

- "Cahiers Orstom" (1981-1982), *Médecine et santé*, série Science humaines, vol. XVIII, n. 8.
- ILICH I. (1976), *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*, Penguin, Harmondsworth.
- M'BOLOKO E. (1985), *Histoire des maladies; histoire et maladie: l'Afrique*, in AUGÉ M. - HERZLICH C. (curatori), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Ed. des Archives contemporaines, Paris.
- "Science sociales et santé" (1985), *Anthropologie, sociétés et santé*, novembre 1985.

Sjaak van der Geest

Integrazione o abbraccio fatale? La difficile relazione tra la medicina indigena e la medicina occidentale

La relazione tra la medicina occidentale e le altre tradizioni mediche è destinata a rimanere un argomento di discussione quanto mai controverso e confuso. Nel corso degli ultimi cinque, dieci anni in una grande quantità di pubblicazioni¹ si è sostenuta la necessità di stabilire tra le parti una forma di collaborazione, avvertendo, al tempo stesso, delle possibili insidie. Il recente articolo in cui B. Velimirovic (VELIMIROVIC B. 1984) provocatoriamente denunciava la politica dell'OMS a favore di una integrazione tra la medicina occidentale e quella indigena ha certamente inasprito il dibattito.

Nel mio breve articolo cercherò di richiamare l'attenzione su tre aspetti del problema che sono passati quasi del tutto inosservati. In primo luogo il fatto che la politica dell'OMS appaia più retorica che reale; secondariamente la considerazione che una integrazione a tutti gli effetti tra tradizione e modernità condurrebbe molto probabilmente ad una rapida eclissi delle tradizioni mediche indigene; infine il fatto che al di là degli auspici dell'OMS e dei ministeri della sanità nazionali i guaritori indigeni sono spesso già impegnati in un processo informale di "integrazione" con la medicina occidentale. La mia tesi appoggerà e, al tempo stesso, criticherà il punto di vista di Velimirovic.

In un contributo che prendeva in considerazione lo stato del dibattito, la Pillsbury (PILLSBURY B.L.K. 1982) ha riassunto le ragioni per cui la collaborazione tra personale medico qualificato occidentale e guaritori indigeni appaia come una scelta logica e necessaria. La ragione principale è bene espressa nel titolo di una delle sue prime pubblicazioni (PILLSBURY B.L.K. 1979): *Raggiungere i poveri nelle aree rurali: i guaritori indigeni sono già lì*. La medicina occidentale non è in grado di far fronte alla richiesta di infrastrutture sanitarie nelle aree rurali, dove vive la maggior parte della popolazione del terzo mondo. Si stima, probabilmente con qualche esagerazione, che tra il 70% e l'80% della popolazione rurale non usufruisca dell'assistenza sanitaria "moderna". I governi non potranno risolvere il proble-

ma nell'immediato futuro semplicemente ampliando il corpo medico e paramedico o creando nuove infrastrutture. Inoltre chi ha già ricevuto una formazione nel campo sanitario cerca spesso di allontanarsi dalle aree rurali. Le statistiche dimostrano che la distribuzione ineguale del personale sanitario nelle aree urbane e nelle aree rurali è pressoché universale. Un esempio eloquente è quello dello Yemen del Nord, dove oltre la metà dei medici e infermieri lavora nelle tre maggiori città, nelle quali vive appena il 7% della popolazione. In una situazione simile il ricorso ai guaritori tradizionali sembrerebbe il passo più logico da compiere. In questo modo anche il problema dell'abbandono delle campagne da parte di medici e infermieri verrebbe risolto; infatti la città, comparativamente, esercita un minore richiamo sui guaritori tradizionali. Questi infatti dipendono dalla flora locale per le erbe medicinali; ma anche altri fattori concorrono a radicarli al loro luogo di origine: ad esempio il prestigio sociale di cui godono nella comunità del villaggio, la terra che coltivano e il fatto che le loro terapie sono spesso rivolte ad antenati e divinità la cui influenza è limitata a determinate località. Una seconda ragione sta nel risparmio che una simile politica consente. Preparare un guaritore tradizionale a svolgere una funzione all'interno del sistema sanitario nazionale probabilmente costerebbe infinitamente meno della formazione professionale di un medico, e perfino di un infermiere. L'interesse riservato alla medicina indigena è accresciuto ulteriormente dall'enfasi crescente posta sull'assistenza sanitaria di base; tra gli obiettivi principali vi è quello di incoraggiare l'autonomia della popolazione nel campo medico e sanitario. Quando possibile la dipendenza dai servizi esterni dovrebbe lasciare spazio all'utilizzo di risorse interne. Un appello ai guaritori indigeni rientra in questa filosofia.

Gli antropologi hanno sottolineato l'importanza della "affinità culturale" tra guaritori indigeni e pazienti. Che paziente e medico condividano la stessa idea sulle cause, il significato e la migliore cura di una malattia è un requisito essenziale per un trattamento efficace. La mancanza di una intesa culturale è considerata da molti studiosi la vera causa degli effetti limitati della medicina occidentale nei paesi in via di sviluppo. Una ragione principale per cui la medicina occidentale dovrebbe forse andare incontro alla medicina indigena, tuttavia, non è ancora stata menzionata. Mi riferisco al valore unico delle varie tradizioni mediche indigene. La concezione che esse possano offrire conoscenze preziose e tecniche terapeutiche sconosciute alla medicina occidentale potrebbe essere una ragione valida per ricercare una cooperazione ed uno scambio di idee.

1. La critica di Velimirovic

È esattamente su questo punto che Velimirovic critica l'OMS. Il valore unico di molte tradizioni culturali indigene non è ancora stato *dimostrato*, ma è stato solo *presunto*, apparentemente per ragioni diplomatiche. Velimirovic si spinge oltre, fino a sostenere che «la medicina tradizionale è quell'aspetto della cultura che meno necessita di protezione (se paragonato alla lingua, all'arte, alla musica, alla tradizione orale, alla poesia, etc. che devono essere salvaguardate con ogni mezzo)» (VELIMIROVIC B. 1984: 66). Velimirovic condanna energicamente la medicina tradizionale, e così facendo si contraddice sotto due aspetti: innanzitutto perché egli stesso riconosce che la medicina tradizionale non è ancora stata presa seriamente in considerazione, e inoltre perché fa notare che è inammissibile parlare, genericamente, di "medicina tradizionale". L'Africa in particolare, sottolinea, ha «una grande varietà di credenze e pratiche diverse» (VELIMIROVIC B. 1984: 64).

Velimirovic sembra essere giunto alla conclusione che in nessun luogo la medicina tradizionale raggiunge i livelli della medicina occidentale. Nella migliore delle ipotesi può essere innocua, ed alcune tecniche isolate (il trattamento dei traumi ossei, per esempio) possono essere altrettanto efficaci di quelle occidentali, ma nel complesso il bilancio è estremamente negativo e Velimirovic auspica «un cambiamento delle credenze sulle cause e i trattamenti delle malattie» (VELIMIROVIC B. 1984: 66).

È vero, come osserva Velimirovic, che il cambiamento della politica dell'OMS è prematuro e non si basa su ricerche serie. Dispiace tuttavia che Velimirovic giunga a conclusioni affrettate, facendo affermazioni generiche e fortemente prevenute sulla medicina tradizionale. Auspicare che l'OMS, prima di adottare una linea politica, conduca ricerche approfondite sulle tradizioni mediche indigene, sarebbe stata una conclusione più logica.

Il discorso di Velimirovic è etnocentrico sotto un altro aspetto. Il vero punto debole della medicina tradizionale, scrive, è nel non avere un «meccanismo interno di correzione». Essa non è in grado «di effettuare né una revisione permanente né una rivalutazione critica» (VELIMIROVIC B. 1984: 65). In linea di massima mi trovo d'accordo con questa affermazione, ma non lo sono con il sottinteso che la medicina occidentale abbia un simile "meccanismo interno di correzione". Temo che Velimirovic sopravvaluti grossolanamente la capacità della medicina occidentale di mettere in discussione le proprie premesse. Diversi autori hanno dimostrato in modo convincente che i ricercatori medici sono spesso vittime della loro stessa presunzione,

incapaci di trovare modi alternativi di ragionare seriamente². Uno dei primi a rimarcare che le teorie scientifiche sono in realtà meno "scientifiche" di quanto si sostenga è stato, naturalmente, Kuhn (KHUN T.S. 1962).

2. Il rispetto formale dell'OMS

La preoccupazione di Velimirovic circa una integrazione precipitosa tra le pratiche mediche occidentali e quelle indigene sembra, in un certo senso, eccessiva. Il fatto che l'OMS abbia pubblicato diverse dichiarazioni in cui si pronuncia a favore della "cooperazione", della "integrazione" o della "articolazione" tra medicina occidentale e medicina indigena, non significa tuttavia che questo debba accadere. Il fatto che l'orientamento favorevole verso la medicina indigena si basi soprattutto su considerazioni politiche, come sottolinea lo stesso Velimirovic, potrebbe benissimo suggerire che non ci si debba aspettare l'applicazione effettiva di una politica destinata a promuovere l'integrazione.

Un volume recente pubblicato dall'OMS (WHO 1983) riporta una lista impressionante di comitati, istituti, rapporti e dichiarazioni programmatiche che annunciano una rivalutazione della medicina indigena, ma non è ancora chiaro quali effetti potrebbe avere tutto ciò in un prossimo futuro. Forse si tratta di un nuovo modo di parlare. L'antropologo Charles Leslie scrive nello stesso volume (WHO 1983):

Uno dei paradossi della vita è che dobbiamo avere delle regole per avere una società, ma non possiamo avere una società senza infrangere le regole. Le persone devono poter fare una cosa e dirne un'altra, perché spesso dobbiamo far funzionare un sistema normativo facendo finta che funzioni e adattando le regole alle circostanze (LESLIE C. 1983: 316).

Sembra che l'osservazione di Leslie possa essere applicata anche alla discussione sull'integrazione. La discussione potrebbe benissimo nascondere il fatto che in realtà non è in atto nessun reale riavvicinamento tra medicina occidentale e medicina indigena.

Un esempio lampante lo offre il film *Bono medicines* che racconta le fasi del noto progetto di "integrazione" a Techiman, in Ghana. Nelle sequenze iniziali del film compaiono alcuni sacerdoti-guaritori che danzano in stato di trance. Poco dopo vediamo un ufficiale sanitario dell'ospedale istruire alcuni guaritori indigeni su come curare una ferita. Un volontario dei *peacecorps* statunitensi esamina le conoscenze dei guaritori. Non vediamo mai comparire medici o infermieri nel ruolo di ascoltatori, tantomeno in quello di allievi. La cosiddetta integrazione si rivela così una strada a senso unico. I

guaritori indigeni imparano i rudimenti della medicina occidentale, diventando così ciò che l'Occidente definisce come operatori sanitari di base. Se l'esempio di Techiman è rappresentativo di altri progetti di integrazione, Velimirovic non ha motivo di preoccuparsi. L'atteggiamento nei confronti della medicina indigena non è cambiato molto.

La Pillsbury nella sua valutazione (PILLSBURY B.L.K. 1982), giunge ad una conclusione simile: scrive che i cosiddetti progetti di integrazione si riducono, di solito, alla semplice coesistenza di diverse tradizioni mediche. Nella maggior parte dei casi, quando si stabilisce una reale collaborazione, riguarda le sole levatrici tradizionali. I guaritori tradizionali non riscuotono altrettanto successo. La letteratura che la Pillsbury ha potuto studiare mostra che soltanto in 16 paesi (inclusa la Cina) si è instaurata una collaborazione con i guaritori tradizionali. Quasi sempre si tratta di erbalisti, cioè di guaritori che, come le levatrici tradizionali, hanno maggiori affinità con l'approccio pratico della medicina occidentale. Sciamani, divinatori, sacerdoti-guaritori, etc. sono quasi del tutto assenti. In Cina sono esplicitamente proibiti. Velimirovic arriva a negare che l'esempio cinese possa definirsi una collaborazione tra medici qualificati occidentali e guaritori indigeni, perché i cosiddetti medici scalzi «non sono guaritori tradizionali ma costituiscono una nuova categoria di personale sanitario» (VELIMIROVIC B. 1984: 69).

La Pillsbury sottolinea inoltre che i progetti di integrazione esistenti sono quasi sempre progetti pilota che coinvolgono solo piccoli gruppi di guaritori indigeni. Che la Cina poi possa essere ritenuta una gigantesca eccezione è, come abbiamo visto, discutibile.

Diversi sono i motivi per cui la politica di integrazione ha raggiunto risultati limitati; alcuni sono menzionati dalla Pillsbury. In primo luogo non esiste una valutazione sistematica della medicina indigena, né della sua efficacia, né di quella degli esperimenti di cooperazione. Valutazioni simili, tuttavia, sono necessarie prima che si possa instaurare una cooperazione su larga scala. In secondo luogo, i progetti nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, che dovrebbero promuovere prima di tutto l'integrazione, spesso non funzionano bene. Terzo, i problemi finanziari ne ritardano l'attuazione. Sebbene l'integrazione voglia essere una misura diretta al risparmio, la sua attuazione si rivela un obiettivo costoso. Sembra un paradosso ma non è la prima volta che ci si trova nell'impossibilità di adottare misure che permetterebbero un sicuro risparmio perché, sul breve periodo, risultano troppo costose.

Una quarta ragione è che i responsabili politici non danno alcuna priorità

alla medicina tradizionale, essendo interessati soprattutto a progetti che estendano il loro potere politico. L'appoggio da parte della popolazione rurale non si ottiene dandole qualcosa che già ha, ossia la medicina tradizionale, bensì fornendole le risorse che non può produrre da sola. Inoltre non è nell'interesse della classe politica rendere la popolazione autonoma, perché l'autonomia rende superflui lo Stato e i politici. Non c'è da meravigliarsi quindi se iniziative nel campo della sanità pubblica, che coinvolgono la comunità e quindi rafforzano l'autonomia della popolazione, ricevono ben poca assistenza da parte delle autorità, quando non ne incontrano l'opposizione.

Infine dobbiamo affrontare la realtà del profondo divario tra la cultura e i paradigmi medici dei responsabili politici e ufficiali sanitari occidentali da una parte e dei guaritori indigeni dall'altra. Per quanto funzionari ed esponenti di primo piano del corpo medico si siano espressi in termini convincenti a favore dell'integrazione e della cooperazione, la maggior parte dei medici non mostra interesse verso ciò quando addirittura non è contraria, in particolare laddove la tradizione indigena appare incompatibile con la medicina occidentale.

3. *L'integrazione è possibile?*

Chiedersi se l'integrazione tra medicina occidentale e medicina indigena sia attuabile e auspicabile non ha senso, se prima non si spiega che cosa si intenda per "integrazione". Limiterò la discussione a due possibili tipi di integrazione: mentre il primo garantisce il mantenimento dell'identità della medicina tradizionale, il secondo condurrebbe alla sua perdita. Spero sia chiaro che quando si parla di integrazione quasi sempre è implicito che il guaritore indigeno cessa di svolgere il proprio ruolo, vedendosi ridotto, nel sistema occidentale, alla funzione di un operatore sanitario semi-qualificato.

Sembra quasi un'ironia che il medico scalzo della Cina venga spesso proposto come esempio di una integrazione riuscita tra medicina occidentale e medicina indigena. Il medico scalzo dovrebbe piuttosto essere considerato come un esempio di non integrazione e di abbraccio fatale. Il sistema cinese non riconosce alla tradizione medica indigena il suo reale valore, ma si limita a mantenere in vita poche conoscenze tecniche isolate, affidandole al medico scalzo. Così la tradizione stessa appare completamente distrutta, inghiottita dal sistema medico occidentale moderno che è stato importato.

In uno studio sul pluralismo medico condotto a Taiwan, a Hong Kong e nella Repubblica Popolare Cinese, Lee (LEE R.P.L. 1982) introduce i concetti di "superiorità strutturale" e "forza funzionale". Il primo concetto si riferisce ad una situazione in cui il sistema medico è riuscito ad acquisire una posizione di superiorità grazie al migliore controllo delle malattie, al prestigio sociale e all'appoggio da parte delle autorità e di gruppi sociali dominanti. Il secondo concetto si riferisce alla diffusione raggiunta dal sistema medico tra la popolazione.

Lee osserva che le due cose non necessariamente coincidono; spesso il sistema tradizionale indigeno è meglio distribuito sul territorio, mentre il sistema moderno è superiore in termini sociali. Quando i due sistemi medici si incontrano, entrando o no in competizione, è la superiorità strutturale a prevalere. Lee dimostra come il sistema occidentale, con la sua ideologia scientifica e potendo contare sull'appoggio dell'élite sociale e politica, raggiunga sempre la posizione dominante, il che gradualmente conduce ad un processo di "assorbimento medico". Un confronto può anche portare ad una reviviscenza del sistema più debole, ma paradossalmente anche gli sforzi in questa direzione spesso facilitano, sul lungo periodo, il processo di assorbimento medico. In una situazione di pluralismo medico gerarchizzato, una integrazione e una cooperazione che lascino le identità delle due parti immutate, sembrano impossibili. Una simile "integrazione" potrebbe essere paragonata alla "integrazione politica" che spesso non è altro che un eufemismo per significare l'annessione e il graduale annientamento. In un articolo sull'evoluzione della figura della levatrice negli Stati Uniti, Cobb usa il termine di "cooptazione" per indicare lo stesso fenomeno: accettando certe pratiche della levatrice ("integrazione"), il sistema se ne appropria assorbendo l'intera funzione della levatrice (COBB A.K. 1981).

Alla domanda se sia possibile "l'integrazione" dei due sistemi quando si voglia preservare l'identità di quello strutturalmente inferiore, si può rispondere senz'ombra di dubbio con un no. Più difficile è rispondere ad un'altra domanda: se "l'integrazione" che porta alla perdita d'identità (il che, come abbiamo visto, può accadere) sia auspicabile. La risposta chiaramente dipende dal punto di vista di ognuno. Chi è convinto della superiorità qualitativa della medicina occidentale, senza dubbio applaudirà questo tipo di "integrazione", considerandola un passo avanti verso il benessere. Velimirovic, per quanto si dichiara contrario all'integrazione, può considerarsi un fautore di questa tesi. Chi crede invece che la tradizione medica indigena possa offrire un contributo insostituibile, rifiuterà una simile "in-

tegrazione". Non è raro, comunque, che chi si batte a favore della "integrazione", difendendo il sistema indigeno nella speranza di ridargli dignità, contribuisca in realtà, alla sua scomparsa. Per contro gli oppositori della medicina indigena, come abbiamo visto, possono ostacolarne l'integrazione, aiutandola in tal modo a sopravvivere. Su un punto, infatti, non vi sono dubbi: se la tradizione medica non-occidentale vuole sopravvivere, deve tenersi lontana dagli artigli della medicina occidentale. Chiedersi quale sia la cosa migliore è una domanda ideologica. Ciò che si desidera dipende da ciò che si considera giusto e buono, dipende da ciò in cui si "crede". Sarebbe facile quindi limitarsi a sollecitare ricerche sulle caratteristiche dei vari sistemi indigeni; qualcosa, tra l'altro, che Velimirovic apparentemente ritiene superfluo. Sfortunatamente non è facile condurre una ricerca obiettiva. Non sono soltanto i dogmi ideologici ad essere difficilmente dimostrabili scientificamente, anche il credo dei vari sistemi medici sfugge agli accertamenti scientifici. Inoltre ciò che definiamo "scientifico" appartiene già al campo del sistema medico occidentale e non può essere considerato uno strumento obiettivo per misurare l'efficacia e l'adeguatezza della tradizione occidentale e al tempo stesso di quella non-occidentale. In altre parole, la stessa ricerca scientifica si rivela impregnata di ideologia; i ricercatori quindi, si trovano di fronte al compito impossibile di non lasciarsi influenzare dalla propria ideologia. Senza perdere di vista questa contraddizione si potrebbe almeno suggerire che venga intrapresa una ricerca equilibrata sulla medicina indigena e che, per il momento, si dia più spazio ai differenti sistemi medici.

4. Integrazione informale

Chiedersi se l'integrazione sia auspicabile, dunque, pertiene all'ideologia; ma non solo, suggerisce anche che la pianificazione e l'adozione di una politica possano essere sufficienti a dare libero corso all'integrazione o al contrario a impedirla. Una simile pretesa può benissimo essere il segno della sopravvalutazione della possibilità di controllare i processi sociali. Tanto i pazienti quanto i medici possono decidere che cosa fare senza prestare attenzione a proposte inconsistenti, dichiarazioni programmatiche e discorsi fabbricati nei ministeri e in altri uffici burocratici. Le due parti, paziente e medico, si rivelano spesso sincretistiche.

Un numero sempre crescente di pubblicazioni³ mostra che i cosiddetti guaritori tradizionali sono sempre pronti ad adottare elementi della medi-

cina occidentale, come ad esempio farmaci particolarmente efficaci (soprattutto antibiotici), cure a base di iniezioni e tutto il resto. L'egemonia della medicina occidentale è così saldamente affermata che questo processo di acculturazione non-pianificato appare inevitabile. Alcuni autori⁴ hanno definito questo nuovo sincretismo "medicina di transizione", in quanto rappresenta uno stato di transizione tra la medicina indigena e quella importata.

Mentre i responsabili politici discutono di "integrazione" ufficiale, l'integrazione non-ufficiale si è già fatta strada. Né i pazienti, né i medici sembrano preoccuparsi dell'incompatibilità tra paradigmi diversi che, secondo parecchi ricercatori, rende impossibile l'integrazione. La storia si ripete: l'eredità del passato viene abbandonata per i prodotti "impressionanti" dell'Occidente. L'attrazione commerciale che essi hanno svolge probabilmente un ruolo di primaria importanza in questo processo. I pericoli che esso comporta per la salute e il benessere generale della popolazione coinvolta sono stati ripetutamente illustrati⁵, ma probabilmente il processo non può essere arrestato.

5. Conclusioni

Velimirovic, giustamente, fa notare che la politica dell'OMS a favore del riconoscimento e dell'integrazione della medicina indigena è affrettata e priva di basi. Tuttavia la critica che egli fa alla medicina indigena è essa stessa affrettata. Velimirovic, inoltre, prende troppo sul serio la politica dell'OMS. È improbabile che una qualche forma di integrazione o cooperazione venga stabilita su larga scala nel prossimo futuro. Per di più egli non sembra rendersi conto che l'integrazione, invece di preservare la medicina indigena, potrebbe portare alla sua scomparsa; al contrario, una decisione contro di essa probabilmente offrirebbe alle tradizioni indigene le migliori probabilità di sopravvivenza. In altre parole l'appello di Velimirovic contro la cooperazione e l'integrazione rischia di avere l'effetto esattamente opposto a quello da lui voluto. Infine, a rendere tutto più complicato, non dovremmo dimenticare che un processo di acculturazione medica non pianificata e informale è già in atto, indipendentemente dalle decisioni dei responsabili politici, e che questo processo comporterà, molto probabilmente, gravi rischi per la salute pubblica. Perché, ci si potrebbe chiedere, tutto questo parlare di integrazione? Coloro che usufruiscono dell'assistenza sanitaria sono convinti di aver già raggiunto una "integrazione" delle tradi-

zioni mediche. Hanno precise opinioni su quale medico sia in grado di curare quella malattia. Nella loro mente esiste un complesso "sistema di riferimenti" tra le varie istituzioni mediche. Perché non lasciare le cose come stanno? Una coesistenza pacifica delle diverse tradizioni mediche non è forse la forma più riuscita di "integrazione"?

Note

* L'articolo è originariamente apparso in lingua inglese nel 1985 sulla rivista tedesca "Curare", n. 8, pp. 9-14, con il titolo *Integration or fatal embrace? The uneasy relationship between indigenous and western medicine*; si ringrazia la rivista per aver gentilmente concesso la sua pubblicazione in italiano.

Traduzione di Pino Schirripa.

¹ Cfr. HARRISON I.E. 1974; DJUKANOVIC V. - MACH E.P. 1975; WHO 1978; LANTUM D.N. 1979; ADEMUWAGUN Z.A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON I.E. - WARREN D.M. 1979; GOOD C.M. et al. 1979; PILLSBURY B.L.K. 1979; BIBEAU G. - CORIN E. - MULINDA H.B. 1978; ULLIN P.R. - SEGALL M.H. 1980; ELLING R.H. 1981; MACLEAN U. - BANNERMAN R.H. 1982; PEARCE T.O. 1982; WHO 1983.

² FOUCAULT M. 1975; BERLINER H. 1976; ILLICH I. 1976; TAYLOR R. 1979; WRIGHT P. - TREACHER A. 1982; VERBRUGH H.S. 1983.

³ Cfr. ad esempio VAN DER GEEST S. 1982, LANDY D. 1977.

⁴ Tra questi si veda BUSCHKENS W.F.L. - SLIKKERVER L.J. 1982.

⁵ Cfr. VAN DER GEEST 1982; MACLEAN U. 1974, MELROSE D. 1982.

Bibliografia

- ADEMUWAGUN Z.A. - AYOADE J.A.A. - HARRISON I.E. - WARREN D.M. (curatori) (1979), *African therapeutic systems*, Crossroad Press, London.
- BERLINER H. (1976), *Ideology in medicine*, Health Movement Organization, New York.
- BIBEAU G. - CORIN E. - MULINDA H. B. (1978), *Traditional medicine in Zaïre. Present and potential contribution to the health services*, International Development Research Centre, Ottawa.
- BUSCHKENS W.F.L. - SLIKKERVER L.J. (1982), *Health care in East Africa. Illness behaviour of the Eastern Oromo in Hararghe (Ethiopia)*, Van Gorcum, Assen.
- COBB A.K. (1981), *Incorporation and change: the case of the midwife in the United States*, "Medical Anthropology", 5, 1, 1981, pp. 73-78.
- DJUKANOVIC V. - MACH E.P. (curatori) (1975), *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*, WHO, Geneva.

- ELLING R.H. (curatore) (1981), *Traditional and modern medical systems, Special Issue*, "Social Science & Medicine", 15A, 2, 1981.
- FOUCAULT M. (1975), *The birth of the clinic. An archeology of medical perception*, Vintage Books, New York.
- VAN DER GEEST S. (1982), *The illegal distribution of western medicines in developing countries: pharmacists, drug peddlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration*, "Medical Anthropologist", 6, 4, 1982, pp. 197-219.
- GOOD C.M. et al. (1979), *The interface of dual systems of health care in the developing world*, "Social Science and Medicine", 13D, 1979, pp. 141-154.
- HARRISON I.E. (1974), *Traditional healers: a neglected source of health manpower*, "Rural Africa", 26, 1974, pp. 5-16.
- ILLICH I. (1976), *Limits to medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health*, Penguin, Harmondsworth.
- KUHN T.S. (1962), *The structure of scientific revolutions*, Chicago University Press, Chicago.
- LANDY D. (1977), *Role adaptation: traditional curers under the impact of western medicine*, pp. 468-481, in LANDY D., *Culture, disease and healing. Studies in medical anthropology*, Macmillan, London.
- LANTUM D.N. (1979), *The pros and cons of traditional medicine in Cameroon*, "Abbia", 34-37, 1979, pp. 77-106.
- LEE R.P.L. (1982), *Comparative studies of health care systems*, "Social Science & Medicine", 16 (6), 1982, pp. 629-642.
- LESLIE C. (1983), *Policy options regulating the practice of traditional medicine*, pp. 314-317, in WHO, *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, WHO, Geneva.
- MACLEAN U. (1974), *Magical medicine: a Nigerian case study*, Penguin, Harmondsworth.
- MACLEAN U. - BANNERMAN R.H. (curatori) (1982), *Utilization of indigenous healers in national health systems, Special Issue*, "Social Science & Medicine", 16, 21, 1982.
- MELROSE D. (1982), *Bitter pills: medicines and the third world poor*, Oxford.
- PEARCE T.O. (1982), *Integrating western orthodox and indigenous medicine*, "Social Science & Medicine", 16, 18, 1982, pp. 1611-1617.
- PILLSBURY B. (1979), *Reaching the rural poor: indigenous health practitioners are there already*, Us-Aid, Washington.
- PILLSBURY B. (1982), *Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health systems*, "Social Science & Medicine", 16, 21, 1982, pp. 1825-1834.
- TAYLOR R. (1979), *Medicine out of control: the anatomy of a malignant technology*, Sun Books, Melbourne.
- ULLIN P.R. - SEGALL M.H. (1980), *Traditional health care delivery in contemporary Africa*, Syracuse University, Syracuse.
- VELIMIROVIC B. (1984), *Traditional medicine is not Primary health care: a polemic*, "Curare", 7, 1984, pp. 61-79.
- VERBRUGH H.S. (1983), *Nieuw besef van ziekte en ziek-zijn*, De Toorts, Haarlem.
- WHO (1978), *The promotion and development of traditional medicine*, TRS, n. 622, WHO, Geneva.
- WHO (1983), *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, WHO, Geneva.
- WRIGHT P. - TREACHER A. (curatori) (1982), *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*, Ed. University Press, Edinburgh.