impediscono a questo dialogo -

nella gran parte dei casi - di dare origine ad un circolo terapeutico virtuoso per i potenziali pazienti<sup>59</sup>.

Nel riflettere sul rapporto tra biomedicina e altre risorse terapeutiche in un dato contesto non si può prescindere dalle condizioni materiali che informano le vite di chi lo abita: queste giocano un ruolo fondamentale negli itinerari di guarigione - spesso interrotti - di chi soffre di patologie mentali in area rurale. Perché, ci si potrebbe chiedere ad esempio, la famiglia di Grace ha rinunciato a sottoporre la ragazza ad una terapia e perché, in particolare, ha abbandonato il ricorso ai servizi psichiatrici? Si tratta ovviamente di scelte complesse e anche personali che non possono essere certo ricondotte a delle ragioni univoche, ma - trattandosi di una situazione che ricorre spesso nelle storie degli (ex) pazienti nell'area - è opportuno mettere in rilievo due aspetti.

Un primo aspetto fondamentale da considerare è il costo dei servizi sanitari e la loro conseguente inaccessibilità: oltre alle spese di trasporto dal villaggio di provenienza all'ospedale, che già di per sé per molte famiglie possono rivelarsi insostenibili, il costo dei farmaci è di importanza cruciale. Da un punto di vista legale - come è sancito nel Mental Health Act 846 - i farmaci psicotropi in Ghana

---

<sup>59</sup> Un elemento che non può essere omissis, ma per ragioni di spazio non verrà analizzato in questa sede poiché meriterebbe una trattazione a parte è la pratica della contenzione fisica nei *prayer camp*: essa è molto diffusa e rappresenta uno dei principali punti di disaccordo tra operatori biomedici e guaritori spirituali (Arias et al. 2016). Su *prayer camp*, contenzione fisica e discorso sui diritti umani si veda anche Taylor (2016).

dovrebbero essere gratuiti, ma poiché il governo centrale, da ormai diversi anni, non li fornisce regolarmente agli ospedali locali, essi sono di fatto a pagamento: gli infermieri sono costretti a comprarli periodicamente presso le farmacie delle principali città del Paese e a rivenderli ai pazienti. La continuità che la natura cronica di molte patologie mentali imporrebbe, dunque, è minata sia dal costo effettivo delle medicine - in generale piuttosto esose per gli standard locali - sia dalla loro presenza intermittente presso gli ospedali di riferimento.

Riguardo ai farmaci psicotropi, inoltre, c'è un secondo aspetto che va considerato, relativo ancora una volta alle condizioni materiali di pazienti e familiari, ma anche allo stesso tempo alla loro percezione di cosa è sano e cosa è patologico. Come sottolinea Ursula Read (2012), il fenomeno della discontinuità nell'assunzione di psicofarmaci è molto frequente in tutto il Ghana. L'antropologa inglese, smentendo l'idea che la maggior parte della popolazione ignori la possibilità di ricorrere alla biomedicina per patologie mentali, sostiene che «la preferenza per un certo tipo di trattamento rispetto ad un altro sembra essere guidata non tanto dalle idee relative alla natura della malattia o alla sua eziologia, ma piuttosto dalle conseguenze pratiche sulla lunga durata(Read 2012: 13). Read si riferisce, in particolare, agli effetti collaterali dei farmaci psicotropi che molto spesso finiscono per metterne in dubbio l'efficacia, contrapponendosi alla concezione locale di salute. In particolare, nella vita quotidiana di chi vive e soprattutto *lavora* nel Ghana rurale - come ad esempio i

genitori di Grace, entrambi contadini - le sensazioni prolungate di debolezza e sonnolenza, tipici effetti collaterali dei farmaci antipsicotici, sono percepite come opposte all'idea di salute e possono trasformarsi addirittura in condizioni altamente invalidanti a loro volta.

Analizzare le concezioni di salute e malattia anche in un contesto geografico piuttosto ridotto come quello preso in esame, dunque, non ci consente di appiattare questi concetti su un solo livello, ci impone al contrario di intersecare diversi piani, dalla compresenza di diverse risorse terapeutiche - biomediche e non - ed interpretazioni della malattia alle profonde ineguaglianze economiche e sociali che ne strutturano l'esperienza.

### **L'etnografia come strumento di superamento del doppio pregiudizio biomedico e culturalista**

In questo breve percorso, siamo partite da un elemento che molte delle analisi antropologico-mediche sulle migrazioni hanno da tempo messo in evidenza: un doppio pregiudizio implicito, biomedico e culturalista, che rappresenta un ostacolo notevole alla comprensione dell'*altro* nel rapporto terapeutico con persone migranti nei contesti di arrivo.

Da un lato, nella sua dimensione biomedica, questo pregiudizio spinge il personale sanitario a considerare i soli aspetti biologici ed individuali della malattia, ignorando spesso il complesso insieme di

significati e relazioni che la connotano nell'esperienza di molti pazienti. Dall'altro lato, nella sua dimensione culturalista, questo pregiudizio si rivela forse addirittura più rischioso: esso produce l'illusione di una comprensione attraverso l'attribuzione di un'identità "culturale" essenzializzante - solitamente definita sulla base della provenienza etnica o della nazionalità - che finisce per definire in modo univoco e determinista l'esperienza del paziente. In primo luogo, è forse superfluo ricordarlo, la cultura non va mai pensata come qualcosa di dato, definito ed immutabile. Inoltre, come osservano Simona Taliani e Francesco Vacchiano (2006: 105 e sgg.), «nessuno aderisce completamente e incondizionatamente alla propria cultura di riferimento», e la scelta di accogliere, rifiutare o dubitare di una data interpretazione "locale" dei processi di salute e malattia non solo va riconosciuta ai pazienti, ma anche considerata nel suo essere mutevole nel tempo. Da un punto di vista sia epistemologico che terapeutico, dunque, nessun individuo può essere definito in base alla propria cultura di appartenenza senza incorrere in un pericoloso appiattimento riduzionista della sua esistenza ed esperienza. Infine, è fondamentale sottolineare che una lettura dei fenomeni di salute e malattia in termini culturalisti rischia di occultare le dimensioni storiche e politico-economiche di questi fenomeni. Come osserva Paul Farmer, infatti:

«L'abuso del concetto di specificità culturale è particolarmente insidioso nelle discussioni sulla sofferenza in generale e sugli abusi dei diritti umani in particolare. La differenza culturale che sconfinata nel

determinismo culturale è una delle diverse forme di essenzialismo usate per giustificare le lesioni alla dignità e la sofferenza [...]. La “cultura” non spiega la sofferenza, al peggio essa può fornirle un alibi» (Farmer 2003, in Quaranta 2006: 294).

Di fronte a questi rischi, dunque, ci siamo domandate: può una riflessione etnografica sulle relazioni tra teorie (e pratiche) diverse della malattia e della cura in un potenziale “contesto di provenienza” rappresentare *uno* strumento - non certo l'unico - per il superamento di questo duplice pregiudizio? In che modo?

Se si rinuncia, come è necessario, all'idea che l'antropologia possa fornire dei “riassunti” o dei “glossari” etnografici sui luoghi di origine, che non farebbero altro che riprodurre il pregiudizio culturalista, essa può al contrario contribuire, attraverso l'etnografia, alla comprensione dell'*altro* che gli operatori sanitari hanno di volta in volta di fronte, mostrando una maggiore complessità dei processi di salute e malattia e la profonda rilevanza di altri fattori, non “culturali” bensì politico-economici, fondamentali nei contesti di provenienza come in quelli di arrivo. È questo ciò che abbiamo tentato di fare attraverso l'analisi dell'ambito della salute mentale in area nzema e la storia di Grace.

Attraverso il racconto etnografico abbiamo provato a restituire un universo di significati ricco ed intricato, in cui c'è spazio per diverse interpretazioni della malattia e strategie di cura. Interpretazioni e pratiche che fanno riferimento di volta in volta alla cosmologia

tradizionale nzema, alla psichiatria e al Cristianesimo carismatico-pentecostale nelle sue numerose declinazioni. Le interazioni tra questi diversi saperi terapeutici sono rese possibili dall'assenza di pregiudizi intesi nell'accezione più negativa del termine, ovvero di giudizi a priori che negano la possibilità di un dialogo e di un reciproco riconoscimento. Vi sono certo dei pregiudizi dei terapeuti (infermieri e guaritori) nei confronti dei loro rispettivi "contendenti", pregiudizi che sono saldi - e in un certo senso rappresentano la base del ruolo sociale di queste differenti figure - ma allo stesso tempo non impediscono una forma intermittente di dialogo. Gli infermieri sono convinti di essere gli unici a poter offrire *davvero* una soluzione alle patologie mentali, ma nella pratica non escludono - anzi il più delle volte lo condividono - il valore della preghiera, così come non rifiutano l'esistenza di una dimensione "spirituale" della malattia mentale. Gli *asofo*, dal canto loro, rivendicano per sé il ruolo di guarire *definitivamente* (cfr. Read 2012) dalle malattie "spirituali", ma riconoscono agli infermieri la capacità di agire sulle malattie "naturali" e soprattutto l'efficacia dei loro rimedi (i farmaci psicotropi) nel placare gli *effetti* delle malattie "spirituali", disturbi che solo loro, tuttavia, possono *curare* con successo attraverso la preghiera ed il digiuno. Su queste stesse ragioni, sulla percezione locale degli effetti collaterali dei farmaci psicotropi e sulla possibilità economica di accedervi o meno - nonché ovviamente su vicende personali che variano di volta in volta - si fondano spesso le scelte dei pazienti o, più frequentemente, dei loro familiari.

Quale può essere, dunque, il ruolo di un resoconto etnografico come questo? Non solo esso può farci familiarizzare con l'idea di un'eterogeneità e di una molteplicità di concezioni della malattia e della cura che escludono qualunque definizione *univoca* della "cultura di provenienza"; l'etnografia suggerisce anche la necessità di ascoltare con attenzione le storie delle persone nei contesti di arrivo, prendendone *sul serio* anche la dimensione *altra*, "spirituale", senza guardare ad essa nei termini di una contraddizione o peggio di un atteggiamento "irrazionale": come abbiamo visto nel caso presentato, infatti, essa è pienamente compatibile con la biomedicina ed è parte di itinerari terapeutici fondati su considerazioni "pragmatiche". L'etnografia, infine, può svelarci - come auspicato da Farmer - il modo in cui gli aspetti personali, sociali e politici della malattia e della sofferenza sono intrecciati tra loro ed in particolare il ruolo fondamentale delle disuguaglianze sociali, economiche e politiche piuttosto che quello di presunte "incompatibilità culturali" nello strutturare l'esperienza dei pazienti. In un contesto di provenienza come quello ghanese, nell'ambito della salute mentale, queste disuguaglianze si concretizzano nella pressoché totale inaccessibilità dei servizi sanitari per la maggior parte della popolazione. Non diversamente - è bene ricordarlo - in un contesto di arrivo come quello italiano, la vita delle persone migranti è informata da disuguaglianze strutturali di natura politica che non possono essere ignorate quando si parla di salute: si pensi all'esperienza dolorosa del viaggio, al rischio e alla privazione di

libertà a cui si è continuamente esposti anche dopo l'arrivo in Europa. Superare il pregiudizio biomedico-culturalista, dunque, vuol dire essere capaci di riconoscere ed intersecare queste diverse dimensioni della sofferenza – personali, culturali, sociali, politiche - analizzarne le relazioni ed immaginare sulla base di esse pratiche nuove, tanto nei “contesti di provenienza” quanto in quelli “di arrivo”.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Ardigò, M., Stefanini, A., Tortoreto, B. (2014). “Salute”, in “Antropologia e migrazioni”, a curadi Riccio, B.:179-194, CISU.
- Arias, D., Taylor, L., Ofori-Atta, A., Bradley, E. H. (2016): Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is Collaboration in Mental Health Care Possible?, PLoS ONE, 11 (9): 1–16.
- Awenva, A., Read U., Ofori-Attah A., Doku V., Akpalu B., Osei A., Flisher A., MHaPP Research Programme Consortium (2010): From mental health policy development in Ghana to implementation: what are the barriers?, African Journal of Psychiatry, 13 (3): 184-191.
- Beneduce, R., 2007. “Etnopsichiatria. Sofferenzamentale e alterità fra Storia, dominio e cultura”, Carocci.
- Doku, V., Ofori-Atta, A., Akpalu, B., Osei, A., Read, U., Cooper, S., Consortium, the Mh. R. P. (2011): Stakeholders’ Perceptions of the Main Challenges Facing Ghana’s Mental Health Care System: a Qualitative Analysis, International Journal of Culture and Mental Health, 4 (1): 8–22.

- Doku, V. C. K., Wusu-Takyi, A.,Awakame, J. (2012): Implementing the Mental Health Act in Ghana: Any Challenges Ahead?,Ghana Medical Journal, 46 (4): 241–250.
- Farmer, P. (2006). “Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell’era globale”, in “Antropologia medica. I testi fondamentali”, a cura di Quaranta I.: pp. 265-302, Raffaello CortinaEditore.
- Foster, G. M.(1976): Disease etiologies in non-western medical systems, American Antrhopologist, 78: 733-782.
- Geraci, S. (2006): La sindrome di Salgari 20 annidopo, Sanità Meticcica, 21: 21-29.
- Grottanelli, V. L.(1978). “Una Società guineana: gliNzema. Vol.2: Ordine morale e salvezza terrena”, Boringhieri.<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>
- Kleinman, A.(1978): Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, Social Science & Medicine, 12: 85-93.
- Kpobi, L., Osei, A.,Sefa-dedeh, A. (2014). “Overview of Mental Health Care in Ghana”, in “Changing Trends in Mental Health Care and Research in Ghana”, edited byOfori-Atta, A.,Ohene, S.:4–12, University of Ghana.
- McNevin, A. (2011). “Contesting Citizenship: IrregularMigrants and New Frontiers of the Political”, Columbia University Press.
- Meyer, B. (1995): ‘Delivered from the powers of darkness’: confessions of satanic riches in Christian Ghana,Africa, 65 (2): 236-255.
- Ofori-Atta, A., Read, U. M., Lund, C., MHaPP Research Programme Consortium (2014).“An Updated Situation Analysis of Mental Health services and Legislation in Ghana: Challenges for Transformation”, in

- “Changing Trends in Mental Health Care and Research in Ghana”, edited by Ofori-Atta A., Ohene, S.: 17–45, University of Ghana.
- Oquaye, M. (2004). “Politics in Ghana. 1982 – 1992 Rawlings, devolution and populist democracy”, Tornado Publications.
- Pavanello, M. (2012). “La stregoneria. Etnografia, metodi, fonti, problemi di interpretazione”, dispense a cura di Mariano Pavanello.
- Pavanello, M. (2017). “Witchcraft and Dream: A Discussion of the Akan Case”, in “Perspectives of African Witchcraft”, edited by Pavanello, M.: 104-132, Routledge.
- Pavanello, M., Schirripa, P. (a cura di) (2008). “Materiali di ricerca sulla medicina tradizionale Nzema (Ghana)”, Edizioni Nuova Cultura.
- Quaranta, I. (a cura di) (2006). “Antropologia medica. I testi fondamentali”, Raffaello Cortina.
- Quaranta, I. (2010). “Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria”, in “La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria internazionale”, a cura di Pellicchia U., Zanotelli, F. : 89-104., Ed.It.
- Quaranta, I., Ricca, M. (2012). “Malati fuori luogo. Medicina interculturale”, Raffaello Cortina.
- Read, U. (2012): «I want the one that will heal me completely so it won't come back again»: The limits of antipsychotic medication in rural Ghana, *Transcultural Psychiatry*, 49 (9-4): 438-60.
- Read, U., Doku, V. (2012): Mental Health Research in Ghana: a Literature Review, *Ghana Medical Journal*, 46 (2): 29-38.

- Roberts, M., Asare, J. B., Mogan, C., Adjase, E. T., Osei, A. (2013). "The Mental Health System in Ghana", The Kintampo Project on behalf of The Ghana Ministry of Health.
- 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, n. s.(2): 213-237.
- Schirripa, P. (1998). "Vivere con gli dei. Note sulla possessione nzema", in "Prospettive di studi akan. Saggi in memoria di V. L. Grottanelli", a cura di Pavanello, M.: 81-98, CISU.
- Schirripa, P. (2001a): Sessualità maschile e classificazioni patologiche nella medicina tradizionale degli Akan del Ghana. Un'esplorazione del *kooko*, in *Medicina nei secoli. Arte e scienza*, 13(3): 493-508.
- Schirripa, P. (2001b): Di ahone. Pratiche della possessione tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale., *Antropologia. Annuario*, 1: 77-98.
- Schirripa, P. (2005). "Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo", Argo.
- Seppilli, T. (2015): Ai nostri lettori, *AM. Antropologia medica*, 39/40: 9-10.
- SIMM, (2015): Protocollo per la Gestione Sanitaria dei Migranti Richiedenti Protezione Internazionale, [https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/Simm\\_x\\_news/2015/2015.PROTOCOLLO\\_MIGRANTI\\_Reg.\\_Fvg.\\_12.06.015.pdf](https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2015.PROTOCOLLO_MIGRANTI_Reg._Fvg._12.06.015.pdf)
- Taliani, S., Vacchiano, F. (2006). "Altricorpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione", Unicopli.
- Taussig, M. (1980): Reification and the Consciousness of the Patient, *Social Science and Medicine*, 14b: 5-13.

- Trostle, J. A. (2005). "Epidemiology and Culture", Cambridge University Press.
- Taylor, L. A. (2016): Reconsidering Samuel: A Mental Health Caretaker at a Ghanaian Prayer Camp, *Perspectives in Biology and Medicine*, 59 (2): 263–275.
- Vasconi, E. (2010). "Distanze e divergenze tra le politiche globali della salute e pratiche locali. Il caso del Ghana e dell'Uganda", in "La cura e il potere. Sviluppo e cooperazione sanitaria in una prospettiva antropologica", a cura di Pellecchia, U., Zanotelli, F.: 145-162, Ed.It.
- Vasconi, E., 2011. Decentramento sanitario e medicina tradizionale nel Ghana contemporaneo. Un sistema inclusivo od esclusivo? *L'Uomo Società Tradizione Sviluppo*, n. 1-2. La ricerca africanista in Italia. Studi in memoria di Bernardo Bernardi: 331-357, Sapienza Università di Roma.
- Vasconi, E. (2012). "Tra democrazia e liberalizzazione. Un'analisi antropologica e comparativa del sistema sanitario in Ghana e Uganda", Tesi di dottorato, Università degli studi di Siena.
- Vasconi, E., Owoahene-Acheampong, S. (2010): Recognition and integration of traditional medicine in Ghana: perspective, *Research Review of Institute of African Studies (IAS)*, 26.2: 1-17.
- Young, A. (1982): The anthropologies of illness and sickness, *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.
- Decreti
- Law 207, The Local Government Law, 1988.
- Food and Drugs Law 1992 P.N.D.C.L. 305B.
- Act 525, The Ghana Health Service and Teaching Hospitals, 1996.

Act 575, Traditional Medicine Practice Act, 2000.

Mental Health Act 846, 2012.