

# Medicina culturale nel Lesotho

Autor(en): **Kücholl, Verena**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Actio : una rivista per la Svizzera italiana**

Band (Jahr): **95 (1986)**

Heft 9: **Dietro le quinte del benessere**

PDF erstellt am: **26.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-972660>

## Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## TESTIMONIANZA

*Un ngaka,  
erborista-guaritore  
nel Lesotho.*



*Verena Kücholl*

### **Comportamenti differenti**

Sono soprattutto le donne – e in particolare le giovani madri di famiglie agiate con i loro bambini – che consultano i medici occidentali e si rivolgono alle infermiere nei centri sanitari. Gli uomini e gli anziani invece brillano per la loro assenza. Da chi vengono curati questi gruppi sottorappresentati – ossia soprattutto gli uomini e i poveri? Vanno da un guaritore tradizionale, usano rimedi casalinghi o lasciano che la natura segua il suo corso? Per trovare una risposta a tali domande bisognava da un canto analizzare la popolazione tramite dati economici, e d'altro canto osservare le diverse terapie e i vari tipi di specialisti consultati.

### **Ricchi e poveri**

Si è constatato in modo inequivocabile che i ricchi consultano un guaritore più spesso dei poveri e perfino che quest'ultimi si rivolgono soltanto raramente ad un terapeuta.

Si è inoltre scoperto che i pazienti agiati non solo consultano più frequentemente i medici occidentali, ma costituiscono pure la maggioranza della clientela dei guaritori tradizionali.

Mentre la popolazione povera si accontenta di rimedi casalinghi per combattere la malattia e non si rivolge praticamente mai allo specialista, le fami-

glie ricche possono invece permettersi di consultare sia il medico occidentale che il guaritore tradizionale.

Di tanto in tanto un animale deve essere sacrificato agli spiriti degli antenati. Ma i poveri, che non possiedono bestiame o ne hanno solo qualche capo, non possono compiere un rito così costoso. Allora gli antenati si adirano e riversano sui loro discendenti malattie e disgrazie. Siccome i poveri domandano solo raramente aiuto e consiglio ai guaritori tradizionali, non hanno praticamente la possibilità di ristabilire buone relazioni con i loro antenati, la cui collera diventa ancora più terribile. Così, senza la protezione degli antenati e con il rimorso per non aver compiuto i riti secolari, l'impoverimento segue il suo corso.

### **Uomini...**

Nelle istituzioni sanitarie occidentali, le donne sono molto più numerose degli uomini. Perfino il fatto che oltre la metà della popolazione maschile di età fra i 20 e i 50 anni lavora e vive in Sudafrica non influenza molto questo rapporto quantitativo.

D'altro canto si constata che la proporzione degli uomini – di ogni età – che consultano i guaritori tradizionali, è più alta di quella delle donne. Questo comportamento può essere in

**Bilancio di un progetto di sviluppo  
di una medicina di base nell'Africa meridionale**

# Medicina culturale nel Lesotho

**Nel Lesotho, come in numerosi altri Paesi dell'Africa, coesistono due forme di medicina: quella tradizionale e quella occidentale. Tuttavia, i poveri non possono far capo né all'una né all'altra. Verena Kücholl, etnologa, ci spiega in quest'articolo i complicati meccanismi culturali ed economici che rallentano lo sviluppo della medicina in questa regione africana. Non è però sempre facile rimettere in questione comportamenti secolari.**

parte spiegato se si risale al patrimonio culturale dei Basotho e in particolare al ruolo degli uomini nella società: gli spiriti degli antenati svolgono un ruolo determinante nella malattia o nella guarigione di uomini, donne e bambini, e sono i discendenti maschi, e in particolare i figli maggiori, che fungono da intermediari. È soprattutto compito degli uomini assicurarsi che queste regole fissate dagli antenati siano applicate. Il figlio maggiore ha il dovere supremo di assicurarsi con fermezza che i suoi fratelli, le loro mogli e i loro figli si conformino strettamente alle norme. I guaritori e le guaritrici tradizionali hanno il potere di trattare con gli antenati; sono dunque buoni consiglieri in tutti i casi di malattia, dato che quest'ultima viene sempre imputata agli antenati. Un medico occidentale o un'infermiera possono, o meglio, potrebbero curare gli uomini. Ma non possono riconciliarli con i loro antenati. Infatti solo la medicina tradizionale può svolgere questa funzione ed è dunque ad essa che fanno appello gli uomini se appena ne hanno i mezzi.

### **...e donne**

Le donne sono meno strettamente legate alle regole degli antenati. Questo principio si applica anche all'età, nel senso che i giovani sono relativamente liberi, mentre le persone anziane assumono grandi responsabilità ed intrattengono strette relazioni con i loro antenati. Le bambine portano questa responsabilità meno rapidamente dei maschietti: esse stanno infatti sotto la protezione degli antenati del padre du-

rante tutta l'infanzia, ma quando si sposano, devono separarsene per raggiungere il marito e porsi sotto la protezione degli antenati di quest'ultimo: un legame che si rafforza viepiù con la nascita di ogni figlio. L'uomo intrattiene dunque relazioni strette con i suoi antenati già in giovane età, mentre la donna lo fa ad un'età più avanzata. Ecco perché quando è giovane la sua responsabilità nei confronti degli spiriti degli antenati è meno importante, ed essa usa questa libertà per recarsi con i suoi figli nei centri sanitari più spesso di altre persone.

### **La medicina «culturale»**

I guaritori tradizionali trattano i loro pazienti e clienti in stretta comunione con i valori specifici al loro popolo. Oltre al trattamento di mali fisici, esercitano una «medicina culturale» costituita da una specie di psicoterapia adattata al modo di vita e alle tradizioni dei Basotho. I guaritori sono esperti della psiche e delle tradizioni. Aiutano il paziente a mantenere o a ristabilire il suo equilibrio spirituale e morale. Il numero delle terapie offerte è dunque vasto e va dalle cure in caso di emicrania, infreddatura o slogatura all'intervento per una procedura giudiziaria pendente, la perdita di bestiame, un cattivo raccolto, l'abbandono da parte del coniuge, l'assenza di bambini, la paura delle stregonerie, la disoccupazione, l'inizio di un nuovo impiego, la morte imminente e numerosi altri avvenimenti. Come da noi, i poveri non possono permettersi tali terapie e devono tentare di cavarsela con mezzi a buon mercato.



## TESTIMONIANZA

### **L'assistenza medica di base (AMB) nei villaggi**

L'obiettivo dell'assistenza medica di base è quello di aiutare i più poveri fra i poveri e di apportare loro conoscenze mediche occidentali. Alcuni di essi — uomini e donne — ricevono una formazione medica di base molto semplice, che potrà essere messa in pratica nei villaggi. Nel contempo, un sistema di referenze permette di trasferire i pazienti che necessitano cure più qualificate in centri sanitari locali, negli ospedali regionali e centrali.

Da oltre 10 anni un certo numero di abitanti dei villaggi vengono formati come promotori di salute volontari negli ospedali dell'altopiano del Lesotho, diretti da medici svizzeri. Inoltre vengono continuamente impartiti corsi di perfezionamento. Queste misure raggiungono veramente la popolazione rurale? I più poveri ne approfittano? Quanti poveri conta il popolo dei Basotho? La formazione è adeguata ai bisogni della popolazione? Quali barriere si oppongono all'introduzione di nuovi metodi? Quali sono i miglioramenti che possono essere attuati? Tutte queste domande sono state prese in considerazione durante lo studio, che nel frattempo è stato concluso. Eccone alcune conclusioni.

### **Povertà tradizionale e nuovi poveri**

Prima dell'introduzione di strutture amministrative moderne, il popolo dei Basotho era governato da capi tribù. Ancora oggi esiste una struttura gerarchica del potere che determina il rango dei capi. Al vertice c'è il re, mentre i villaggi sono governati dai capi-villaggio. Sono quest'ultimi che

hanno l'importante compito di ripartire equamente i campi tra le famiglie del villaggio. Le terre non possono essere trasmesse da padre in figlio, e di conseguenza le differenze materiali sono considerevolmente ridotte. Oggigiorno le terre non bastano più per tutte le famiglie e i campi vengono attribuiti a coloro che ne hanno maggiormente bisogno.

Naturalmente i potenti sanno difendere i loro interessi meglio delle famiglie impoverite; tuttavia, in paragone ad altre nazioni, il Lesotho è ancora un Paese dove la ripartizione territoriale è rimasta relativamente egualitaria, e nei villaggi non vi sono grandi proprietari terrieri.

La popolazione rurale del Lesotho può essere considerata come molto povera se paragonata agli strati più ricchi della popolazione del Paese. Da questo punto di vista si può affermare che gli sforzi volti a promuovere l'AMB nei villaggi raggiungono effettivamente i poveri. Tuttavia anche fra i poveri esistono differenze. Nel Paese vi sono circa un quarto di ricchi, un quarto di persone agiate, un quarto di poveri e un quarto di persone estremamente povere. Queste differenze non hanno origine nei villaggi stessi, ma nelle diverse possibilità di guadagno. I Basotho che possono lavorare per molti anni nelle miniere del Sudafrica sono in grado di diventare ricchi — se paragonati ai loro concittadini. Coloro che si ammalano o che diventano invalidi (per esempio in seguito a tubercolosi o ad un incidente di lavoro) diventano poveri. Siccome non tutti i fratelli di una famiglia hanno le stesse possibilità di trovare un impiego retribuito, appaiono diffe-

renze tra famiglie consanguinee.

Inoltre il lavoro retribuito dura soltanto qualche anno — naturalmente non vi sono rendite per la vecchiaia — e numerose famiglie, dopo aver raggiunto un certo grado di ricchezza, ricadono in povertà quando il sostegno della famiglia invecchia o non può più lavorare. Ecco perché nei villaggi vi sono, da un canto, famiglie povere e molto povere e dall'altro, numerose famiglie relativamente ricche che ricadono in povertà.

Lo scopo dell'assistenza medica di base è quello di aiutare i poveri, ma in primo luogo le persone che vivono nella miseria. Questo obiettivo non è ancora stato raggiunto. I promotori di salute volontari formati nei villaggi provengono da famiglie relativamente agiate, che approfittano così più dei poveri dei programmi sanitari. Tuttavia, siccome spesso i poveri hanno nel villaggio dei parenti con i quali intrattengono relazioni (non hanno forse gli stessi antenati?) e per i quali lavorano frequentemente, le conoscenze occidentali li raggiungono per questo tramite. Se queste conoscenze non possono essere assimilate nella stessa misura da tutti gli abitanti, è perché i più poveri ne sono impediti in un modo o nell'altro.

Anche nei villaggi politicamente calmi, le famiglie povere non coltivano l'orto né costruiscono latrine. Tale situazione è causata da pressioni sociali e da una falsa immagine che si diffonde con l'assistenza medica di base. Mentre l'AMB dovrebbe raggiungere i più poveri, la situazione evolve in tutt'altra direzione, che si potrebbe definire «Salute per i ricchi fra i poveri fino all'anno

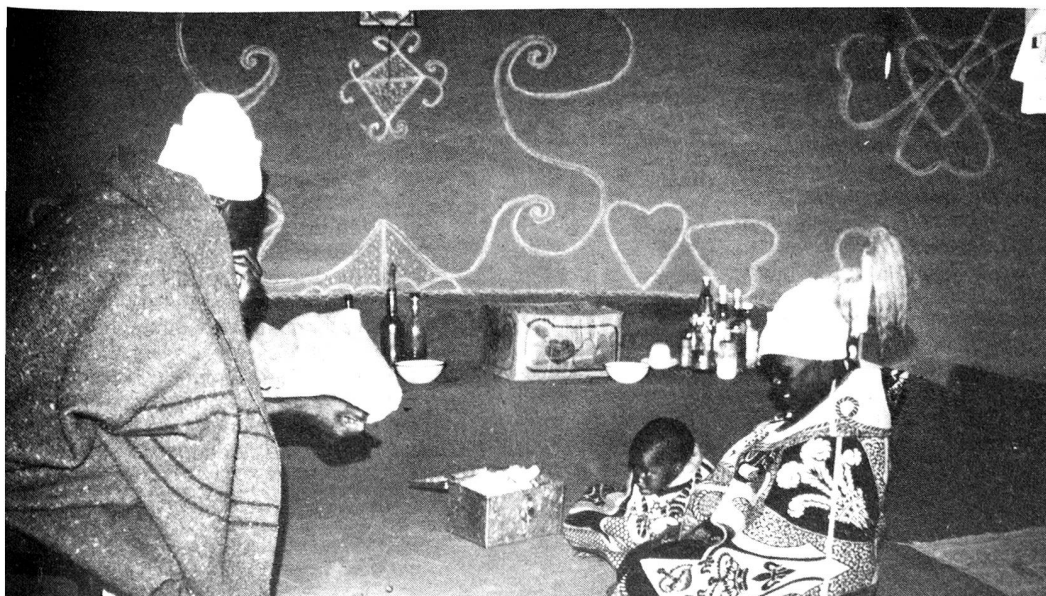
2000» (invece di «Salute per tutti fino all'anno 2000»). Questa tendenza deve essere corretta, e ciò può essere realizzato soltanto con maggiori controlli e contatti con i villaggi e mediante una politica adattata a quest'ultimi nel quadro dell'assistenza medica di base.

Ma i poveri non sono i soli a non approfittare sufficientemente dell'AMB. Infatti vi sono anche le persone anziane, gli uomini e i bambini in età scolastica. Si dovrebbero dunque adattare gli sforzi a questa realtà. Per esempio, il personale potrebbe facilmente raggiungere i bambini nelle scuole: dato che essi hanno contatti molto più stretti che da noi e si educano reciprocamente con un senso delle responsabilità molto sviluppato, le conoscenze diffuse nelle scuole potrebbero essere trasmesse abbastanza efficacemente nel mondo dei bambini. Inoltre i bambini hanno ancora poche responsabilità nei confronti degli antenati, ciò che significa che possono accettare più facilmente un insegnamento medico occidentale.

### **Gli ostacoli politici allo sviluppo**

Anche se si riuscisse a ridurre sensibilmente le difficoltà materiali, rimane difficile raggiungere in modo uniforme la popolazione di un villaggio mediante aiuti medici sotto forma di AMB. Infatti spesso gli abitanti di un villaggio sono divisi da divergenze di natura politica. Il tradizionale sistema gerarchico dei capi-villaggio è stato sostituito da nuove strutture: nel corso di questa evoluzione i capi, gli uomini politici e i rappresentanti delle chiese (che spesso provengono anch'essi da famiglie di capi) lottano per il potere. Queste lotte sono percettibili fino nei villaggi più isolati ed hanno un'influenza nefasta sulla diffusione regolare dell'AMB. Più le tensioni politiche sono forti, più diventa difficile introdurre qualcosa di nuovo, come ad esempio l'AMB. Perché l'assistenza medica di base diventa sempre più politicizzata: diventa un'arma con la quale si battono i gruppi antagonisti. Ecco perché in certi villaggi dove le lotte sono troppo virulente, talvolta non ha senso voler fornir-

*Una donna-medico.*





**Merce al mercato di Maseru. Si riconoscono oggetti, quali i «gri», utili alla medicina tradizionale.**



**Povert  contadina...**

re un lavoro di sviluppo medico destinato al fallimento. Eppure i villaggi politicamente calmi, che ricercano la collaborazione, esistono, ed   l  che bisogna cominciare ad operare.

I cooperanti medici si dibattono in numerose difficolt . Il programma di assistenza medica di base dell'Organizzazione mondiale della sanit  (OMS) rappresenta una specie di guida, di filo conduttore per la creazione di un sistema medico a buon mercato, adattato alle regioni rurali dei paesi in via di sviluppo. Questo programma   il risultato delle esperienze realizzate in tutto il mondo nel quadro di progetti medici nel Terzo Mondo, ed indica il modo in cui possono essere creati sistemi analoghi di assistenza. Il ministero della sanit  pubblica del Lesotho e le istituzioni mediche private – che comprendono gli ospedali in cui lavorano medici svizzeri inviati dagli «Amici del Lesotho», hanno adottato il programma di assistenza medica di base dell'OMS oltre 10 anni orsono. Perci  gli esperti medici in questioni di sviluppo sono tenuti ad applicare questo tipo di medicina. In caso di difficolt  non si tratta dunque di cercare nuove possibilit  ma di paragonare il proprio lavoro di sviluppo al modello imposto, e di trovare soluzioni che si tender  poi di mettere in pratica.

## **Bisogni fondamentali: conflitti d'interesse**

L'assistenza medica di base, che comprende sia la medicina occidentale che quella tradizionale, ha lo scopo di coprire i bisogni medici fondamentali di una popolazione. Quali sono questi bisogni? Sono gli stessi

per tutti gli abitanti di un villaggio? Cosa si aspettano i Basotho dai rappresentanti della medicina occidentale? Quali sono i conflitti che si creano a causa delle differenze d'interesse fra i gruppi? Anche questi temi sono stati trattati nel corso dello studio.

Si   potuto osservare che uomini e donne non hanno le stesse esigenze in materia di bisogni medici. Gli uomini desiderano piuttosto ospedali regionali ed un sistema di trasporto efficace e dunque notevolmente migliore, come pure un'ingerenza minima da parte di persone esterne al villaggio; le donne invece vorrebbero avere nel loro villaggio un centro sanitario diretto da un medico. I giovani sono pi  favorevoli alle misure preventive della medicina occidentale delle persone anziane, spesso gi  ammalate, che non chiedono spiegazioni e dimostrazioni, ma piuttosto cure mediche.

I conflitti d'interesse nascono pure tra i poveri e i ricchi. I poveri si preoccupano di ci  che mangeranno ed indosseranno domani – vogliono dunque cibo e vestiti – mentre i ricchi vorrebbero strade, negozi, un migliore approvvigionamento idrico e centri sanitari. D'altro canto, sia fra i ricchi che fra i poveri vi sono cosiddetti tradizionalisti, che si oppongono ad una rapida occidentalizzazione e vogliono mantenere le tradizioni culturali; essi esigono una maggiore autonomia.

I modernisti invece vogliono introdurre nuovi oggetti, nuove teorie e nuovi mezzi tecnici nella vita del villaggio, accettando cos  di eliminare le tradizioni secolari.

La popolazione tenta di discutere e di risolvere questi conflitti nel corso di riunioni che si svolgono da sempre. Durante queste riunioni viene talvolta stabilita una lista delle priorit  per quanto concerne i diversi bisogni. Certe esigenze (come un migliore approvvigionamento idrico) possono essere realizzate pi  facilmente di altre (come la costruzione di un centro sanitario). Poi le discussioni teoriche vengono rimpiazzate dalla realizzazione pratica. Tuttavia i nuovi progetti sono cos  complicati che ben presto gli abitanti del villaggio non sono pi  all'altezza per realizzarli. Se per  persone esterne al villaggio prendono in mano le redini, gli abitanti si sentono lesi e non sono pi  disposti a partecipare attivamente all'aiuto allo sviluppo. Un modo di procedere troppo rigoroso creerebbe un fossato fra

gli esperti che vogliono fornire il loro aiuto e gli abitanti del villaggio che si sentono manipolati. Inoltre i medici e le infermiere troppo impazienti che vogliono promuovere l'AMB scivolano facilmente in una posizione dominante, cominciando ad impartire ordini e a prendere decisioni senza consultare gli abitanti, che sono male o non informati. Ma l'AMB non pu  essere trasmessa senza la partecipazione della popolazione interessata, e la collaborazione fra gli esperti e la popolazione locale   assolutamente indispensabile.

Sviluppare e controllare l'AMB fa parte dei compiti dei medici svizzeri. Tuttavia, n  la loro formazione universitaria n  il loro lavoro di assistenti negli ospedali li preparano a questo genere di lavoro. Devono dunque imparare sul posto. Ma nel Lesotho non esistono ancora programmi speciali di formazione complementare che permetterebbero loro di acquisire le conoscenze necessarie, e non vi sono neppure posti di tirocinio. Il medico di formazione occidentale deve quindi contare su s  stesso e fare del suo meglio per adattarsi ad una cultura straniera e a un nuovo metodo di lavoro.

In tal modo vengono sprecati un tempo prezioso e molta buona volont . Ecco perch  si parla di introdurre nel Lesotho un programma d'insegnamento speciale per l'assistenza medica di base, che sarebbe a disposizione anche dei medici responsabili. In tal modo dovrebbe essere possibile facilitare l'iniziazione di questi «stranieri» affin  contribuissero attivamente a sviluppare questo campo. □

## **Spesso i poveri rifiutano la medicina occidentale.**

