



ARTICOLO

La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura

di Ivo Quaranta

Introduzione

L'antropologia medica, fin dai suoi esordi, ha mostrato una spiccata vocazione applicativa, incentrata sulla possibilità di dare operatività ai risultati delle ricerche sul ruolo dei processi socio-culturali nei contesti di cura.

Ben lungi dal voler ripercorrere i dibattiti che hanno spesso visto contrapposte diverse anime della disciplina¹, in questa sede ci si preoccuperà di segnalare quali strumenti possono essere adottati, e con quali finalità, nel complesso processo di cura dei pazienti.

A tal fine è opportuno segnalare subito alcuni equivoci che, in passato come oggi, spesso condizionano il nostro pensiero quando ci apprestiamo a riflettere sul rapporto fra cultura ed esperienza di malattia. Il primo equivoco è quello di considerare la pertinenza delle variabili culturali solo quando si ha a che fare con pazienti stranieri, vedendo nel concetto di cultura uno strumento atto a ridurre la distanza che separa la prospettiva dei pazienti dalle interpretazioni diagnostiche e dalle indicazioni terapeutiche fornite dal personale medico-sanitario. A questo equivoco si associa spesso un corollario, secondo cui le variabili culturali emergerebbero come significative solo quando si tratta di problemi di salute mentale, immaginando il terreno somatico come libero da condizionamenti culturali, esentando così il medico dal doversene preoccupare. Questi due equivoci ci conducono direttamente al terzo: l'idea che il pensiero e le categorie diagnostico-terapeutiche della biomedicina siano libere da connotazioni culturali, in virtù della loro scientificità. In estrema sintesi, questi equivoci sono riconducibili ad una serie di dicotomie che tendono a rafforzarsi a vicenda: noi/altri, natura/cultura, corpo/mente, scienza/credenza.

A qualificare il ragionamento antropologico è invece il presupposto che ogni forma di conoscenza, ivi inclusa quella scientifica e medica, non possa che essere un prodotto storico-culturale che, in quanto tale, prende forma attraverso specifici assunti circa la natura

¹ Celebri sono gli accessi confronti fra la *Clinically Applied Medical Anthropology* e la *Critical Medical Anthropology* (Quaranta 2001).



dell'essere umano, della malattia e, in ultima analisi, della realtà.

A caratterizzare culturalmente la biomedicina è infatti una specifica visione della malattia nei termini di un'alterazione nella struttura e/o nel funzionamento dell'organismo bio-psichico individuale. Questa visione della malattia, emersa attraverso dinamiche storico-culturali che possono essere rintracciate nel corso degli ultimi ventiquattro secoli (Grmek, 1993), ha certamente permesso alla biomedicina di produrre elevatissimi livelli di efficacia. È proprio in virtù del suo concentrarsi principalmente sulle dimensioni anatomico-fisiologiche dell'organismo individuale, pensato in termini bio-psichici, che la biomedicina ha potuto elaborare tecniche di intervento terapeutico capaci di produrre significative trasformazioni su tali livelli di realtà. Detto altrimenti: è proprio in virtù del suo riduzionismo che la biomedicina ha potuto raggiungere livelli di efficacia terapeutica difficilmente eguagliabili (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

Poco senso avrebbe, dunque, criticare la biomedicina per il suo orientamento riduzionista, se questo è proprio alla fonte della sua efficacia. La domanda giusta da porsi allora dovrà essere la seguente: cos'altro viene prodotto, oltre all'auspicabile efficacia terapeutica, dal riduzionismo biomedico? È nel dare risposta a questa domanda che emergerà la possibilità di un proficuo dialogo con l'antropologia, non già nei termini di una complementarità e di una giustapposizione di differenti forme di sapere, ma di una reciproca trasformazione.

Se siamo disposti ad ammettere la natura culturale delle categorie biomediche, allora potremo renderci anche conto di quanto il processo diagnostico rappresenti un'impresa eminentemente interpretativa, volta a produrre un significato per l'esperienza di malattia dei pazienti (Good B.J. e Del Vecchio Good M.J., 1981a, b).

Lungi dall'essere mere descrizioni neutre di una realtà data, le categorie mediche emergono come veri e propri dispositivi di costruzione culturale della realtà clinica, di ciò che è ritenuto clinicamente rilevante (Kleinman, 1980). Si tratta in altri termini di un processo di selezione di quali aspetti debbano essere presi in considerazione. Nel considerare pertinenti le dimensioni anatomico-fisiologiche dell'organismo bio-psichico come unico ambito in cui si manifesta la realtà della malattia, si corre però il rischio di non cogliere come rilevanti altre dimensioni di quella complessa realtà umana che difficilmente possiamo ridurre a mera patologia. Il primo aspetto che rischia di essere fortemente messo tra parentesi dal



riduzionismo biomedico è il significato che i pazienti attribuiscono alle loro esperienze di malattia.

Dalla prospettiva del paziente all'esperienza vissuta

Perché mai la biomedicina si dovrebbe preoccupare del significato che i pazienti attribuiscono alle loro esperienze di malattia?

L'antropologia medica ha da tempo messo in luce come ignorare tale dimensione della malattia possa minare l'efficacia terapeutica stessa (Eisenberg e Kleinman, 1981). Non tenere conto della distinzione fra *disease* e *illness* potrebbe pregiudicare il costituirsi di un'alleanza fra medico e paziente sul fronte dell'adesione al regime terapeutico. Ignorare il significato che i pazienti attribuiscono alle loro esperienze di malattia significa ignorare anche in che modo verranno da questi interpretate le indicazioni fornite loro durante l'incontro medico.

A cavallo fra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento un gruppo di studiosi, afferenti all'Università di Harvard, propose di inserire all'interno del rapporto fra medico e paziente un momento volto ad esplorare le concezioni dei pazienti circa la natura dei loro disturbi, al fine di prevenire possibili conflitti interpretativi fra la prospettiva del clinico e quella del paziente. Questi studiosi proposero di considerare *disease* e *illness* possono come differenti Modelli Esplicativi della malattia: il primo, appunto, nei termini di un'alterazione nella struttura e/o nel funzionamento dell'organismo, l'altro nei termini del significato che i pazienti attribuiscono alle loro esperienze di malattia (Eisenberg, 1977; Kleinman A., Eisenberg L., Good B., 1978).

La proposta prevedeva un'esplorazione delle idee dei pazienti circa: l'inizio del loro problema di salute, la causa che ritengono lo abbia posto in essere, la loro concezione dei processi patofisiologici, le aspettative sul trattamento ritenuto maggiormente appropriato e, in ultimo, le aspettative circa il decorso (Kleinman, 1978).

Celebre in proposito è lo studio di Blumhagen (1980) sull'ipertensione in Nord-America, intesa dai pazienti attraverso modelli interpretativi popolari, che identificavano la natura del problema con lo stress e le tensioni che vivevano nella propria vita quotidiana (*illness*), laddove i medici configuravano il problema nei termini di un'alterazione della pressione



arteriosa del sangue (*disease*). Questi differenti modelli portavano alla non-compliance nella misura in cui, passate le fasi critiche della propria vita, i pazienti, non sentendosi più sotto pressione, smettevano di prendere i farmaci prescritti, che invece, data la natura cronica del disturbo, andrebbero presi quotidianamente.

Se aggiungiamo a queste considerazioni le problematiche che possono essere generate dalle differenze culturali, oltre che linguistiche, ci rendiamo immediatamente conto di quanto possa essere determinante prendere in debita considerazione le concezioni attraverso cui le persone elaborano il significato delle loro esperienze di malattia: il processo di traduzione di segni di disagio in sintomi di malattia è infatti un processo mediato culturalmente (Young, 1982).

Questo approccio, tuttavia, non ambiva solamente a prevenire la mancata adesione alla terapia prescritta, ma veniva proposto anche come utile strumento nel processo diagnostico stesso. Se infatti l'esperienza umana non può che essere organizzata simbolicamente, la stessa malattia emerge come un'esperienza culturalmente plasmata. La presentazione dei sintomi durante l'incontro terapeutico deve dunque essere apprezzata nei termini di un processo di elaborazione culturale: come la letteratura antropologia mette chiaramente in luce da decenni, ad esempio, il fatto che la stessa dicotomia mente/corpo non abbia cittadinanza culturale altrove fa sì che il linguaggio sintomatologico dei pazienti non possa essere affrontato nei termini di una mera traduzione linguistica fra differenti linguaggi, in virtù del fatto che gli stessi termini, partecipando di sistemi simbolici articolati e complessi, non necessariamente rinviano alle stesse aree semantiche (Good, 1977, 1994). Spesso il riferimento ad organi come il cuore o il fegato emergono come veri e propri idiomi culturalmente codificati per esprimere esperienze sociali che rischiamo di non capire se non ci preoccupiamo di comprendere cosa essi significhino all'interno di un sistema simbolico differente per tradurre specifiche esperienze di disagio (Nichter, 1981, 2010).

Predisporre al cuore dell'incontro terapeutico una sistematica esplorazione della prospettiva del paziente emerge come il presupposto fondamentale per poter guidare il clinico anche nel suo lavoro diagnostico, oltre che terapeutico. È evidente come tale esplorazione difficilmente potrà avvenire se non si riconosce dignità alla prospettiva del paziente, non certamente in termini di pietismo caritatevole, o di generico rispetto per l'altro, ma proprio



per garantire il corretto espletamento del lavoro del clinico (Kleinman, 1980).

Riconoscere dignità alla prospettiva del paziente implica però il contestuale riconoscimento della natura culturale delle proprie pratiche biomediche. Riconoscere la natura culturale del proprio operare non significa delegittimarlo, quanto piuttosto divenire consapevoli che al cuore del ragionamento clinico opera in modo implicito un processo di selezione culturale che rischia di offuscare dimensioni che potrebbero essere invece determinanti nel processo diagnostico-terapeutico (Gordon e Lock, 1988).

Chi aveva proposto l'approccio basato sull'analisi dei Modelli Esplicativi ambiva precisamente a produrre un atteggiamento orientato verso un ascolto antropologico della prospettiva dei pazienti, per comprendere ciò che altrimenti i propri criteri di adeguatezza avrebbero occultato. Se le finalità di tale approccio rimangono certamente valide, ad essere stato progressivamente messo in dubbio è il modo attraverso cui perseguirle. Una delle conseguenze inattese del lavoro sui modelli esplicativi è stata quella di aver generato una distorta visione del concetto di cultura, al punto che furono proprio gli stessi autori a superare il loro approccio iniziale (Good, 1994; Kleinman, 1995). Anche in questo caso, senza ripercorrere le traiettorie dei dibattiti scientifici in proposito, ci si preoccuperà di tentare di elaborare delle sintesi operative.

Spesso il concetto di cultura è stato concepito principalmente come un qualcosa che "abbiamo" in quanto membri di un gruppo, e non come qualcosa che anche "facciamo". L'idea stessa della cultura ha permesso di affrancare il tema della differenza fra i gruppi umani dal riduzionismo bio-genetico che aveva alimentato storture che ben conosciamo nei loro esiti razzisti (Galissot, Kilani, Rivera, 2001). Tuttavia l'idea della cultura concepita semplicemente come un sistema di simboli condivisi socialmente attraverso cui interpretare la realtà ha spesso generato l'idea che le interpretazioni dei pazienti stranieri debbano essere ricondotte ad un qualche modello culturale di riferimento. Questo atteggiamento, a cascata, ha alimentato una visione essenzializzata dei mondi culturali incapace di tenere debitamente conto delle molteplici dimensioni attraverso cui si declinano le differenze, non più solo tra mondi culturali ma anche entro i mondi culturali: differenze, di genere, generazionali, socio-economiche e di status, di orientamento religioso e sessuale, ecc. (Marcus e Fischer, 1986). Ma non solo. A venire messa in ombra è proprio la natura



processuale delle dinamiche culturali: detto altrimenti, la cultura è un processo che gli esseri umani fanno e non semplicemente un bagaglio concettuale che hanno in quanto membri di un gruppo. Non si vogliono certamente mettere tra parentesi le dimensioni collettive, storicamente profonde, delle dinamiche culturali, quanto piuttosto segnalare la necessità di cogliere anche le dimensioni attraverso cui i soggetti culturali si appropriano creativamente dei repertori collettivi di saperi e pratiche, segnalando la natura intrinsecamente aperta e dinamica della produzione culturale (Ortner, 1984; 2006).

Queste considerazioni assumono una veste eminentemente pratica proprio quando ci si sofferma sull'esperienza di malattia. Molti studi hanno messo in luce come a caratterizzare l'esperienza di malattia spesso sia proprio la difficoltà degli afflitti di collocarsi all'interno di uno scenario di senso, rendendo particolarmente frustrante il lavoro anche di chi, animato dalle migliori intenzioni, si trova a scontrarsi con l'assenza di una prospettiva di cui tenere conto (Garro, 1992; Good, 1994; Leder, 1990; Scarry, 1985; Toombs, 2001).

La malattia infatti non avviene esclusivamente al livello dell'organismo che abbiamo, ma anche del corpo che siamo, del corpo nel mondo (Csordas, 2002; Good, 1994). L'idea che il corpo sia esclusivamente un meraviglioso organismo bio-psichico su cui intervenire a livello tecnico ha prodotto l'elisione del corpo come terreno esistenziale del sé e della cultura. Non solo siamo corpi, ma il corpo è anche il soggetto attivo dell'esperienza, ovvero partecipa attivamente nella produzione di quei significati attraverso cui interpretiamo la realtà e qualifichiamo la nostra esperienza di essa (Csordas, 1990).

In ottica antropologica l'uomo è considerato come biologicamente incompleto, in virtù del fatto che le informazioni trasmesse a livello bio-genetico non sono sufficienti a garantire la nostra sopravvivenza. È solo all'interno di un gruppo sociale che ci accoglie che apprendiamo quelle tecniche e quegli strumenti concettuali che ci consentiranno di orientarci attivamente nel mondo. Come sottolinea Francesco Remotti (2011), ci troviamo di fronte ad una seconda nascita sociale che si configura nei termini di un processo di completamento culturale dell'essere umano. In questo senso la natura umana viene ad essere intesa come costitutivamente culturale. È evidente a questo punto come ad essere universalmente umana è proprio la nostra dipendenza da specifici processi di costruzione culturale che vedono nella differenza un elemento irriducibile dell'umanità (Comaroff, 1981).



A caratterizzare tuttavia le nostre forme di esperienza è una profonda elisione delle dimensioni collettive e storico-culturali della natura umana. Tale elisione è radicata nella natura stessa dei processi di plasmazione culturale dell'essere umano: essi infatti sono processi che si realizzano in modo informale, nella pratica esposizione ad un mondo sociale di cui incorporiamo i valori e le forme simboliche attraverso cui si realizza simultaneamente la nostra plasmazione e di conseguenza i nostri atteggiamenti nei confronti della realtà. Possiamo così parlare di una complicità ontologica fra soggetto e mondo, in virtù del fatto che interpretiamo la realtà attraverso i processi culturali della nostra plasmazione. Detto altrimenti, ci rapportiamo al mondo attraverso i processi della nostra plasmazione culturale. Il corpo non è un "elemento" marginale in tale processo di costruzione della realtà e di occultamento del nostro ruolo generativo. Da un lato, infatti, è attraverso le loro iscrizioni sui corpi che il sapere e l'ordine sociale vengono naturalizzati: nel penetrare l'esperienza vissuta, la loro storicità e contingenza recedono dalla sfera della consapevolezza. È attraverso questo processo di incorporazione che l'ordine sociale assume le vesti della naturalezza e della necessità, e che i processi socio-politici che lo sostengono vengono ad essere opacizzati nell'immediatezza dell'esperienza vissuta. Dall'altro lato è in quanto corpi culturalmente informati che percepiamo il mondo, interpretandolo percettivamente prima ancora di renderlo oggetto di una riflessione linguistica e cognitiva esplicita. Come suggeriscono le prospettive fenomenologiche, percependo il mondo lo intenzioniamo prima ancora di categorizzarlo. In virtù del fatto che tale processo è pre-categoriale, pre-oggettivo, pre-concettuale, percettivo appunto (ma non pre-culturale!), gli esseri umani sono artefici della costruzione culturale della realtà senza necessariamente esserne consapevoli (Csordas, 1990).

Va da sé che la crisi del corpo produca una crisi nel nostro stesso esserci nel mondo, andando a minare le radici corporee della significazione. Certamente non possiamo ridurre la natura dei processi culturali alle sole dimensioni dell'esperienza soggettiva: dobbiamo piuttosto guardare all'esperienza nei termini della dimensione vissuta dei processi culturali. La malattia, andando a minare le dimensioni esperienziali della significazione – le sue radici corporee – produce una vera e propria crisi in quel silente, ancorché costitutivo, processo di produzione di significati attraverso cui abitiamo la realtà come se questa fosse dotata di una



sua autonomia di senso. È in questa ottica che l'esperienza di malattia genera un processo di dissoluzione del mondo vissuto, ovvero di quella rete di rapporti intersoggettivi su cui poggia implicitamente la nostra abituale esperienza del/nel mondo.

Se a caratterizzare l'esperienza di malattia - ma Ernesto De Martino (1977) ci insegna che molteplici sono le esperienze umane caratterizzate da tale processo in cui la nostra presenza nel mondo può entrare in crisi - è precisamente una crisi del nostro ruolo di attori culturali, difficilmente si potrà procedere ad una mera estrapolazione della prospettiva del paziente. Essa piuttosto andrà prodotta, compatibilmente con quella visione della cultura nei termini di un processo intersoggettivo di produzione di significati attraverso cui interpretiamo la realtà e qualifichiamo la nostra esperienza di essa.

Se la cultura è un processo intersoggettivo, la relazione fra medico e paziente viene ad essere ripensata nei termini di un contesto in cui si pone mano alla co-costruzione di significati: essa emerge dunque come una pratica culturale. È rispetto a questo aspetto che possiamo provare a ripensare anche il "miglior interesse del paziente". Se la malattia mina gli assunti su cui riposa la nostra esistenza quotidiana, imponendoci di rinegoziarne di nuovi, è evidente come si tratti di un processo che trascende il corpo e l'individuo, per intaccare quella trama di rapporti intersoggettivi al cui interno l'esperienza personale viene processualmente a definirsi. Il miglior interesse del paziente dunque non può essere tutelato attraverso il coinvolgimento del paziente nei processi decisionali attraverso il consenso informato, nella misura in cui ad essere messo in discussione è proprio quell'orizzonte intersoggettivo di significati alla cui luce poter definire in cosa costi il proprio bene e poter operare una scelta in tal senso (Quaranta, Ricca, 2012).

Agire nel miglior interesse del paziente, allora, significa impegnarsi nel comune processo di co-costruzione di un significato per l'esperienza di malattia, alla cui luce poter operare una possibile scelta. Questo processo non lo si realizza applicando meccanicamente principi bioetici, ma è un processo che va costruito con il paziente. Si tratterà pertanto di creare un'alleanza fra professionisti della salute, pazienti e familiari per elaborare insieme, con le rispettive competenze, cosa sia meglio fare alla luce di un processo di ricostruzione del significato venuto meno. Si tratta dunque di realizzare una sintesi operativa fra corpo vissuto e corpo oggettivato dalle scienze mediche, attraverso un coinvolgimento personale



degli attori professionali e una professionalizzazione delle figure personali che ruotano con e insieme al paziente. A questo proposito Sally Gadow (1980) parla di *existential advocacy* ovvero della necessità di un'etica relazionale in cui gli operatori sanitari insieme ai pazienti e ai soggetti per loro significativi, si impegnano in tale processo di ricostruzione di un mondo significativo, al fine di garantire il diritto dei pazienti ad operare una scelta adeguata al valore attribuito alla situazione.

Gli approcci narrativi in antropologia medica sono storicamente emersi precisamente con questo duplice obiettivo: da un lato, quello di favorire l'analisi dei processi di dissoluzione del mondo vissuto alla cui luce arrivare a comprendere che cosa significhi, per i soggetti coinvolti, una particolare esperienza di afflizione; dall'altro lato, quello di promuovere la partecipazione attiva dei pazienti nella produzione del significato attraverso cui arrivare a dare senso ad una inedita forma di esperienza del/nel mondo (Mattingly, 1998; Mattingly e Garro, 2000).

Se i Modelli Esplicativi implicavano un approccio volto ad esaminare le concezioni dei pazienti circa la natura della loro afflizione, gli approcci narrativi ci invitano a partecipare nel processo intersoggettivo di costruzione del significato dell'esperienza (di produzione dei modelli stessi). Operativamente tutto questo si traduce nel programmatico e sistematico tentativo di mettere il paziente in condizione di esplorare le proprie "concezioni", di far emergere una sua prospettiva. La prospettiva del paziente non è dunque assunta come un "qualcosa" che deve essere tenuto in considerazione, ma come un prodotto da realizzare intersoggettivamente e le narrazioni come il processo attraverso cui farlo.

Sally Gadow (1980, 1989) mette in luce, attraverso le sue esperienze di ricerca, come spesso i medici resistano a questo approccio, sostenendo che, aprendosi alle dimensioni personale della sofferenza, oltre al *burn-out* rischierebbero anche un coinvolgimento che potrebbe minare la propria capacità di giudizio professionale. La studiosa mostra come sia piuttosto vero il contrario: attraverso il duplice processo di personalizzazione del professionale e di professionalizzazione del personale non solo aumenta il livello di soddisfazione dei pazienti, ma anche quello dei medici. A produrre l'esperienza di *burn-out*, in questo caso, non sarebbe tanto il coinvolgimento personale, ma il disagio vissuto rispetto alla violenza iscritta nell'astrazione della malattia come mera patologia. Detto in altre parole:



se ci si apre alle dimensioni personali senza sapere come valorizzarle, allora si vivrà un profondo disagio circa la loro elisione attraverso un atteggiamento riduzionista e universalizzante. Se, di contro, ci si impegna nel promuovere il coinvolgimento del paziente nel processo di chiarificazione di cosa debba essere rilevante nella propria vicenda di malattia, non solo non si vive la frustrazione del dover ridurre il vissuto a meri processi organici, ma si vive la profonda soddisfazione di aver espletato al meglio il proprio mandato. Le narrazioni sono dunque da intendersi come uno strumento volto a promuovere nel paziente la sua agentività nel processo di produzione di senso, alla cui luce qualificare l'esperienza di malattia, giungendo ad esempio ad accettare l'inevitabilità di una diagnosi e operare delle scelte coerenti rispetto ai nuovi imperativi posti in essere dall'afflizione. Attraverso questi studi si è prodotta la possibilità di ripensare radicalmente il terreno dell'efficacia terapeutica nei termini dell'elaborazione di un significato capace di radicare una rinnovata presenza in un mondo inedito (anche perché quell'esperienza di trasformazione, che culturalmente definiamo guarigione, non potrebbe mai essere un ritorno ad una situazione esistenziale di partenza).

Generalmente, in ambito medico, definiamo l'efficacia rispetto all'esito prodotto da un determinato intervento terapeutico, ignorando il fatto che altre dimensioni concorrono nella definizione dell'efficacia stessa (Pizza, 2005). Perché, ad esempio, non si mette in discussione l'efficacia della biomedicina, anche se questa non può produrre un esito di guarigione (come spesso avviene tanto nel caso delle malattie cronico-degenerative quanto in quelle terminali), mentre la si pone in discussione se questa non è in grado di elaborare una diagnosi? Proprio perché la diagnosi è essa stessa un processo di elaborazione di significato per l'esperienza di malattia. Questa considerazione ci porta a prendere consapevolezza di quanto la dimensione del senso sia centrale e fondante quando si ha a che fare con la malattia, anche se il sistema medico la espelle dalla sua ideologia esplicita (Moerman, 2002). L'incapacità di dare senso alle proprie esperienze problematiche emerge dunque come la fonte stessa della crisi, andando a minare la nostra stessa capacità di azione: in che direzione muoversi, cosa fare, se non sappiamo la natura del problema, se questo non ha un significato?

È evidente come le dimensioni simboliche dell'efficacia non vadano viste in alternativa



all'efficacia della biomedicina, in virtù del fatto che esse sono in realtà sempre presenti, anche in quegli ambiti marcati culturalmente in termini tecnici. Se queste dimensioni simboliche sono sempre presenti, ed informano anche le pratiche biomediche più riduzioniste, diventarne consapevoli apre uno spazio di operatività altrimenti precluso. Volenti o nolenti l'azione medica partecipa di processi di produzione simbolica che gli approcci narrativi cercano di ricondurre in seno ad una consapevole azione, volta precisamente a coinvolgere i pazienti nel processo di produzione di un senso alla cui luce operare delle scelte. Si tratta di espandere la portata del concetto di efficacia terapeutica includendovi non solo le possibili trasformazioni che le tecniche di intervento terapeutico possono produrre a livello anatomico-fisiologico, ma anche le trasformazioni legate ai rapporti di senso che vanno rinegoziati a seguito di quei processi di dissoluzione delle certezze generate dalla crisi del corpo nel mondo.

Compatibilmente con quanto detto sinora, è evidente come la questione centrale sia legata al rapporto costitutivo fra esperienza e produzione di significato (Csordas, 2002). Come vedremo meglio nel prossimo paragrafo, a produrre una trasformazione dell'esperienza non è il significato in sé, trasmesso ad esempio nella comunicazione di una diagnosi, ma la produzione stessa del significato (Quaranta, 2012). Qui si può cogliere un'ulteriore distinzione, non solo teorica ma operativa, fra approcci narrativi e Modelli Esplicativi. Questi ultimi possono essere il prodotto cui si giunge, ma a qualificare l'esperienza è il processo di produzione di tali prodotti. Per questo è fondamentale il coinvolgimento del paziente, favorendo le condizioni affinché possa fare chiarezza a se stesso su quali siano le questioni centrali in ballo nelle proprie vicende di malattia (chiarezza, giova ancora una volta ricordarlo, che non è necessariamente presente, proprio in virtù della natura pratica e implicita dei processi culturali che, come abbiamo segnalato, ci vedono soggetti attivi nelle nostre dimensioni esperienziali e non solo linguistico-cognitive).

A questo livello l'antropologia medica può emergere come un partner dialogico forte della biomedicina. Se quest'ultima, attraverso le sue tecniche di intervento, può generare trasformazioni significative sul piano dell'organismo bio-psichico, l'antropologia ha da offrire strumenti per promuovere le dimensioni simboliche della trasformazione del sé, attraverso cui rinegoziare i termini della propria esistenza.



Una possibile obiezione a quanto detto sinora potrebbe riferirsi al fatto che la tempistica del lavoro medico difficilmente consente un investimento nella relazione con il paziente tale da favorire tale processo di elaborazione dell'esperienza. Nuovamente abbiamo bisogno di riconfigurare i termini della questione: se infatti guardiamo all'intero processo terapeutico, quello che la ricerca in ambito medico-antropologico indica è piuttosto il contrario (Kleinman e Csordas, 1990). Investire sulla relazione produce complessivamente una maggiore efficienza del sistema medico. Detto in altri termini: investire sul fronte dell'efficacia simbolica riduce i tempi complessivi del processo terapeutico, configurandosi nei termini di una virtuosa sinergia fra efficacia ed efficienza. Evidentemente per realizzare una tale sinergia bisogna intervenire tanto sul fronte della formazione quanto su quello della riorganizzazione dei servizi, in termini compatibili con la possibilità di espletamento pratico di tali principi (Quaranta, Ricca, 2012).

In estrema sintesi, dunque, agire per il miglior interesse del paziente, promuovendo il suo diritto al significato, arriva a coincidere con la promozione del miglior interesse del medico e in ultima analisi con il potenziamento dell'efficienza del sistema sanitario.

Se il diritto al significato emerge come una dimensione fondamentale nella relazione fra medico e paziente, esso gioca un ruolo capitale anche nel confronto con altri saperi terapeutici. Riprendendo la domanda da cui siamo partiti: cos'altro viene prodotto dal riduzionismo biomedico oltre l'auspicabile efficacia terapeutica? Certamente non solo l'elisione della prospettiva del paziente, ma anche il rischio di delegittimare visioni differenti della realtà clinica. Questa tematica emerge come centrale in termini operativi quando ci si trova a dover promuovere la produzione del significato dell'esperienza di malattia con pazienti stranieri che invocano orizzonti di senso culturalmente lontani dai nostri abituali riferimenti simbolici.

È opportuno ribadire anche uno degli equivoci già segnalati nella premessa, secondo cui le dimensioni simboliche della cura non sono pertinenti solo quando si ha a che fare con pazienti stranieri o con problemi di salute mentale. Piuttosto a caratterizzare la relazione terapeutica con pazienti stranieri è la necessità di riflettere esplicitamente su dinamiche che sono sempre in atto, ma che avvengono in modo inconsapevole quando si ha a che fare con pazienti con i quali c'è una forte condivisione implicita di quegli assunti silenti su cui



poggia il nostro incorporato modo di esserci nel mondo.

A qualificare dunque l'incontro con pazienti stranieri è la necessità di riflettere esplicitamente su quelle dimensioni simboliche che sono sempre e comunque presenti nella relazione. Il rischio è che, forti dell'ideologia scienziata della biomedicina, gli operatori traducano la differenza culturale come errore, andando così a minare precisamente quelle dinamiche intersoggettive di co-costruzione del significato dell'esperienza di cui abbiamo già discusso. Nuovamente, in modo implicito, una serie di dicotomie arrivano a plasmare i nostri atteggiamenti pratici: noi/altri, scienza/credenza, verità/errore.

Spesso i servizi sanitari chiedono la consulenza degli antropologi in riferimento alle difficoltà incontrare con pazienti stranieri, le cui interpretazioni e i cui comportamenti sono difficilmente riconducibili alla razionalità clinica dei saperi biomedici. Lo stesso vale nei contesti in cui opera la cooperazione sanitaria. L'atteggiamento che si riscontra in questi due differenti ambiti è spesso simile: si invoca la differenza culturale come ostacolo alla realizzazione dell'efficacia terapeutica, impegnandosi sul fronte della comunicazione volta a promuovere l'adesione dei pazienti stranieri, o delle popolazioni interessate dagli interventi di cooperazione sanitaria, alle indicazioni degli operatori biomedici (Fassin, 2001).

La possibilità a questo punto di riconoscere il diritto al significato non può che passare da un previo riconoscimento autoriflessivo della natura parimenti culturale delle nostre forme mediche, nuovamente non volto alla loro delegittimazione, ma al riconoscimento della loro selettività culturale. Solo allora ci si potrà seriamente interrogare sul significato veicolato da linguaggi terapeutici ed esperienze di sofferenza culturalmente differenti.

Prendiamo il caso di Janice, una ragazza nigeriana di 17 anni, immigrata irregolarmente nel nostro Paese. Avviata violentemente alla prostituzione, riesce a fuggire e a denunciare la sua aguzzina connazionale e il suo compagno italiano. I servizi sociali le offrono un alloggio sicuro e la inseriscono in un programma di protezione, ma da lì a poco è costretta dalle sue compagne ad abbandonare la casa famiglia in cui viveva: è posseduta da uno spirito, *mami wata*. Presa in carico dal competente Centro di Salute Mentale, la sua esperienza viene diagnostica come una forma di psicosi.

Nell'adottare meccanicamente le nostre categorie mediche stiamo anche proiettando specifiche immagine della persona, della realtà e della conoscenza che non



necessariamente ci aiutano a comprendere quale sia il valore, il significato, dell'esperienza di afflizione della paziente. *Mami wata* è uno spirito spesso rappresentato con le sembianze di una sirena, anche se incarna entrambi i generi, dalla pelle chiara, adornata da gioielli e simboli di abbondanza, ricchezza, prosperità. Chi vuole ottenere realizzazione personale e successo economico può stipulare un patto con lo spirito, che in cambio esigerà fedeltà e parte del successo ottenuto grazie alla sua mediazione. Il fatto che la ragazza sia posseduta da questo specifico spirito proprio nel momento in cui lascia la prostituzione è assai significativo: ora che non guadagna più, lo spirito la disturba in virtù del fatto che il patto sarebbe stato violato. La ragazza ha ottenuto la possibilità di arrivare in Europa, icona del successo e della realizzazione personale, ma lo spirito non partecipa più dei proventi del suo essere in Occidente (avendo Janice smesso di guadagnare). A rischio è tutto il proprio percorso migratorio, il venire meno di un progetto significativo alla cui luce affrontare anche le più aspre difficoltà.

Lo spirito a questo punto emerge come una pratica interpretativa incorporata, una tecnica del corpo attraverso cui Janice si posiziona criticamente nei confronti dei processi sociali in cui è catturata. Il corpo emerge come soggetto attivo, traducendo, attraverso i processi della sua plasmazione culturale, il disagio rapporto fra soggetto e mondo. In questa prospettiva non solo la possessione non verrebbe compresa attraverso il linguaggio della psicopatologia, ma nemmeno l'azione terapeutica potrebbe produrre una adeguata trasformazione dell'esperienza.

L'approccio narrativo in questo caso è precisamente volto a coinvolgere la paziente in un processo di esplorazione delle proprie concezioni che si configura nei termini di un intersoggettivo processo di co-costruzione interculturale del significato della sua esperienza, alla cui luce viene ad essere riformulata tanto la diagnosi quanto la terapia. Se ci si fosse posti come unico obiettivo quello di esplicitare la prospettiva della paziente, cosa avrebbe potuto dirci se non di essere posseduta da uno spirito? Favorendo invece la sua partecipazione nel processo interculturale di esplorazione dialogica della sua esperienza, emerge una chiave di lettura che altrimenti non avrebbe mai avuto modo di accedere alla sfera del linguaggio, e dunque della riflessione esplicita, rimanendo attiva nelle sole pieghe delle dimensioni vissute dell'esperienza di sofferenza.



In un contesto differente, come quello del Nord-Ovest del Camerun, l'AIDS viene interpretato da molti come una forma di stregoneria dello Stato. Le agenzie nazionali e internazionali, impegnate negli anni precedenti all'avvento dei farmaci anti-retrovirali, nel *Global Programme on AIDS* della Organizzazione Mondiale della Sanità, delegittimavano queste interpretazioni come legate a credenze tradizionali locali da soppiantare con la corretta lettura del fenomeno in chiave biomedica. Non essendo all'epoca ancora disponibile un'opzione terapeutica, l'unica via individuata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per contrastare l'epidemia era quella della prevenzione attraverso campagne di informazione. Nuovamente al cuore di queste iniziative rintracciamo i presupposti culturali tipici del riduzionismo biomedico. L'obiettivo era quello di fornire una corretta informazione circa la natura e la trasmissione dell'HIV, in modo da generare un mutamento dei comportamenti sessuali. È evidente come questa strategia si basasse su un modello razionalistico dell'azione umana che privilegia il livello individuale: il comportamento non sarebbe altro che il risultato di un calcolo costi/benefici che, una volta fornita la corretta informazione, avrebbe portato i soggetti interessati ad agire in modo adeguato (Quaranta, 2006).

Queste iniziative hanno, da un lato, prodotto una visione della cultura locale come fattore di rischio, dall'altro, hanno privilegiato il solo tentativo di modificare i comportamenti sessuali individuali senza cogliere le decisive forze socio-economiche e politiche, tanto locali quanto globali, che fanno da contesto alla capacità di azione individuale, limitandola.

Ad una più attenta analisi, invece, la lettura dell'AIDS come una forma di stregoneria può essere apprezzata come un'interpretazione che individua nelle disuguaglianze economiche la causa dell'epidemia. La presa del discorso della stregoneria nel rendere conto dell'epidemia di AIDS è radicata nelle locali concezioni secondo cui il potere è spesso ottenuto con mezzi illeciti: in un contesto caratterizzato da beni limitati, l'accumulazione di ricchezza e successo di alcuni è concepita come sottrazione ai danni di altri. In questo senso le locali forme discorsive della stregoneria emergono come pratiche interpretative attraverso cui si rende conto delle disuguaglianze sociali e delle differenze di potere. Molteplici autori hanno messo in luce come le nuove concezioni della stregoneria abbiano integrato all'interno delle loro rappresentazioni i misteri dell'economia di mercato, al fine di



fornire una spiegazione delle crescenti ineguaglianze che essa produce. È in questo senso che in Camerun, come altrove in Africa, modernità e stregoneria sembrano essere strettamente interconnesse (Bellagamba, 2008; Comaroff, 1993; Geschiere, 1997; Quaranta, 2006).

A dispetto degli assunti culturali intagliati nei protocolli internazionali e locali di prevenzione, l'interpretazione dell'AIDS nei termini dell'idioma stregonico non appare come una forma di negazione o di mancanza di comprensione, al contrario: essa emerge come un idioma culturalmente connotato attraverso cui si punta il dito contro quei processi istituzionali e politici ritenuti responsabili delle disuguaglianze che espongono chi è sottoprivilegiato ai rischi della vita, non ultimo il rischio di AIDS.

Saper mettere in prospettiva antropologica le proprie categorie mediche, allora, emerge come il primo passo per poter riconoscere il diritto al significato e intraprendere una relazione dialogica, in cui il diverso non è negazione di verità, ma fonte di conoscenza da indagare per comprendere di cosa si sta parlando quando si dice che l'AIDS è una forma di stregoneria. Solo allora potremo comprendere ciò che non possiamo condividere implicitamente a livello esperienziale, constatando come le letture locali siano sensate e compatibili con quelle prospettive che individuano precisamente nei determinanti sociali di salute le cause delle cause dell'HIV/AIDS in Africa subsahariana.

Nuovamente, le narrazioni di malattia possono essere un utile strumento per comprendere rispetto a quali scenari di senso l'esperienza emerge come significativa: l'obiettivo è dunque quello di mettere il paziente in condizione di collocarsi in una trama di senso, di poter elaborare un resoconto, sempre parziale, rivedibile, processuale, ma che ha il vantaggio di tradurre l'immediatezza vissuta in termini comunicabili, discorsivi, manipolabili nella relazione.

Se abbiamo sostenuto che la malattia, minando le radici corporee della significazione, produce una dissoluzione delle certezze, allora per comprendere in che termini tale dissoluzione incide nel vissuto dobbiamo esplorare la natura culturale dell'esperienza. Nel caso delle mie personali esperienze di ricerca sulla sindrome da affaticamento cronico in Inghilterra, un elemento rilevante era costitutivo dal fatto che gli afflitti contestavano le diagnosi dei loro medici orientante in senso psicologico. Alla luce dei nostri valori culturali,



per quei pazienti una diagnosi di depressione si configurava nei termini di una delegittimazione della realtà della propria sofferenza. Una tale esperienza è organicamente legata ai valori che attribuiamo alla dicotomia mente/corpo e alla visione secondo cui tanto più materiale (e dunque organica) è la realtà, tanto più vera la sua realtà. È alla luce di specifiche dinamiche culturali che una certa esperienza viene vissuta nei termini di una delegittimazione (Quaranta, 1999).

Parimenti, per comprendere cosa ci sia in ballo nell'esperienza di malattia con pazienti i cui riferimenti simbolici (impliciti ed espliciti) sono differenti dai nostri, non possiamo esimerci dall'esplorare le forme culturali attraverso cui l'esperienza è qualificata. Nel far questo difficilmente possiamo appellarci a modelli culturali tipici (i marocchini credono che, i nigeriani pensano che, gli italiani...?), aprendoci invece ad una esplorazione intersoggettiva di quali scenari di senso collettivo emergano come qualificanti. L'invito è dunque quello di guardare alla relazione fra esperienza e rappresentazioni socio-culturali in termini costitutivi: non *abbiamo* semplicemente un corpo culturalmente elaborato, ma *siamo* corpi che vivono loro stessi e il mondo attraverso i dispositivi della loro costruzione culturale.

Le rappresentazioni culturali della sofferenza e del corpo non sono dunque semplici categorie attraverso cui gli esseri umani descrivono culturalmente un ambito universalmente dato. Queste rappresentazioni plasmano, al contrario, la corporeità e la malattia come forme di esperienza sociale (Kleinman, Das, Lock, 1997). Le immagini storiche attraverso cui interpretiamo la sofferenza e la malattia organizzano le modalità attraverso cui viviamo quei particolari stati d'essere. Le simbologie del corpo che l'antropologia rintraccia attraverso le sue analisi vanno viste, dunque, come dispositivi della costruzione stessa della corporeità: della sua realtà come della sua esperienza storicamente soggettiva (Feher, 1989).

Sebbene sia fondamentale riconoscere la natura storico-sociale del corpo, è comunque riduttivo pensare ad esso come mero prodotto della storia e della società. Il corpo, infatti, non è solo oggetto del processo di plasmazione culturale, esso è anche soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze: i corpi non sono semplicemente costituiti da e attraverso pratiche e discorsi sociali, essi sono anche il terreno vissuto di questi discorsi e pratiche (Csordas, 1990, 2002). Se è vero che viviamo noi stessi attraverso immagini



sociali, è altrettanto vero che ogni nostra esperienza è attualizzazione assai personale di queste immagini; ovvero: la nostra esperienza non è solamente socialmente prodotta, ma a sua volta essa produce sapere, significati, cultura. Ci troviamo di fronte ad una processualità dialettica alla cui luce il personale è sociale e viceversa. In questo modo giungiamo ad abbandonare l'idea di un corpo dato in natura, nella misura in cui la concezione del corpo come elemento naturale è essa stessa un prodotto storico, attraverso cui noi concepiamo e, al tempo stesso, viviamo il corpo e i suoi stati d'essere.

Mettere al centro della scena il corpo culturalmente informato non significa delegittimare ciò che la fisiologia e l'anatomia hanno da dirci a proposito, ma significa piuttosto ribadire che la realtà del corpo non è riducibile solo a ciò che tali discipline hanno da dirci. Nell'apprezzare il corpo anche in termini fenomenologico-culturali arriviamo a comprendere quanto i suoi stati d'essere (emozioni, gioie, sofferenze, ecc.) non aspettino di essere mediati dalle categorie mediche per assumere significati culturalmente variabili: le esperienze somatiche rappresentano già veri e propri discorsi sociali. In quest'ottica la malattia emerge come una particolare tecnica del corpo, come un'esperienza culturalmente informata che rischiamo di non comprendere se la riduciamo ai nostri parametri culturali, alle nostre tecniche del corpo, ammiccando a Marcel Mauss (1936).

Se, infatti, i corpi sono prodotti storici, ed i loro "stati d'essere" (in senso ampio: e quindi tanto in riferimento a condizioni esistenziali, quanto a stati di malattia) rappresentano forme di senso incarnato (ossia presentano articolazioni di incorporati scenari di senso legati a doppio filo con le pieghe più intime delle esperienze individuali), allora un segno, un sintomo rappresentano la manifestazione soggettiva di un intricato e profondo processo (incorporato) di senso. Detto altrimenti: la malattia non diviene culturale nel momento in cui è categorizzata all'insegna di una qualche tradizione medica, ma è già culturale in quanto esperienza vissuta secondo certi processi di plasmazione simbolica della persona.

In estrema sintesi si tratta di partire dal presupposto che le differenze culturali non debbano essere intese esclusivamente nei termini di differenti modalità di concepire la realtà, ma piuttosto nei termini di differenti modalità di vivere la realtà.



Oltre il diritto al significato

I due casi, precedentemente riportati, della possessione da parte di *mami wata* e dell'interpretazione stregonica dell'AIDS, mettono però in luce come la biomedicina, attraverso il suo riduzionismo, produca anche l'elisione delle dimensioni socio-economiche della malattia, alla cui luce la sola promozione del diritto al significato non è sufficiente. Il *Global Programme on AIDS* è fallito proprio per la sua incapacità di problematizzare le dimensioni sociali ed economiche dell'agire umano. Come una consolidata letteratura antropologica ha messo in luce, infatti, il ricorso a forme di scambio sesso-economico non è da intendersi come prodotto di locali concezioni tradizionali, ma come il risultato di una limitazione della capacità di azione dei soggetti (Farmer, Connors, Simmons, 1996). In questo senso l'AIDS è spesso riconducibile all'incorporazione individuale, sul piano biologico, della violenza strutturale, ovvero di quella forma di violenza prodotta da forme di organizzazione sociale caratterizzate da profonde disuguaglianze, una violenza silente che entra nella vita delle persone che occupano i segmenti più marginali di tali assetti sociali, manifestandosi in esiti molto differenti: malattie infettive, malnutrizione, elevati tassi di mortalità, basse aspettative di vita alla nascita, ecc. (Farmer, 2003; Nguyen, Peschard, 2003). Se la violenza strutturale penetra la carne limitando la capacità di azione dei soggetti, allora è potenziando quest'ultima, e non modificando i comportamenti, che si può agire per contrastare la diffusione dell'epidemia. Le disuguaglianze socio-economiche, infatti, non producono sofferenza solo limitando l'accesso ai servizi, ma anche contribuendo alla distribuzione e all'insorgenza delle patologie (CSDH, 2008). A questo punto possiamo parlare di vere e proprie *patologie del potere* (Farmer, 2003), di cui la biomedicina coglie le tracce individuali, gli esiti incorporati, attraverso il suo linguaggio riduzionista, senza però gettare luce sul processo che ne costituisce la più ampia realtà.

Detto altrimenti: comprendere che nel parlare dell'AIDS nei termini di una forma di stregoneria si sta puntando il dito contro le disuguaglianze non basta, se non si agisce conseguentemente promuovendo i diritti socio-economici. Anche nel caso di Janice, aver compreso come l'esperienza di possessione rappresenti una pratica culturale attraverso cui si produce una critica incarnata delle proprie circostanze di vita, non produce una trasformazione dell'esperienza, se al tempo stesso non si agisce promuovendo la capacità



di rinegoziare i termini della propria esistenza sociale.

Spesso le difficoltà che i pazienti stranieri hanno nell'aderire alle indicazioni terapeutiche non dipendono dalle loro concezioni culturali, ma da dinamiche che vanno ricondotte alla precarietà della loro esistenza sociale, alle difficoltà economiche e giuridiche delle loro circostanze di vita e, dunque, in ultima analisi, alle forme di accoglienza che sul piano normativo e sociale spesso riserviamo loro.

Una prospettiva interculturale impegnata sul fronte della promozione della produzione del significato dell'esperienza di malattia del paziente può far emergere come pertinenti dinamiche che richiedono forme di azione e attivazione di servizi che difficilmente potremmo prevedere se ci concentriamo esclusivamente sulle dimensioni anatomico-fisiologiche dell'esperienza di malattia.

Nuovamente possiamo chiamare in causa il concetto di efficacia: nel caso di Janice, aver riattivato il suo itinerario migratorio attraverso l'inserimento lavorativo ha prodotto la soddisfazione dello spirito che la disturbava; nel caso dell'AIDS, in molti contesti dell'Africa subsahariana forme di empowerment, come ad esempio il microcredito per le associazioni femminili, volte a promuovere i diritti socio-economici, hanno permesso di potenziare la capacità di negoziare i termini dei propri rapporti sessuali e più in generale dei propri rapporti sociali, incidendo significativamente nella lotta alla diffusione del contagio (Schoepf, 1991, 2001).

Conclusioni

Se riconoscere il diritto al significato non basta è altresì vero il contrario: se infatti agiamo animati dalla convinzione di sapere quale sia il miglior interesse degli altri (dei pazienti, stranieri o meno, delle comunità interessate dalla cooperazione sanitaria, ecc.), perché convinti della validità universalista delle nostre categorie culturali, rischiamo di promuovere azioni inutili se non addirittura violente.

La partecipazione dei pazienti nella produzione del senso delle loro vicende emerge allora come il terreno per comprendere quali risorse attivare per la realizzazione della trasformazione dell'esperienza. In questo senso ci rendiamo conto di come il concetto di efficacia possa essere ulteriormente esteso: non solo nei termini delle possibili



trasformazioni sul piano anatomico-fisiologico che le tecniche di intervento biomedico possono realizzare; non solo nei termini delle trasformazioni nei rapporti di senso che il dialogo interculturale può promuovere; ma anche nei termini di una trasformazione dei rapporti sociali in cui i pazienti sono coinvolti.

Culturalmente siamo portati a concepire la malattia come un'alterazione dell'organismo, ma alla luce di queste considerazioni, la sofferenza emerge spesso come la traccia sul piano biopsichico di un processo molto più ampio, che difficilmente possiamo ridurre alle sole dimensioni individuali. Nel momento in cui ci si concentra sulle tracce incorporate scordandosi il processo che le ha poste in essere, gli interventi, per quanto guidati dalle migliori intenzioni, rischieranno di rimanere catturati in un'emergenza permanente.

Se la malattia emerge come un complesso processo sociale di cui la biomedicina coglie le dimensioni individuali, l'efficacia del suo intervento su tale prodotto finale rischia di essere limitata o pregiudicata senza un'adeguata azione volta a promuovere una trasformazione dell'esperienza sul piano simbolico e dei rapporti sociali.

In un momento in cui le risorse pubbliche emergono come sempre più scarse, diventa ancor più urgente comprendere che concentrarsi sul prodotto senza interrogare il processo che lo ha posto in essere rischia di minare l'efficacia anche dell'intervento più efficientemente condotto. Promuovere l'efficacia, prevedendo anche una riformulazione dei modelli organizzativi, può invece garantire migliori livelli di efficienza, non solo facendo coincidere il miglior interesse del paziente con quello del medico, ma potenziando l'intero processo terapeutico.



Bibliografia

BELLAGAMBA, ALICE

2008 *L'Africa e la stregoneria. Saggio di antropologia storica*, Laterza, Roma-Bari.

BLUMHAGEN, DAN

1980 *Hyper-Tension: a folk illness with a medical name*, «Culture, Medicine and Psychiatry», vol. 4, n. 3, pp. 197-224.

COMAROFF, JEAN

1981 *Symbolic healing: medicine as a socio-cultural system*, in *The Social History of the Bio-Medical Sciences*, Franco Ricci Editore, Milano.

COMAROFF, JEAN & COMAROFF, JOHN (a cura di)

1993 *Modernity and Its malcontents: ritual and power in postcolonial Africa*, University of Chicago Press, Chicago.

CSDH (WHO Commission on the Social Determinants of Health)

2008 *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*.

CSORDAS, THOMAS

1990 *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, «Ethos», vol. 18, pp. 5-47.

2002 *Body/Meaning/Healing*, Palgrave, New York.

CSORDAS, THOMAS & KLEINMAN, ARTHUR

1990 *Il processo terapeutico*, in V. Lanternari & M.L. Ciminelli (a cura di), *Magia, medicina, religione e valori*, Vol. II., Liguori, Napoli, 1998, pp. 109-12..

DE MARTINO, ERNESTO

1977 *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.

EISENBERG, LEON

1977 *Disease and Illness. Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness*, «Culture, Medicine and Psychiatry», Vol. 1, pp. 9-23.

EISENBERG, LEON — KLEINMAN, ARTHUR

1981 *Clinical Social Science*, in L. Eisenberg & A. Kleinman (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht, pp. 1-23.

FAMER, PAUL

2003 *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.



FARMER, P. — CONNORS, M. — SIMMONS, J.

1996 *Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*, Common Courage Press, Monroe.

FASSIN, DIDIER

2001 *Culturalism as ideology*, in C.M. Obermeyer (a cura di), *Cultural perspectives on reproductive health*, Oxford University Press, Oxford, pp. 300-317.

FEHER, MICHAEL

1989 *Introduction*, in M. Feher, R. Naddaff & N. Tazi (a cura di), *Fragments for a history of the human body*, The MIT Press, New York, pp. 11-17.

GADOW, SALLY

1980 *Existential advocacy: philosophical foundation of nursing*, in S. F. Spiker — S. Gadow (a cura di), *Nursing: images and ideas*, Spriger, New York, pp. 79-101.

1989 *Clinical subjectivity. Advocacy with silent patient*, «Nursing clinics of North-America», vol. 24, n. 2, pp. 535-541.

GALISSOT, R. — KILANI, M. — RIVERA, A.

2001 *L'imbroglione etnico in quattordici parole chiave*, Dedalo, Bari.

GARRO, LINDA

1992 *Chronic illness and the construction of narratives*, in M.J. DelVecchio-Good et Alii (a cura di), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley, pp. 100-137.

GESCHIERE, PETER

1997 *The modernity of witchcraft: politics and the occult in postcolonial Africa*, University Press of Virginia, Charlottesville & London.

GOOD, BYRON

1994 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Trad. it. Edizioni di Comunità, Torino, 1999.

GOOD, BYRON — MARY-JO DEL VECCHIO-GOOD

1981a *The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, in L. Eisenberg & A. Kleinman (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht, pp. 165-196.

1981b *The Semantics of Medical Discourse*, in Y. ELKANA — E. MENDELSON (a cura di), *Sciences and Cultures*, Reidel Publishing Company, Dordrecht, pp. 177-212.

GRMEK, MIRKO

1993 *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, Laterza, Roma-Bari.



KATON, WAYNE & KLEINMAN, ARTHUR

1981 *Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care*, in L. Eisenberg — A. Kleinman (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht, pp. 253-79.

KLEINMAN, ARTHUR

1978 *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici come sistemi culturali*, Trad.it., in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

1980 *Patients and healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

1995 *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN, A. — DAS, V. — LOCK, M. (a cura di)

1997 *Social suffering*, Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, A. — EISENBERG, L. — GOOD, B.

1978 *Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, «Annals of Internal Medicine», Vol. 88, pp. 251-8.

LEDER, DREW

1990 *The absent body*, University of Chicago Press, Chicago.

LOCK, MARGARET — GORDON, DEBORAH (a cura di)

1988 *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

MARCUS, GEORGE — FISCHER, MICHAEL

1986 *Antropologia come critica culturale*, Trad. it. Meltemi, Roma, 1998.

MATTINGLY, CHERYL

1998 *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge.

MATTINGLY, CHERYL — GARRO, LINDA (a cura di)

2000 *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, University of California Press, Berkeley.

MAUSS, MARCEL

1936 *Le tecniche del corpo*, Trad. it. in M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino, 1991, pp. 383-409.



MOERMAN, DANIEL

2002 *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'*, Cambridge University Press, Cambridge.

NGUYEN, VINH-KIM — PESCHARD, KARINE

2003 *Anthropology, Inequality, and Disease*, «Annual Review of Anthropology», Vol. 32, pp. 447-474.

NICHTER, MARK

1981 *Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: A Case Study from South India*, «Culture, Medicine and Psychiatry», Vol. 5, N. 4, pp.: 379–408.

2010 *Idioms of Distress Revisited*, «Culture, Medicine and Psychiatry», Vol. 34, N. 2 pp.: 401–416.

ORTNER, SHERRY

1984 *Theory in Anthropology since the Sixties*, «Comparative Studies in Society and History», Vol. 26, No. 1, pp. 126-166.

2006 *Anthropology and Social Theory. Culture, Power, and the Acting Subject*, Duke University Press, Durham and London.

PIZZA, GIOVANNI

2005 *Antropologia Medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

QUARANTA, IVO

1999 *Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome: un'indagine antropologica sul contenzioso intorno alla Chronic Fatigue Syndrome (CFS) nel Regno Unito*, «AM- Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», Vol. 7/8, pp.: 129-172.

2001 *Contextualising the body: Anthropology, Biomedicine and Medical Anthropology*, «AM- Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», Vol. 11/12, pp. 155-171.

2006 *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, Meltemi, Roma.

2012 *Da comunicação da informação à produção do significado como estratégia para promoção do direito da saúde*, «RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde», v.6, n.2.

QUARANTA, IVO — RICCA, MARIO

2012 *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

REMOTTI, FRANCESCO

2011 *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*, Laterza, Roma-Bari.

SCARRY, ELAINE

1985 *La sofferenza del corpo*, Trad. it., Il Mulino, Bologna, 1990.



SCHEPER-HUGHES, NANCY — LOCK, MARGARET

1987 *The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, «Medical Anthropology Quarterly», Vol. 1, N.1, pp. 6-41.

SCHOEPPF, BROOKE

1991 *Ethical, methodological and political issue of AIDS research in Central Africa*, «Social Science and Medicine», Vol. 33, N. 7, pp.: 749-763.

2001 *International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis*, «Annual Review of Anthropology», Vol. 30, pp.: 335-361.

TOOMBS, KAY (a cura di)

2001 *Handbook of phenomenology and medicine*, Kluwer Academic Publishing, Dordrecht

YOUNG, ALLAN

1982 *Antropologie della illness e della sickness*, Trad. it. in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.

Abstract – IT

Sulla base di un approccio antropologico, l'incontro terapeutico verrà ripensato come un processo di produzione partecipativa del significato della realtà, capace di promuovere una rielaborazione dell'esperienza di malattia, consentendo inoltre l'individuazione di possibili forme di intervento capaci di generare socialmente tale trasformazione.

Introducendo il concetto di "diritto al significato" come terreno per l'individuazione di quali altri diritti promuovere, il concetto di efficacia terapeutica verrà ripensato in termini di trasformazione: non solo nei termini delle possibili trasformazioni sul piano anatomico-fisiologico che le tecniche di intervento biomedico possono realizzare; non solo nei termini delle trasformazioni nei rapporti di senso che la relazione di cura incentrata sul diritto al significato può promuovere; ma anche nei termini di una trasformazione dei rapporti sociali in cui i pazienti sono coinvolti.

Abstract – EN

In anthropological terms the therapeutic encounter will be reconsidered as a process of participatory production of the meaning, promoting a reformulation of the experience of illness and allowing the identification of possible forms of intervention capable of socially generating such a reformulation. The concept of "right to meaning" as a basis for the identification of other rights helps us to reframe the issue of therapeutic efficacy. The latter will be reconsidered through the concept of transformation, not only in terms of the possible transformations on the anatomico-physiological plane that can be performed by biomedical intervention, or in terms of the changes in the relationships of meaning that the right to meaning can promote, but also in terms of a transformation in the patients' social relationships.



IVO QUARANTA

Ricercatore in discipline Demoetnoantropologiche presso l'Università di Bologna, dove insegna Antropologia Culturale e Antropologia del Corpo e della Malattia. Tra le sue pubblicazioni ricordiamo: *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, (a cura di; Raffaello Cortina, 2006); *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun* (Meltemi, 2006); *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* (con Mario Ricca, Raffaello Cortina, 2012).