

Formazione per rifugiati e migranti professionisti in questioni relative alla salute



EduOnMed

TRAINING FOR REFUGEE AND MIGRANT PROFESSIONALS IN
MATTERS RELATED TO MEDICINE



cesie
the world is only one creature



GrowthCoop
developing people



GIVMED
Share medicine Share life



INDICE

1	INTRODUZIONE E OBIETTIVI FORMATIVI	4
	Il progetto EduOnMed	4
	Perché c'è bisogno di un corso di formazione sulle competenze interculturali?	4
	Il contesto attuale dell'assistenza sanitaria per rifugiati e migranti in Grecia, Italia e Spagna	5
	Obiettivi e gruppi target	8
	Titoli dei Moduli	8
	Obiettivi e Finalità Del Corso	9
	Metodi didattici	9
2	PACCHETTO DI CONOSCENZE SULLA DIVERSITÀ	10
	Manifestazioni di cultura	10
	Le persone e la cultura	10
	Acquisizioni della/e cultura/e	10
	Caratteristiche della cultura	11
	Meccanismi della cultura	11
	Origini della cultura	11
	Identificazione Dei Valori E Delle Emozioni Nell'analisi Degli Incidenti Critici dello shock culturale	11
	La fonte dello shock.....	11
	Reazioni che accompagnano le esperienze di shock culturale	13
3	PACCHETTO DI RISORSE PER ISTITUZIONI.....	15
	Quando si parla di gestione della diversità, quali sono le implicazioni per le organizzazioni/istituzioni?.....	15
4	PACCHETTO DI STRUMENTI SULLA DIVERSITÀ PER I PROFESSIONISTI DEL SETTORE SANITARIO ..	16
	4.1 Introduzione Alla Diversità Nel Settore Sanitario.....	16
	4.2 La Diversità Nel Confronto Coi Pazienti.....	19
	4.3 Competenze Interculturali E Capacità Di Negoziazione: Informazioni Pratiche	22
	4.4 Lavorare in équipe multiculturali	25
	4.5 Gestione Della Diversità	29
5	COMPETENZE DEL CORSO	32
	Dimensione Cognitiva.....	32
	Dimensione Pratica.....	32
	Dimensione Affettiva	32
6	RISORSE	33
7	FONTI.....	33

• ALLEGATO I GLOSSARIO	35
Antropologia	35
Antropologia culturale.....	35
Competenze Interculturali.....	35
Comunicazione interculturale	35
Cultura	36
Cultura Organizzativa.....	36
Culturizzazione	36
Decentramento.....	36
Discriminazione	36
Diversità	37
• ALLEGATO II GRIGLIA DI ANALISI PER GLI SHOCK CULTURALI	38
• ALLEGATO III COSA SUCCEDDE QUANDO I NOSTRI VALORI INDIVIDUALI CONTRASTANO CON QUELLI DEL NOSTRO POSTO DI LAVORO O DELLA SOCIETÀ IN CUI VIVIAMO? RIFLETTI SU QUESTO ATTRAVERSO LA “LISTA DI CONTROLLO DEI VALORI SUL LAVORO”	40
• ALLEGATO IV DOLORI LANCINANTI E BRUCIORI AL CUORE. VARIAZIONI CULTURALI NELL’ESPERIENZA DEL DOLORE (AT)	41
Introduzione	41
I tentativi degli antropologi di dimostrare le variazioni nell’esperienza del dolore	41
“Strategie per affrontare il dolore”	42
Conclusioni: La necessità di prestare attenzione alle variazioni culturali dell’esperienza del dolore.....	42
• ALLEGATO V DONNE E MADRI, IL SIGNIFICATO DELLA LORO VULNERABILITÀ NEI PROCESSI MIGRATORI (IT)	43
Sintesi.....	43
Introduzione	43
Il doppio transito delle donne migranti ed elementi di etnopsichiatria.....	43
Identità di genere e conflitti di genere.....	44
Infibulazione, escissione, identità: i segni sul corpo.....	44
Conclusioni	45
Bibliografia	46

1 Introduzione e obiettivi formativi

Il progetto EduOnMed

Questo programma formativo è stato sviluppato nel quadro del progetto EDUonMED- KA210-ADU - Partenariati su piccola scala nell'istruzione degli adulti- e si basa sul programma formativo Healthy Diversity Training Programme ideato all'interno del [progetto "Healthy Diversity"](#).

Il principale obiettivo del progetto EduOnMed è di colmare le differenze interculturali, intergenerazionali e sociali promuovendo l'inclusione sociale e la comprensione interculturale, nonché migliorando le competenze dei professionisti della migrazione in materia di salute e medicina. In collegamento a ciò, il progetto si concentra anche sulla salute fisica e mentale in quanto le competenze che i partecipanti acquisiranno saranno utilizzate per migliorare il benessere dei rifugiati e dei migranti e aiuteranno la loro integrazione.

Per sviluppare questo curriculum, il partenariato EduOnMed ha realizzato tavole rotonde locali con professionisti del settore sanitario e sociale, in Grecia, Italia e Spagna. Il programma è stato adattato in base al feedback dei partecipanti e un focus speciale è stato dedicato alla pandemia Covid19 e su come questo ha cambiato la percezione o l'interazione tra paziente e operatore sanitario.

Perché c'è bisogno di un corso di formazione sulle competenze interculturali?

Il settore sanitario è caratterizzato da una diversità crescente, riscontrabile sia fra i pazienti che usufruiscono di tali servizi sia nell'approccio adottato dagli operatori. L'incontro con tale diversità è ormai divenuto quotidiano ed essa si manifesta nelle abitudini, nei comportamenti e nelle diverse forme di comunicazione dei singoli (strette di mano, abitudini alimentari, contraccezione, digiuni, espressione delle emozioni, concezione del corpo).

Tenere conto di tali aspetti è fondamentale al fine di rispondere alle domande che il personale sanitario deve porsi nel trattamento dei pazienti:

- *Il mio paziente conosce la patologia dalla quale è affetto?*
- *So distinguere fra aspetti culturali, idiosincrasie personali e ragioni cliniche che influiscono sul comportamento del paziente?*
- *Sono conscio dei tabù culturali che potrebbero determinare il successo o l'insuccesso della terapia?*
- *La struttura sanitaria presso la quale opero mi consente di adattare il trattamento alle convinzioni religiose del paziente?*
- *Come posso superare le barriere linguistiche?*
- *Che tipo di informazioni dovrei fornire al paziente per metterlo a proprio agio?*

Se non affrontate in maniera appropriata, le sfide legate alla crescente eterogeneità culturale dei pazienti possono portare a un rifiuto delle cure, oppure alla somministrazione di terapie errate o sotto-misurate, nonché a potenziali discriminazioni.

Per molto tempo, in Europa il percorso formativo degli operatori sanitari si è concentrato esclusivamente sulla trasmissione di saperi e di procedure fondate su basi scientifiche, conoscenze indispensabili per svolgere la professione di medico, infermiere o paramedico. Eppure, tuttora, in tali percorsi non viene fatto alcun riferimento alle competenze sociali e comunicative necessarie

per interagire sia con i pazienti sia con i colleghi. La formazione del personale sanitario si basa sulla tradizione medica occidentale, secondo la quale la malattia non è altro che una disfunzione da diagnosticare sulla base di test e misurazioni scientifiche volte a valutare le dinamiche fisiologiche. Secondo tale approccio, il background del paziente, le sue caratteristiche individuali e la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale non devono avere alcun posto nella scelta e nella somministrazione della terapia.

Sebbene nel corso degli ultimi decenni siano avvenuti dei cambiamenti in questo senso e la personalizzazione delle terapie e l'attenzione verso le esigenze individuali del paziente siano riuscite a conquistare uno spazio sempre più ampio, gli studenti di medicina europei di rado prendono parte a corsi di formazione volti a consolidarne le competenze interculturali necessarie per operare in un settore sanitario sempre più attento alle diversità. I professionisti che operano da tempo in questo campo spesso non hanno tempo, né sono spinti dalle strutture presso le quali lavorano, a perfezionare le proprie competenze interculturali.

Tali competenze sono, dunque, deficitarie in quanto la loro importanza non è ancora stata riconosciuta a pieno soprattutto nelle aree rurali. Il corso di formazione di Healthy Diversity consta di sette moduli rivolti agli operatori sanitari che desiderano migliorare le proprie competenze interculturali. Essi possono scegliere liberamente quali aspetti approfondire sulla base delle proprie conoscenze e del tempo a disposizione; inoltre, 5 possono adattare il materiale didattico al sistema sanitario all'interno del quale operano in base alle proprie conoscenze

Il contesto attuale dell'assistenza sanitaria per rifugiati e migranti in Grecia, Italia e Spagna

Situazione in Grecia

Dal 2014, più di 1.250.000 rifugiati e migranti sono arrivati in Grecia. Le restrizioni imposte in seguito alla pandemia da Coronavirus hanno portato a una riduzione dei flussi migratori verso l'UE. Tuttavia, il numero di arrivi ha ricominciato ad aumentare nel 2021 e 2022, in parte a causa dell'aggressiva invasione della Russia in Ucraina. Una ricerca quantitativa pubblicata dal Ministero greco per la Migrazione indica che il flusso di arrivi è aumentato del 56% nel gennaio 2022, rispetto al gennaio 2021.

Le popolazioni di migranti e rifugiati sono un gruppo sociale particolarmente vulnerabile e spesso sono a maggior rischio di esclusione sociale. La parità di accesso all'assistenza sanitaria e l'efficacia delle cure mediche per i rifugiati e i migranti sono un fattore chiave per la loro integrazione e la prevenzione delle disuguaglianze. Inoltre, il 37% dei rifugiati e dei migranti accolti nel nostro Paese lo scorso anno sono bambini, esposti a rischi persistenti di protezione a causa di condizioni di sicurezza inadeguate. Allo stesso modo, le persone che hanno fatto richiesta di asilo e sono in attesa di conferma del loro riconoscimento come richiedenti asilo hanno accesso all'assistenza sanitaria solo in situazioni di emergenza. Inoltre, molti rifugiati non hanno accesso alle vaccinazioni contro il COVID19 per motivi amministrativi, politici o di documentazione, mentre la mancanza di informazioni può creare difficoltà nell'accesso alla vaccinazione contro il COVID19.

In Grecia, i migranti che risiedono legalmente nel Paese hanno gli stessi diritti dei cittadini greci in termini di accesso all'assistenza sanitaria. Tuttavia, un'ampia percentuale della popolazione migrante dichiara che i servizi sanitari non soddisfano tutte le sue esigenze, e le ragioni principali sono i lunghi tempi di attesa negli ospedali, la difficoltà di comunicare con gli operatori sanitari, i

costi delle cure e dei farmaci, la complessità del sistema e la scarsa conoscenza dei servizi sanitari disponibili. A ciò si aggiungono le differenze culturali e di status socio-economico, che rendono difficile l'accesso a informazioni e servizi medici adeguati. Inoltre, tra gli operatori sanitari esiste ancora una scarsa consapevolezza delle complesse esigenze dei migranti, anche per quanto riguarda i farmaci. In questo modo, il grande afflusso di popolazione migrante in Grecia ha evidenziato la necessità di essere preparati, per soddisfare le esigenze mediche immediate e a lungo termine delle persone. In questo contesto, un'adeguata formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari è essenziale per combattere la discriminazione nell'assistenza sanitaria, al fine di sostenere il diritto fondamentale di ogni persona ad accedere alle cure.

Situazione in Italia

Per quanto riguarda gli arrivi alla frontiera marittima, l'Italia continua a svolgere un ruolo di respingimento indiretto, fornendo alle autorità libiche i mezzi e le tecnologie per migliorare il tracciamento via mare.

Nel 2021 sono sbarcate in Italia 67.477 persone, quasi raddoppiando il numero di arrivi del 2020 (34.154) e con un incremento ancora più rilevante se confrontato con il 2019 (11.471) e il 2018 (23.370). Tuttavia è notevolmente inferiore agli arrivi del 2017 (119.369). La principale nazionalità delle persone sbarcate è rimasta quella dei tunisini, che sono stati 15.671 in totale. Oltre 31.500 provenivano dalla Libia, più di 20.000 dalla Tunisia, 13.000 dalla Turchia e 1.500 dall'Algeria. Almeno 32.425 persone, nel 2021, sono state rimpatriate in Libia (già oltre 3mila al 19 marzo 2022).

Continuano a essere segnalati problemi nell'accesso alla procedura, sia alle frontiere, a causa delle pratiche di respingimento segnalate, sia per l'uso delle navi da quarantena come strutture di detenzione amministrativa de facto/ hotspot nelle principali città. Questa situazione è stata causata principalmente da pratiche non uniformi nelle diverse aree del Paese e dai lunghi tempi di attesa che la presentazione della domanda comporta.

Nel 2021 sono state registrate in Italia 56.388 richieste di asilo, rispetto alle 21.200 del 2020. Anche il numero di minori richiedenti asilo è aumentato a 10.053, rispetto ai 4.687 del 2020. I principali Paesi di provenienza dei richiedenti sono stati Pakistan, Bangladesh, Tunisia, Afghanistan e Nigeria. Le decisioni di prima istanza sono state 52.987 (rispetto alle 40.800 del 2020). È stato notato un aumento nel riconoscimento degli status di protezione; il 44% (rispetto al 28% nel 2020) di queste decisioni ha portato a uno status di protezione (32% protezione internazionale e 12% status speciale/di protezione).

In generale, l'approccio alla salute dei migranti è inteso come accesso ai servizi nel momento in cui si manifesta una malattia o un'emergenza. Poca attenzione è stata data alla necessità di fornire programmi di prevenzione che facilitino la possibilità di sottoporsi a vaccinazioni o screening di follow-up.

Oltre alle barriere burocratiche, la popolazione migrante incontra spesso barriere linguistiche e culturali. La difficoltà di comprensione della lingua italiana limita la capacità della popolazione migrante di esprimere i propri bisogni e le proprie necessità, impedendole di capire quali sono i servizi a sua disposizione.



La mancanza di conoscenza da parte degli operatori delle usanze, delle credenze e degli approcci alla medicina propri del background dei pazienti impedisce loro di comprendere a fondo chi viene curato e le sue ragioni, perché rifiuta una diagnosi o segue un trattamento raccomandato. Questo vale soprattutto dal punto di vista del genere, per cui a seconda dei Paesi di provenienza può accadere, ad esempio, che una donna preferisca non essere visitata da un medico uomo.

In generale, è necessario disporre di mediatori culturali che si occupino di risolvere il gap linguistico ma anche di mediare in termini culturali per poter dialogare con il paziente, tenendo conto delle credenze e delle tradizioni che guidano il migrante nel percorso di cura.

Per facilitare l'accesso ai servizi, è importante che anche gli operatori sanitari e sociali siano formati per gestire al meglio le esigenze e i bisogni degli utenti migranti. Gli operatori dovrebbero essere formati all'accoglienza e alla gestione della relazione d'aiuto come prerequisito necessario per un'efficace erogazione dei servizi, dando la capacità di comprendere la persona e di instaurare con essa un rapporto proficuo per fornire percorsi di cura personalizzati e di qualità. I corsi di formazione dovrebbero inoltre essere finalizzati ad approfondire i metodi della medicina tradizionale del Paese d'origine e anche elementi di etnopsichiatria, oltre che di medicina di genere, per comprendere che la cultura, il genere e lo status socioeconomico sono variabili determinanti da considerare nella relazione di cura con il paziente

Situazione in Spagna

La popolazione residente in Spagna è aumentata di 34.110 persone nel 2021 e si è attestata a 47.432.805 abitanti il 1° gennaio 2022. Il numero di stranieri è aumentato di 49.612 persone nel 2021, raggiungendo i 5.417.883 abitanti il 1° gennaio 2022. Tra le principali nazionalità straniere, gli aumenti maggiori corrispondono alla popolazione italiana (19.093 in più rispetto all'anno precedente), colombiana (18.203) e venezuelana (11.481).

Questo fenomeno di accoglienza della popolazione immigrata rende necessario affrontare una serie di nuove questioni che riguardano tutti i settori pubblici, in particolare il settore sanitario. L'assistenza sanitaria in Spagna per gli stranieri è regolata dalla Legge Organica sui Diritti e le Libertà degli Stranieri in Spagna e sulla loro Integrazione Sociale, che stabilisce che "gli stranieri hanno diritto all'assistenza sanitaria nei termini stabiliti dalla legislazione vigente in materia di assistenza sanitaria". Pertanto, l'obiettivo principale dell'ultimo regio decreto legge varato dal governo è quello di ripristinare l'assistenza sanitaria pubblica universale e gratuita, in modo che chiunque viva in Spagna, sia esso cittadino o straniero, possa recarsi in ospedale in caso di problemi di salute.

L'assistenza sanitaria completa in Spagna per gli stranieri significa che chiunque, indipendentemente dalla sua situazione, che abbia o meno un permesso di soggiorno, può essere curato in un centro sanitario pubblico. Tuttavia, esistono una serie di misure per accedere al sistema sanitario. Tra queste misure vi è la necessità di dimostrare la residenza in Spagna per più di 90 giorni. Questo impedisce l'accesso al sistema sanitario pubblico agli stranieri che hanno una propria copertura medica nel Paese d'origine. Tuttavia, anche gli immigrati privi di documenti hanno accesso all'assistenza sanitaria, sebbene sia necessaria una relazione dei servizi sociali che attesti che non dispongono delle risorse minime. Per quanto riguarda l'acquisto di farmaci su prescrizione, questo

gruppo deve pagare lo stesso importo degli spagnoli con un reddito inferiore a 18.000 euro, ovvero il 40% del totale.

In ogni caso, va notato che la popolazione immigrata incontra difficoltà nell'accesso al sistema sanitario per diversi motivi: perché non conosce le procedure amministrative necessarie per l'accesso; perché ignora l'esistenza di alcuni servizi sanitari; perché non ha le risorse economiche necessarie per accedere ad altri; perché gli orari di lavoro sono incompatibili a causa dei lunghi tempi di lavoro; o perché ha difficoltà a comunicare con il personale del sistema sanitario, sia per problemi linguistici che per questioni culturali (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

Per questo motivo, abbiamo bisogno di un'assistenza efficiente e di qualità per tutta la popolazione, compresi i migranti. Il sistema sanitario ha bisogno di un riorientamento dell'assistenza attraverso un modello che risponda alle esperienze, alle aspettative e ai bisogni di salute di una società molto diversificata (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2010).

Riferimenti:

- HELMSIC, [Health for All](#)
- Greek Ministry of Migration & Asylum, [Informative note](#), January 2022
- European Parliament: [Refugee Crisis & EU](#), July 2017
- ERT News, [Metadrasis: Covid vaccination of refugees and migrants](#), November 2022
- Asylum Database Information, [Italy Country report](#), 2021
- Cifras de Población (CP) a 1 de enero de 2022 [Estadística de Migraciones \(EM\)](#). Año 2021. (s. f.)
- Delgado-Rodríguez, M. (2015). [Immigration and health in Spain](#). SciELO - Scientific Electronic Library Online, 88, (6)
- [Cómo es la asistencia sanitaria en España para extranjeros](#) – MAPFRE. (7/12/22).
- Noriega, I.(2013) . [El acceso a la salud de los inmigrantes en situación irregular en España](#). Memòria del Treball de Final de Grau.

Obiettivi e gruppi target

Il **gruppo target** di questo curriculum sono membri del personale del settore sanitario e sociale, che vogliono partecipare a una formazione interattiva sulla diversità. Questi professionisti provengono da diversi gruppi professionali, come infermieristica, psicologia, medicina, amministrazione, interpretazione, lavoro sociale, ecc. I pazienti e i parenti non sono i gruppi target.

Lo **scopo principale** di questo curriculum è quello di rendere la diversità parte della loro identità professionale. Questo viene fatto in sette moduli, attraverso una formazione di 3 mezze giornate. A questo programma formativo si aggiunge inoltre un corso online.

La **struttura** del curriculum è la seguente. L'intera durata della formazione è di 12 ore in totale, che può essere divisa in 3 giorni di formazione.

Titoli dei Moduli

Introduzione e obiettivi di apprendimento

MODULO 1 Introduzione su “Healthy Diversity”

MODULO 2 Diversità nell'incontro con i pazienti

MODULO 3 Capacità pratiche di comunicazione interculturale e negoziazione



MODULO 4 Lavorare in gruppi interculturali
MODULO 5 Capacità di gestione della diversità
Feedback finale e saluti

Obiettivi e Finalità Del Corso

- Fornire il necessario background teorico sui temi del progetto (Pacchetto di conoscenze sulla diversità) al fine di aumentare la consapevolezza relativamente alla diversità socio-culturale e alla sua importanza per la pratica medica e di assistenza sociale.
- Offrire esempi di buone pratiche e storie che confermano il bisogno di sviluppare competenze specifiche legate alle interazioni interculturali e alla gestione della diversità nel settore sanitario (Stato dell'arte e Pacchetto di risorse sulla diversità per istituzioni).
- Fornire agli utenti degli strumenti creativi da poter incorporare nel quotidiano per migliorare le capacità di lavorare in contesti multiculturali con maggiore consapevolezza ed evitando stereotipi (Pacchetto di strumenti sulla diversità).
- Migliorare la comprensione dei fattori interni, culturali e contestuali che influiscono sui comportamenti individuali e le interazioni sociali, promuovendo un approccio inter-settoriale in contesti legati alla salute e a servizi di carattere sociale.

Metodi didattici

L'approccio didattico è centrato sullo studente e prevede l'utilizzo di metodi interattivi. Combina una vasta gamma di tecniche volte a facilitare il processo di apprendimento e a rispondere alle esigenze relative a vari stili di apprendimento dei partecipanti. Il corso si serve di tutte le tecniche delle sessioni in presenza: gruppi di lavoro, sessioni dedicate alla risoluzione di problemi, materiale didattico, attività di gruppo, processi di brainstorming e presentazioni. Comprende anche icebreaker e attività di team building al fine di creare una buona atmosfera in classe. Inoltre, il corso offre la possibilità di approfondire gli argomenti trattati attraverso la piattaforma online.



2 Pacchetto Di Conoscenze Sulla Diversità¹

“Ogni cultura è la formulazione di ciò che è vero, bello e giusto, e di come conseguirlo”

Carmel Camilleri, Professore di Psicologia Culturale

Ad oggi non esiste una definizione concordata del concetto di cultura. Nel 1952, Kroeber e Kluckhohn hanno compilato una lista di 164 definizioni, nella loro opera “Cultura: una Revisione Critica dei Concetti e delle Definizioni”. Una delle ragioni per le quali esistono così tante definizioni è l’abbondanza di punti di vista ed angoli da cui ci si può relazionare al concetto di cultura. Trovate di seguito alcuni di questi punti di vista.

Manifestazioni di cultura

“Cultura...è quell’insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l’arte, la legge, la morale, la tradizione ed altre capacità e abitudini acquisite dall’uomo come membro della società”

Edward Tylor (1871)

“La cultura dovrebbe essere considerata come un insieme di caratteristiche distintive di tipo spirituale, materiale, intellettuale ed emotivo di una società o di un gruppo sociale, e che include, oltre all’arte e alla letteratura, anche gli stili di vita, le modalità del vivere insieme, i sistemi di valori, le tradizioni e le credenze” UNESCO (2001)

Nonostante gli esempi di cui sopra, non è possibile giungere ad una lista esaustiva di tutte le manifestazioni di cultura – sarebbe una lista infinita. Potrebbe tuttavia essere utile considerare che ci sono alcuni elementi che tendiamo a tralasciare, come:

- Attività quotidiane, come lavare i piatti, l’utilizzo della toilette, ed il traffico, sono parte di una cultura;
- La religione è parte della cultura;
- Il modo in cui usiamo, decoriamo, “portiamo” il nostro corpo è culturale;
- La scienza è parte della cultura, con le sue equazioni e assiomi, prodotti culturali.

Le persone e la cultura

Le culture sono create, sviluppate da gruppi di persone. In senso stretto, non esiste una cultura individuale o personale. I tipi di gruppo sociale che possono generare una cultura sono molteplici: parliamo di culture nazionali, regionali, urbane o rurali, cultura di genere, cultura dei giovani, sottoculture musicali, ecc.

Acquisizioni della/e cultura/e

Conoscere la metodologia di Margalit Cohen-Emerique aiuta a comprendere meglio i meccanismi degli incontri interculturali. Prima di leggere l’introduzione, è bene porsi alcune domande e annotare le risposte:

- Cosa si intende per “cultura”?
- Qual è stato il tuo più forte shock culturale che ricordi?
- Quale pensi sia stata la ragione di questo shock culturale?

¹ Based on Margalit Cohen-Emerique 1999. Le choc culturel, méthode de formation et outil de recherche. In: Demorgon, J., Lipiansky, E., M. (eds) Guide de l’interculturel en formation. Paris, Retz. Pp 301-315. 2015. Pour une approche interculturelle en travail social. 2ème édition Rennes, PRESSES EHESP

Gli individui apprendono la cultura nella quale nascono attraverso un processo di acculturamento, sviluppato nell'interazione e nelle pratiche culturali realizzate con altri, per primi i genitori, poi la scuola, i coetanei, ecc. Attraverso questo processo, acquisiamo le nostre identità culturali.

Quando un individuo acquisisce una cultura, i suoi valori, le sue credenze, allo stesso tempo ha anche imparato a guardare le altre culture attraverso il filtro della propria. Questo fenomeno è denominato etnocentrismo. Inoltre, quando le credenze, le pratiche e i valori sono acquisiti, questi diventano preziosi e degni di essere difesi. Tutto ciò spiega il potere di tutte le identità culturali e la difficoltà di diventare relativisti culturali.

Caratteristiche della cultura

Nessuna cultura è omogenea, statica e totalmente chiusa e finita; tutte le culture sono in costante evoluzione e cambiamento, in parte grazie al contatto e allo scambio con altre culture.

Meccanismi della cultura

Il meccanismo di trasmissione culturale assicura l'apprendimento di una cultura da parte delle generazioni successive, per garantire la continuità delle culture.

Lo scambio con altre culture è sempre esistito. Questo scambio assicura il rinnovamento delle culture attraverso l'adozione di nuovi elementi – in seguito riadattati e sviluppati – da altre culture. Un esempio ne è il cioccolato!

Origini della cultura

La "teoria di gestione del terrore" sostiene che la cultura sia una risposta degli esseri umani alla paura esistenziale che scaturisce dalla consapevolezza della certezza e dell'inevitabilità della morte. Altri ricercatori, come Tomasello, attribuiscono la nascita della cultura alla capacità di "apprendimento cumulativo" unico degli esseri umani, che si basa sul riconoscimento di altri come esseri razionali e guidati dalle intenzioni, e che ci permette di non dover reinventare la ruota ogni volta, ma invece di imparare gli uni dagli altri.

Identificazione Dei Valori E Delle Emozioni Nell'analisi Degli Incidenti Critici dello shock culturale

"Lo shock culturale è il risultato di un'interazione con una persona o un oggetto di una diversa cultura, che avviene in un momento e in uno spazio specifico, e che provoca reazioni affettive e cognitive negative o positive, una sensazione di perdita dei punti di riferimento, una rappresentazione negativa di sé e una sensazione di mancanza di approvazione che può generare disagio e rabbia".

La fonte dello shock

Gli shock culturali solitamente si manifestano attorno a "zone sensibili" = domini culturali particolarmente importanti nel quadro di riferimento culturale di qualcuno (es. nazionale, etnico, età, di genere, professionale, ecc.). È importante concentrarsi sul fatto che tali zone sensibili differiscono in base alla nazionalità, etnia, religione, età, cultura professionale, cultura politica, ecc. La lista che segue si basa sul lavoro di Margalit Cohen-Emerique e sull'esperienza acquisita dal partner del progetto Healthy Diversity (Elan Interculturel) attraverso precedenti progetti (es. Intercultool 2009). Per ciascuna delle zone sensibili, proponiamo le dimensioni valoriali lungo le quali le culture

possono differire (molte dimensioni sono state identificate dai ricercatori Hofstede, Trompenaars e Kluckhohn).

Domini o “Zone Sensibili”	Dimensioni Di Valore
Regole dell’organizzazione sociale: ruoli di genere, ruolo della comunità, famiglia	<ul style="list-style-type: none"> - Unità di base: individuo o comunità? = individualismo VS collettivismo o interdipendenza - Uguaglianza VS accettazione delle differenze - Uguaglianza di genere – relazioni di genere gerarchiche, ruoli di genere fissi, differenze di genere enfatizzate o attenuate
Incorporazione: ruolo del contatto fisico, esperienza del corpo, igiene, odori, clima/temperatura	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminazione rituale del corpo (es. tabù di soffiare il naso, suoni e rumori del corpo, odori, ecc.) – aspettative e accettazioni delle manifestazioni del corpo - Preferenza del contatto fisico vs. evitare il contatto fisico - Valore del contatto visivo e segno di rispetto – contatto visivo come mancanza di rispetto e proibizione del contatto visivo con persone di rango superiore - Preferenza per una distanza fisica maggiore o minore nelle interazioni (sempre a seconda del tipo di relazione fra le parti che interagiscono) - Accettazione della punizione fisica o proibizione delle pene corporali basata sul concetto di integrità fisica - Integrità fisica VS utilizzo del corpo per partecipare/ mostrare appartenenza ad un gruppo sociale, religioso, ecc.
Concezioni e usi dello spazio	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione ricca di rimandi contestualizzati = uso dell’organizzazione dello spazio, della posizione nello spazio per comunicare VS comunicazione povera di riferimenti contestuali: non si pone l’accento sull’organizzazione spaziale nella comunicazione, invece è il messaggio verbale ad avere la priorità - Approccio all’ambiente basato sul dominio/strumentalizzazione VS armonia con l’ambiente
Concezioni e utilizzo del tempo	<ul style="list-style-type: none"> - Lineare vs non lineare/ciclico - Monocronico (un’attività per volta) vs policronico (più attività simultaneamente) - Orientamento e percezione di futuro / passato / presente

Domini o “Zone Sensibili”	Dimensioni Di Valore
Stile di vita, stile lavorativo	<ul style="list-style-type: none"> - Approcci di problem solving: attenzione posta sulla relazione o sull’attività - Risoluzione dei problemi con metodi democratici vs gerarchici - Regole di condotta esplicite vs implicite - Regole applicabili a tutti nello stesso modo VS importanza di adattare le regole a seconda della situazione (universalista vs. particolarista)
Pensiero, stile di apprendimento, concezioni del mondo	<ul style="list-style-type: none"> - Tolleranza dell’insicurezza/incertezza vs. evitare l’incertezza - Approccio materialista / scientifico VS approccio trascendentale – magico-realistico
Codici e modelli di interazione	Comunicazione diretta vs indiretta <ul style="list-style-type: none"> - comunicazione ricca vs povera di riferimenti contestuali - comunicazione formale vs informale
Relazioni fra gruppi, composizioni demografiche e religiose della società differenti	<ul style="list-style-type: none"> - I gruppi devono essere ben separati (es. sistema delle caste) VS le differenze fra i gruppi devono essere minimizzate - Particolari modelli e patrimoni culturali devono essere valorizzati e salvaguardati (=multiculturalismo, particolarismo) VS le differenze devono essere ridotte e le somiglianze enfatizzate (=universalismo)

Reazioni che accompagnano le esperienze di shock culturale ²

Le emozioni ci indicano che “qualcosa sta accadendo”, rivelano una reazione forte ad un conflitto, ad una tensione, alla differenza tra ciò che ci aspettavamo e lo scenario reale che si è verificato. Fra le emozioni che più di sovente si registrano nell’esercizio del decentramento con le foto, seguono le più comuni:

Molte emozioni negative:

- Paura, terrore
- Pietà, dispiacere
- Rabbia, frustrazione, nausea
- Disgusto
- Dolore
- Fraintendimento, confusione, imbarazzo, perplessità, sorpresa

² Based on Margalit Cohen-Emerique 1999. Le choc culturel, méthode de formation et outil de recherche. In: Demorgon, J., Lipiansky, E., M. (eds) Guide de l’interculturel en formation. Paris, Retz. Pp 301-315. 2015. Pour une approche interculturelle en travail social. 2ème édition Rennes, PRESSES

Alcune positive:

- Gioia, bellezza
- Ammirazione, meraviglia
- Empatia
- Felicità

Al di là delle reazioni emotive, le reazioni comportamentali che più spesso si verificano sono:

- Elusione, fuga, ritiro
- Aggressione, violenza
- Nausea, mal di testa, “sentirsi male”

3 Pacchetto Di Risorse Per Istituzioni

“La diversità fa la differenza”. È lo slogan di un programma di gestione della diversità che mira a diffondere un’immagine positiva delle differenze culturali. Tuttavia, tale diversità va contestualizzata, gestita e monitorata costantemente per poter produrre degli effetti positivi. Il sistema di gestione della diversità deve avere degli obiettivi chiari ed essere implementato attraverso delle scelte strategiche coscienti e dei metodi che possano davvero avere un impatto positivo.

Il concetto di **gestione della diversità** esemplifica questo legame e questo processo di implementazione cosciente. È utilizzato nel mondo delle imprese per indicare obiettivi, strategie, competenze delle organizzazioni.

Ciò si applica, in particolare, a istituzioni e organizzazioni che offrono dei servizi a gruppi di cittadini caratterizzati da esigenze e da origini culturali diverse. Fra queste vi sono le istituzioni che hanno il compito di fornire gli stessi servizi a tutti i cittadini a prescindere dalla loro provenienza, dalla loro estrazione sociale e dal loro background culturale. È una delle caratteristiche chiave del settore sanitario e, pertanto, la gestione della diversità e le competenze interculturali sono essenziali al fine di costruire una struttura organizzativa più giusta e far crescere i professionisti che operano nel settore.

Per risorse aggiuntive, vedere la sezione Risorse.

Quando si parla di gestione della diversità, quali sono le implicazioni per le organizzazioni/istituzioni?

*“Le strategie di promozione della diversità **mettono in discussione il tradizionale sistema di assunzione del personale** basato sul principio della riconoscibilità. Tali strategie sono valide sia nel settore pubblico che in quello privato.*

Le strategie di promozione della diversità mettono, inoltre, in discussione i valori ed i presupposti su cui si basa la cultura organizzativa.

*Le imprese e le istituzioni che adottano una strategia di gestione della diversità devono adottare un nuovo atteggiamento nei confronti della diversità, delle differenze e dell’alterità. Promuovere la diversità, infatti, **non significa soltanto tollerare le differenze, né adattarle o assimilarle alle norme e al discorso dominante**. Al contrario, il sistema di gestione della diversità deve basarsi su un processo di ribaltamento della visione generale che trasformi le differenze in risorse che possano contribuire alla crescita delle imprese e delle istituzioni.” (Margit Helle Thomsen, mhtconsult)*

4 Pacchetto di strumenti sulla diversità per i professionisti del settore sanitario

4.1 Introduzione Alla Diversità Nel Settore Sanitario

L'obiettivo di questa sessione consiste nell'aiutare i partecipanti a distreggiarsi fra i concetti di Healthy Diversity. Nel corso di questa sessione impareranno a familiarizzare con alcune delle definizioni utilizzate durante il corso: cultura, identità culturale, sistema culturale di riferimento, incidenti critici e zone sensibili. Inoltre, la sessione sottolinea in che modo la cultura può influenzare le pratiche mediche e come l'idea di salute e di malattia siano, in realtà, fortemente connesse alla propria cultura di appartenenza. Il formatore aiuterà i partecipanti a riconoscere le differenze senza irrigidirsi.

A cura di: Diana Szántó

Durata: 3.5 ore

Esempio Sessione

<i>Problemi etici legati ai trattamenti sanitari in contesti multiculturali</i>	
1) Obiettivi di apprendimento	Questa sessione si concentra sui problemi di natura morale che possono emergere quando medico e paziente hanno un diverso background culturale. L'intento è quello di porre in evidenza l'essenza dell'etica medica occidentale e formulare una critica sulla base della diversità culturale. I partecipanti sono consci dei principi su cui si fonda tale modello e saranno capaci di individuare senza difficoltà i dilemmi morali che devono essere risolti in ambienti multiculturali. Le barriere linguistiche sono uno degli ostacoli più noti, ma spesso non si riesce a comprenderne la portata. Nel corso di questa sessione i partecipanti impareranno a capire a pieno l'impatto delle lingue sulla riflessione morale. Inoltre, saranno incoraggiati ad adottare una prospettiva critica rispetto all'approccio universalistico che caratterizza il modello medico occidentale.
2) Gestione della sessione	Dopo aver fornito una spiegazione generica con l'aiuto di qualche esempio, sarà necessario porre in evidenza le questioni più importanti, coinvolgendo i partecipanti. La sessione prevede l'utilizzo di mentimeter o kahoot – dei programmi utilizzati per condurre dei sondaggi istantanei ed avere una mappatura dei risultati in tempo reale.

3) Metodologia

Blended learning con una lezione frontale e delle simulazioni che prevedono l'utilizzo di sondaggi in tempo reale. Il formatore dovrà dire ai partecipanti di accedere a www.menti.com ed inserire la password proiettata sullo schermo per accedere al sondaggio. I partecipanti dovranno rispondere alle domande poste sul sito.

Quali sono gli ostacoli che possono insorgere in una relazione fra medico-paziente? I partecipanti dovranno dare cinque diverse risposte ed inoltrarle servendosi dei dispositivi mobili a loro disposizione (cellulare o tablet). Le risposte verranno immediatamente proiettate sullo schermo (esempio: problemi di comunicazione, incomprensioni, limiti di tempo, lingua, gerarchia, tabù, differenze di genere, aspettative differenti, mancanza di motivazioni)

Il formatore discuterà i risultati insieme al gruppo cercando di contestualizzare e di adattare le risposte a un ambiente multiculturale: che cosa può accadere quando il medico ed il paziente hanno *background* culturali differenti? Quindi dovrà porre ai partecipanti le seguenti domande "Le persone appartenenti a gruppi etnici differenti vedono diversamente la medicina? Se sì, è giusto?"

La parte della sessione dedicata alla presentazione serve ad approfondire i 4 principi bioetici comunemente utilizzati oggi per dirimere delle questioni etiche: principio di autonomia, *primum non nocere*, principio di beneficenza e principio di giustizia (Beauchamps, Childress: 2012).

I partecipanti discuteranno di eventuali conflitti legati all'applicazione di questi principi, si pensi a quando un dottore è costretto a fare i conti con il desiderio del paziente di porre fine alla propria vita. In questo caso, il dottore è scisso fra il principio di beneficenza – dal momento che desidera il miglior trattamento per il paziente (per guarirlo/salvargli la vita) – quello di rispetto – lasciare il paziente libero di prendere le proprie decisioni (in questo caso porre fine alla sua vita).

Inoltre, il formatore fornirà degli esempi di situazioni in cui si verifica uno scontro morale fra le parti che inficia l'applicazione dei suddetti principi (ad esempio, nel momento in cui il paziente non ha a cuore la propria autonomia, come sarebbe lecito aspettarsi, o quando si ha una visione diversa della privacy o sull'opportunità di mentire a fin di bene).

Alle barriere linguistiche sono legati alcuni problemi, ma questi sono spesso trascurati o ridotti.

Il formatore selezionerà alcune situazioni che aiutino i partecipanti a comprendere la vera natura del problema. È possibile servirsi, ancora una volta, dei sondaggi in tempo reale per individuare le intenzioni dei partecipanti prima della discussione.

	<p>Ad esempio, Costa et al (2014) presentano il problema del carrello ferroviario (1967). In questa versione a un gruppo di persone che parlano due lingue diverse viene posto il medesimo dilemma. I risultati hanno dimostrato che le decisioni prese dal gruppo cui il problema è stato posto nella seconda lingua sono più razionali. Pertanto, la lingua influisce sulla nostra capacità di giudizio. Tale fenomeno si verifica spesso negli ospedali, a causa della crescente diversità delle nostre società.</p> <p>È possibile selezionare altri esempi (cfr. Harris 2003, Geipel 2015).</p>
<p>4) Spunti e suggerimenti rivolti al formatore</p>	<p>I dibattiti etici possono diventare infiniti e spesso poco produttivi, pertanto il formatore dovrà concentrarsi su un'unica questione ed evitare che i partecipanti forniscano troppi esempi. Tuttavia, a volte la personalizzazione rende i contenuti più accessibili. La sfida è, dunque, trovare un equilibrio fra questi due importanti elementi.</p>
<p>5) Occorrente/ Attrezzatura</p>	<p>PC, proiettore</p> <p>PowerPoint</p> <p>WIFI</p> <p>Sistema per condurre un sondaggio</p>
<p>6) Aspetti di cui tenere conto</p>	<p>È importante che il formatore abbia chiari i principali principi bioetici (Beauchamps & Childress 2012) e la critica al sistema (Pellegrino 2007/1997).</p> <p>Sarebbe interessante approfondire ed includere prassi comuni nei Paesi dei partecipanti. È possibile anche ricorrere a casi studio, ma il tempo a disposizione potrebbe non essere sufficiente.</p> <p>Questa sessione deve essere adattata al profilo dei partecipanti semplificando o approfondendo i contenuti per rispondere ai loro bisogni di apprendimento.</p>
<p>7) Durata</p>	<p><i>45 minuti</i></p>
<p>8) Parole chiave</p>	<p><i>Principi bioetici, morale, barriere linguistiche, dimensione culturale.</i></p>

4.2 La Diversità Nel Confronto Coi Pazienti

Il modulo si concentra sulle esigenze dei pazienti con un diverso background culturale. Come bisogna comportarsi? È necessario che gli operatori sanitari si adattino completamente all'altro? Fino a che punto? Come negoziare fra due diversi punti di vista per avere soluzioni condivise?

A cura di: Clara Malkassian, Vera Varhegyi

Durata: 6 ore

Esempio di Sessione

La cultura nella stanza	
1) Obiettivi di apprendimento	<p>Discutere il concetto di cultura con un gruppo relativamente preparato (i partecipanti devono avere una certa familiarità con alcuni concetti essenziali).</p> <p>Discutere il concetto di cultura e della sua onnicomprensività.</p> <p>Mettere assieme gli aspetti più visibili di una cultura con quelli più nascosti.</p>
2) Gestione della sessione	<p>I partecipanti saranno suddivisi in piccoli gruppi, al termine della discussione dovranno unirsi al resto del gruppo per presentare i risultati. Il formatore farà da moderatore e si assicurerà che i partecipanti affrontino tutti i temi.</p>
3) Metodologia	<p>I partecipanti dovranno prendere nota dei tre elementi culturali presenti all'interno della stanza.</p> <p>Il formatore assegnerà a ciascuno dei partecipanti uno dei tre frutti (banana, ciliegie, arance). Dovranno trovare i membri del loro gruppo e condividere gli elementi culturali che hanno ritrovato all'interno dell'aula. Quindi, dovranno discutere dei valori che stanno dietro queste manifestazioni culturali.</p> <p>Modelli utilizzati per spiegare il concetto di cultura: l'immagine dell'iceberg.</p> <p>Il formatore chiederà ai partecipanti di trovare i valori culturali sottesi agli oggetti che hanno ritrovato all'interno dell'aula. Come in un iceberg, la cultura produce alcune manifestazioni immediatamente visibili, che si basano su valori, idee e concetti che rimangono nascosti. Ciò che noi vediamo è solo la punta dell'iceberg. Tuttavia, le manifestazioni di una cultura sono il prodotto degli strati più profondi di questo sistema che orienta le nostre scelte.</p> <p>Il formatore chiederà ai gruppi di individuare questi valori nascosti.</p> <p>Alcuni esempi:</p> <p>La disposizione dei posti nella stanza: l'organizzazione dello spazio riflette il modo di intendere i concetti di condivisione e gerarchia</p>

Quando il formatore si pone di fronte ai partecipanti, prevale l'idea che il primo sia il detentore della conoscenza che trasmette agli studenti. La disposizione dei partecipanti in un cerchio trasmette una concezione più inclusiva di sapere.

Quando siamo seduti attorno a un tavolo per studiare, prevale l'idea che l'apprendimento sia un processo prettamente mentale in cui solo i cervelli lavorano (a differenza di un'idea dell'apprendimento più olistica, in cui anche il movimento occupa un posto importante).

Il fatto che ci sia un grande orologio appeso alla parete testimonia il valore che attribuiamo alla percezione lineare del tempo, secondo la quale il tempo è denaro e dunque va calcolato accuratamente. Ciò è in contrasto con un approccio più poli-cronico e flessibile.

Il nostro modo di vestire dice molto sul nostro modo di intendere il genere (ad esempio, le donne devono avere un aspetto gradevole, truccarsi, indossare degli accessori o il velo, mentre gli uomini non dovrebbero fare troppo caso al loro abbigliamento), il senso del pudore (le parti del corpo che devono essere coperte) e il nostro senso estetico.

Ci sono ritratti di re/politici/santi appesi alle pareti?

Vi sono dei cartelli contenenti le misure di sicurezza? Ciò testimonia l'importanza data all'incolumità fisica e alla riduzione dei rischi.

Il modo di comunicare: vi sono dei turni di conversazione? Rispetto e cortesia regolano il nostro modo di comunicare; mentre altre e più complesse implicazioni assumono i gesti ed il nostro modo di utilizzare la comunicazione non verbale.

La password del WIFI trascritta sulla lavagna: importanza del legame con il mondo esterno, necessità di essere sempre connessi e disponibili, dipendenza dalla tecnologia.

Quindi i partecipanti si uniranno al resto del gruppo per presentare i simboli ed i valori ad essi corrispondenti. Individueranno differenze e punti in comune ed approfondiranno le loro interpretazioni con l'aiuto del formatore che guiderà la discussione.

È importante riflettere anche sui corpi dei partecipanti per capire in che modo i singoli individui manifestano la cultura alla quale appartengono.

Il formatore distribuirà anche una scheda sui valori e sulle emozioni per aiutare i partecipanti a riflettere nel corso dell'analisi dei simboli.

<p>4) Spunti e suggerimenti rivolti al formatore</p>	<p>Il formatore dovrà riflettere a lungo sugli aspetti chiave della cultura al fine di guidare la riflessione sui valori ad essi connessi.</p> <p>Al termine dell'attività dovrà ricordare ai partecipanti che: siamo circondati dalla cultura che ci accompagna in ogni momento della nostra vita. Le manifestazioni più visibili sono legate a valori che attribuiscono loro un significato. Reagiamo agli stimoli esterni sulla base del nostro sistema culturale di riferimento in cui integriamo i valori e le inclinazioni dei gruppi sociali ai quali apparteniamo.</p>
<p>5) Occorrente/ Attrezzatura</p>	<p>Flipchart, pennarelli</p> <p>Un foglio su cui ciascun partecipante possa prendere nota dei simboli individuati</p> <p>Scheda "Valori ed emozioni"</p>
<p>6) Aspetti di cui tenere conto</p>	<p>All'inizio sarà difficile per i partecipanti decodificare gli elementi culturali, quindi sarà compito del formatore aiutarli. Potrà servirsi della metafora della bussola: i valori indicano ciò che ogni cultura ritiene degno di considerazione, orientano i nostri pensieri ed i nostri comportamenti.</p>
<p>7) Durata</p>	<p><i>30 minuti</i></p>
<p>8) Parole chiave</p>	<p><i>Simboli ed oggetti culturalmente connotati</i></p>

4.3 Competenze Interculturali E Capacità Di Negoziazione: Informazioni Pratiche

Il modulo si concentra sul tema della comunicazione interculturale e sulle sfide della mediazione, i partecipanti potranno familiarizzare con quest'approccio basato sulla riflessione ed imparare a servirsene in ambito professionale per instaurare delle relazioni interculturali proficue. Il modulo sottolinea l'importanza della crescita personale e professionale affinché gli operatori sanitari adottino un approccio migliore nei loro rapporti con i pazienti.

A cura di: Claire Edwards, Junaid Hussain, Maggie O'Rourke, Suki Rai, Priya Tek-Kalsi

Durata: 4 ore

Esempio di sessione

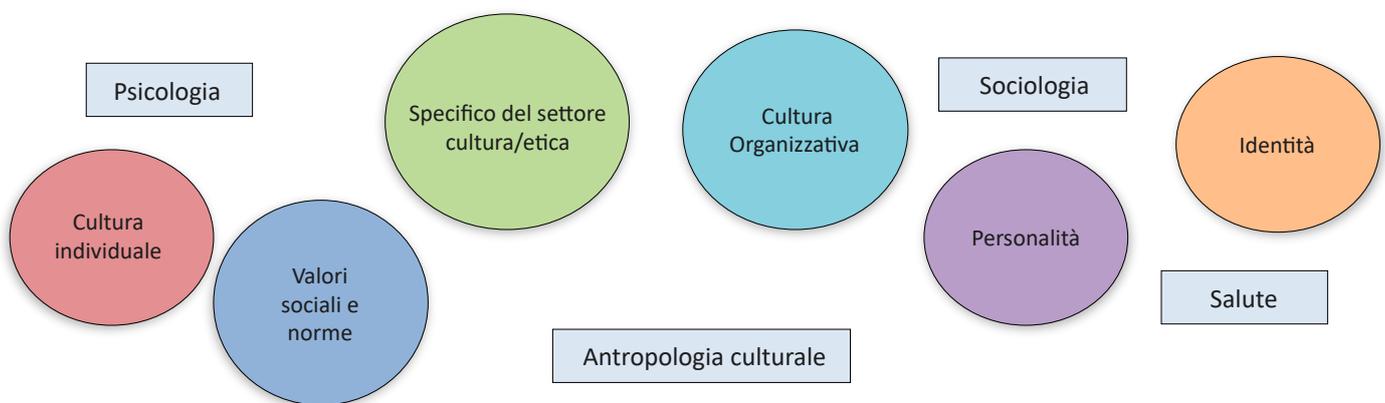
Comunicazione interculturale e l'iceberg della cultura	
1) Obiettivi di apprendimento	<p>Illustrare il concetto di comunicazione interculturale</p> <p>Imparare a conoscere le differenze culturali in ambito comunicativo</p> <p>Individuare le variazioni culturali degli stili di comunicazione ed i possibili ostacoli</p> <p>Sapere quali risorse utilizzare per superare tali ostacoli.</p>
2) Gestione della sessione	<p>Il formatore dovrà acquisire una certa familiarità con le principali teorie nel campo della comunicazione interculturale.</p> <p>Questa sessione consta di:</p> <p>un'attività di <i>brainstorming</i></p> <p>una presentazione PowerPoint</p> <p>discussioni e attività da svolgere in gruppo</p>
3) Metodologia	<p>Attività per introdurre la comunicazione non verbale</p> <p>Nel corso di quest'attività, i partecipanti andranno in giro per la stanza e svolgeranno delle piccole attività insieme:</p> <p>I partecipanti andranno in giro per la stanza e sceglieranno due persone, e, senza dirglielo, dovranno muoversi insieme al loro, cercando di mantenere una certa distanza. Dopo un po' di tempo, il formatore fermerà l'attività e chiederà ai partecipanti se hanno capito da chi sono stati scelti.</p> <p>I partecipanti andranno in giro per la stanza e cercheranno di incrociare lo sguardo della persona con la quale vorrebbero svolgere l'attività. Uno di loro sarà lo specchio, l'altro la persona che vi si rifletterà dentro.</p>

	<p>Il formatore dovrà ricordare ai partecipanti di muoversi in maniera tale che i ruoli della coppia non risultino chiari agli altri partecipanti.</p> <p>Il guidatore cieco: le coppie di partecipanti dovranno porsi gli uni dietro gli altri. La persona che sta davanti dovrà chiudere gli occhi. Quella che sta dietro sarà l'autista che guiderà la macchina con i seguenti movimenti: colpetti sulla testa per andare avanti, colpetti sulla spalla destra per andare a destra, colpetti sulla spalla sinistra per andare a sinistra; colpetti sulla schiena per andare indietro.</p> <p>Che cosa s'intende per comunicazione interculturale? Il formatore illustrerà ai partecipanti che cosa s'intende per comunicazione interculturale attraverso le attività svolte in precedenza. Quindi rifletteranno insieme sui seguenti quesiti: Quali sono gli elementi caratteristici della comunicazione? Quali differenze intercorrono fra comunicazione verbale, non verbale e para-verbale? In che modo le differenze culturali possono influire sulla comunicazione?</p> <p>La sessione continuerà con un rimando al modello iceberg della cultura preso in esame nel corso del Modulo 2. Questa volta, però, ci si concentrerà sulla comunicazione. Qual è il legame fra gli stili di comunicazione e gli strati più superficiali/profondi dell'iceberg della cultura?</p> <p>I partecipanti saranno suddivisi in gruppi e sarà loro chiesto di trovare dei modi di comunicare per metterli in relazione con valori e norme, ad esempio: una maggiore tolleranza rispetto al contatto fisico corrisponde a una tendenza alla vicinanza e alla prossimità fisica.</p> <p>Quindi i partecipanti dovranno condividere il loro lavoro col resto del gruppo. Sarà compito del formatore approfondire e cercare di far emergere i valori che sono alla base di determinate manifestazioni culturali.</p> <p>Il gruppo dovrà confrontare metodi e modi di esprimere le proprie diverse identità culturali. Il formatore dovrà fare in modo che i partecipanti adottino un concetto di identità culturale più ampio.</p> <p>I partecipanti dovranno discutere l'influsso delle differenze culturali sugli stili di comunicazione.</p> <p>Al termine della sessione, il formatore mostrerà ai partecipanti una presentazione sui diversi livelli di comunicazione.</p>
<p>4) Spunti e suggerimenti rivolti al formatore</p>	<p>Questa sessione fa riferimento al modello iceberg della cultura presentato nel corso del modulo 2 e ai concetti di cultura ed identità culturale descritti nel modulo 1. Pertanto, il formatore dovrà basarsi sui concetti analizzati in precedenza per approfondire il discorso sulla comunicazione.</p>

5) Occorrente/ Attrezzatura	PowerPoint Lavagna a fogli mobili Pennarelli Patafix
6) Aspetti di cui tenere conto	Evitare di “ripetere” in toto il modulo 1, cercando di rimanere concentrati sul tema della comunicazione interculturale.
7) Durata	<i>45 minuti</i>
8) Parole chiave	<i>Comunicazione interculturale e tecniche di negoziazione</i>

4.4 Lavorare in équipe multiculturali

L'obiettivo del modulo consiste nel potenziare la capacità dei partecipanti di creare un buon ambiente di lavoro basato sulla fiducia e su dinamiche di gruppo positive. La sessione, infatti, incoraggia i partecipanti a riflettere sulla propria identità personale e professionale e sui propri valori, concentrandosi su stereotipi e pregiudizi per comprendere in che modo la personalità possa influire sul lavoro di équipe. Creare dei gruppi di lavoro in cui viga un clima di fiducia è essenziale soprattutto in contesti multiculturali, dal momento che le incomprensioni legate ai diversi *background* degli individui sono più frequenti rispetto a gruppi di lavoro culturalmente omogenei. Tuttavia, se si utilizzano degli strumenti utili a risolvere eventuali conflitti interculturali, lavorare insieme diviene più semplice e si ottengono maggiori soddisfazioni legate, proprio, alla diversità del gruppo.



A cura di: Alessandra Cannizzo, Noemi De Luca

Durata: 3 ore

Esempio di sessione

Valori sul posto di lavoro	
1) Obiettivi di apprendimento	<p>Aiutare i partecipanti a comprendere i vari elementi che influiscono sulla coesione delle équipe multiculturali (valori e norme, cultura organizzativa, etica e deontologia professionale, aspettative, personalità).</p> <p>Individuare i propri valori ed i propri atteggiamenti servendosi dell'apposita lista di controllo.</p> <p>Riflettere sugli stereotipi culturali in relazione al comportamento adottato a lavoro.</p>

2) Gestione della sessione

I partecipanti scopriranno le parole chiave del modulo (riportate nel grafico qui sopra) giocando a una versione riveduta e corretta dell'impiccato (15 min).

La parola da indovinare è rappresentata da una serie di trattini (uno per lettera) riportati su un grande foglio di carta. A turno, i partecipanti diranno quali lettere inserire, ed il formatore dovrà trascriverle nella posizione corretta. Nella versione originale del gioco, quando la lettera non compare all'interno della parola, bisogna disegnare un elemento della forca cui è impiccato l'omino in questione (è possibile anche scegliere delle immagini un po' meno truculente).

I partecipanti possono tentare di indovinare la parola in qualunque momento. La manche termina nel momento in cui viene data la risposta corretta. Se, invece, il formatore riuscirà a disegnare l'intera forca dell'impiccato, i partecipanti perderanno la partita.

Per velocizzare questa attività introduttiva, è possibile chiedere ai partecipanti di rispondere/provare ad indovinare tutte le parole insieme.

Sebbene gli spunti e le domande dei partecipanti siano sempre bene accetti, non è prevista una discussione in questa fase, dal momento che le definizioni aggiuntive sono riportate in un'apposita scheda che sarà distribuita loro in un secondo momento.

I partecipanti leggeranno da soli le affermazioni riportate sulla lista dei valori professionali e **dovranno indicare se adottano quell'atteggiamento sul posto di lavoro, esprimendo una valutazione da 0 a 5 (0= mai, 5= sempre)**, e motivando la loro scelta: si tratta di una caratteristica della personalità? È dovuto ad aspettative sociali? Alla cultura organizzativa dell'azienda? Percepiscono diversamente quel valore **nella loro vita privata?** 20 min

Diretto: Preferisco che le persone vadano al punto e non perdano tempo a menare il can per l'aia. (1-5)

Indiretto: Penso che sia importante evitare i conflitti anche se ciò significa non affrontare direttamente i problemi (1-5)

Franchezza: è importante essere sempre franchi, onesti ed aperti, anche a rischio di creare un certo imbarazzo. (1-5)

Dignità: è importante che le mie azioni non intacchino la dignità di nessuno, anche a costo di trovare delle alternative per fornire informazioni delicate. (1-5)

Teoria: preferisco imparare ricevendo e assorbendo le informazioni da fonti affidabili. (1-5)

	<p>Pratica: preferisco imparare esplorando, scoprendo e sperimentando nuove idee (1–5)</p> <p>Oggetto: Quando ho un lavoro da fare, mi concentro solo su quello: affronto la situazione di petto, risolvo il problema e vado avanti. (1–5)</p> <p>Relazione: Quando ho un lavoro da fare, preferisco concentrarmi sulle persone e passare del tempo a conoscere i miei colleghi (1–5)</p> <p>Immediatezza: Preferisco che le persone si attengano alle scadenze. Essere puntuali significa essere efficienti. (1–5)</p> <p>Flessibilità: Preferisco che le persone siano flessibili anziché puntuali. La flessibilità è la chiave dell'efficienza. (1–5)</p> <p>I partecipanti discuteranno con il loro partner e condivideranno le loro riflessioni cercando di concentrarsi sul tipo di relazioni (collega-collega o collega-paziente). 20 min</p> <p>Riflessione insieme al resto del gruppo 30 min</p> <p>Perché queste differenze sono importanti? (competenze ed inclinazioni diverse)</p> <p>Fino a che punto sono determinate dalla cultura organizzativa della struttura presso cui operano i partecipanti? (regole attinenti al modo di comunicare con i membri della propria équipe)</p> <p>In che modo queste differenze possono palesarsi sul posto di lavoro? (tendenza ad inviare e-mail molto dettagliate)</p> <p>In che modo persone appartenenti ad un'altra cultura potrebbero percepire questo approccio?</p> <p>Quali sfide presentano tali differenze?</p> <p>In che modo potresti adattare il tuo comportamento per gestire ed andare oltre a queste differenze?</p>
3) Metodologia	<p>Il modulo propone un approccio partecipativo capace di coinvolgere i partecipanti. Nel corso di questa sessione, utilizzeremo:</p> <p>un gioco introduttivo (15 min);</p> <p>un'attività di riflessione individuale (20 min);</p> <p>un'attività di brainstorming e apprendimento fra pari(20 min);</p> <p>discussione di gruppo (30 min)</p>

4) Spunti e suggerimenti rivolti al formatore	Nel corso della discussione, i partecipanti potranno parlare della loro esperienza servendosi di altri strumenti di valutazione per condividere ciò che hanno imparato.
5) Occorrente/ Attrezzatura	<p>“Valori sul Posto di Lavoro” da www.culturewise.net/wp-content/uploads/2013/05/Cultural-awareness-training-exercise-pack.pdf</p> <p>Carta e penna</p> <p>Flipchart e pennarelli</p>
6) Aspetti di cui tenere conto	-
7) Durata	<i>90 minuti</i>
8) Parole chiave	<i>Équipe multiculturali, stereotipi, cultura organizzativa, deontologia professionale, cultura personale, personalità, medicina, psicologia, psicologia sociale, antropologia, antropologia culturale e sociologia.</i>

4.5 Gestione Della Diversità

A cura di: Margit Helle Thomsen and Henning Schultz

Durata: 2 ore

Esempio di sessione

<p align="center">Sessione 5.1 <i>La gestione della diversità e le competenze interculturali: stato dell'Arte all'interno delle strutture sanitarie</i></p>	
<p>1) Obiettivi di apprendimento</p>	<p>Aiutare i partecipanti ad acquisire nuove conoscenze sul tema della gestione della diversità e dell'approccio alla comunicazione interculturale utilizzato all'interno della struttura nella quale operano. Potrebbero anche accorgersi del fatto che tali processi non sono ancora stati attivati.</p> <p>L'analisi dello stato dell'arte sarà condotta utilizzando degli strumenti specifici che aiuteranno i partecipanti a tracciare il profilo della loro struttura, descrivendone i valori e la cultura organizzativa, nonché i processi di selezione.</p> <p>Inoltre, lo strumento di profilazione permetterà ai partecipanti di comprendere a pieno le potenzialità del sistema di gestione della diversità al fine di promuoverne l'implementazione.</p> <p>Permettere ai partecipanti di condividere analisi, profili e riflessioni, nonché esperienze pratiche riguardo alle strategie e alle procedure di gestione della diversità utilizzate all'interno delle strutture sanitarie presso le quali operano.</p>
<p>2) Gestione della sessione</p>	<p>Al fine di raggiungere tali obiettivi, la sessione sarà caratterizzata da:</p> <p>5.1.1.: Una presentazione dello strumento di profilazione, in modo da preparare i partecipanti a condurre un'analisi individuale del sistema di gestione della diversità presente all'interno della loro struttura.</p> <p>5.1.2: Attività di gruppo Presentazione dell'analisi sullo stato dell'arte delle procedure e delle strategie di gestione delle diversità nei luoghi di lavoro.</p> <p>Riflessione di gruppo su quesiti chiave connessi alle sfide, alle potenzialità, agli ostacoli all'implementazione del sistema gestione della diversità all'interno delle strutture sanitarie.</p> <p>5.1.3: Presentazione dei risultati della riflessione di gruppo sui quesiti chiave</p>

3) Metodologia

Prima sessione: durata 25 minuti

Metodologia:

Il formatore presenterà gli obiettivi della sessione e descriverà l'approccio utilizzato nel corso del modulo, durante il quale analizzeranno lo stato dell'arte del sistema di gestione della diversità all'interno delle strutture sanitarie. Il formatore illustrerà lo strumento di analisi che permetterà ai partecipanti di condurre una ricerca specifica sull'istituzione presso la quale operano.

Lo strumento di profilazione è stato sviluppato da mhtconsult per analizzare la cultura organizzativa dei servizi comunali, inclusi quelli sanitari. In seguito, è stato adattato anche a contesti differenti. Lo strumento è, pertanto, stato testato sia nel settore sanitario, sia in altri ambiti.

I partecipanti lavoreranno da soli all'analisi del profilo della loro struttura sanitaria, anche nel caso in cui nel gruppo vi siano persone che operano nella medesima istituzione. Così facendo, potranno confrontare i loro punti di vista nel corso dell'attività di gruppo.

Seconda sessione: durata 30 minuti

Metodologia:

I partecipanti saranno suddivisi in gruppi composti da 3-4 persone. Sugeriamo di mettere insieme i partecipanti che operano nella medesima struttura.

Il lavoro di gruppo sarà così organizzato:

I partecipanti presenteranno la loro analisi individuale al resto del gruppo che potrà chiedere dei chiarimenti.

Al termine della presentazione individuale, i partecipanti dovranno individuare gli elementi chiave della loro analisi:

Sono presenti dei processi di gestione della diversità o delle pratiche di comunicazione interculturale consolidate?

Quali sono i principali ostacoli nelle strutture sanitarie per quanto concerne la gestione della diversità? Assenza di un leader? Mancanza di impegno? Competenze/strumenti insufficienti?

Quali potrebbero essere i prossimi passi verso la gestione della diversità nelle strutture sanitarie e chi sono i soggetti responsabili?

Elenca tre buone ragioni per l'implementazione di strategie di gestione della diversità nel settore sanitario.

	<p>I gruppi riporteranno le parole chiave su un foglio di flipchart.</p> <p>Terza sessione: durata 25 minuti + 10 minuti di pausa</p> <p>Metodologia:</p> <p>I gruppi presenteranno i frutti del loro lavoro, utilizzando i fogli con le parole chiave.</p> <p>Il formatore sintetizzerà alcuni elementi chiave del lavoro di gruppo e ricorderà ai partecipanti che è fondamentale strutturare al meglio tali processi. Quindi rimanderà la discussione alla sessione successiva.</p>
4) Spunti e suggerimenti rivolti al formatore	È importante che i partecipanti comprendano il metodo induttivo utilizzato nel modulo. Alcune domande e questioni specifiche saranno affrontate solo in un secondo momento. A tale scopo, diviene fondamentale dare delle istruzioni chiare e ricordare ai partecipanti che la loro esperienza costituisce il punto di partenza.
5) Occorrente/ Attrezzatura	<p>Materiale didattico sullo strumento di profilazione</p> <p>Copie della scheda per la profilazione da distribuire ai partecipanti</p> <p>Fogli di carta e pennarelli per l'attività di gruppo</p>
6) Aspetti di cui tenere conto	I partecipanti hanno già analizzato il concetto di diversità nel corso del primo modulo, tuttavia è bene ricordare loro che durante questa sessione approfondiranno ulteriormente questo tema legandolo al concetto di gestione della diversità .
7) Durata	<i>90 minuti</i>
8) Parole chiave	<i>Gestione della diversità, azioni positive, processo di selezione non-discriminatorio, cultura complementare, cultura organizzativa, organizzazione del lavoro, processo decisionale.</i>

5 Competenze del corso

Legato agli obiettivi e agli obiettivi del corso, il quadro di competenza si compone di tre macroaree: *conoscenza, abilità e atteggiamento*, che si riferiscono rispettivamente ai settori cognitivo, psicomotorio e affettivo dell'apprendimento. Ogni area comprende cinque competenze legate alle varie attività e risorse

Dimensione Cognitiva

CONOSCENZA dei fattori interni, contestuali e culturali che influiscono sui comportamenti individuali e sulle interazioni sociali

- Imparare a conoscere gli aspetti teorici e l'applicazione pratica del metodo degli incidenti critici.
- Conoscere almeno due buone pratiche nel campo della comunicazione interculturale e della gestione della diversità nel settore sanitario, nonché il metodo mediante il quale sono state valutate nell'ambito del progetto.
- Avere un'idea d'insieme degli incidenti critici raccolti, in relazione alle diverse zone sensibili.
- Approfondire lo studio di almeno due incidenti critici.
- Acquisire una certa familiarità con i principi alla base dell'antropologia medica e aver letto almeno due schede riassuntive.

Dimensione Pratica

ABILITÀ A cui i discenti possono ricorrere nella loro pratica quotidiana al fine di migliorare la propria capacità di lavorare in un ambiente multiculturale.

- Analizzare le esperienze di shock culturale mediante lo schema di analisi ideato da Cohen-Emerique.
- Valutare le pratiche promosse nel settore sanitario mediante lo strumento di valutazione ideato nell'ambito del progetto Healthy Diversity.
- Acquisire una maggiore familiarità con almeno due attività formative rivolte ai professionisti che operano nel settore sanitario e socioassistenziale.
- Essere capaci di spiegare in maniera chiara i principi alla base dell'approccio di Healthy Diversity alla diversità nel settore sanitario.
- Migliorare le proprie competenze informatiche mediante lo svolgimento delle attività previste dal corso.

Dimensione Affettiva

ATTITUDINE, ossia essere consapevoli dell'importanza della diversità culturale nel settore sanitario e socioassistenziale.

- Essere consci/e dei propri pregiudizi culturali.
- Riflettere sugli aspetti culturali dei conflitti, sviluppando delle proprie strategie di negoziazione.
- Acquisire una maggiore consapevolezza nei rapporti con gli altri, al fine di evitare di ricorrere a stereotipi e adottare atteggiamenti sessisti.
- Migliorare la propria conoscenza delle dinamiche intersezionali fra il settore sanitario e quello socio assistenziale.
- Acquisire una prospettiva interculturale del tema della diversità nel settore sanitario interagendo con colleghi e professionisti provenienti da altri Paesi.

6 Risorse

- **Catalogo di buone pratiche** e Raccolta di buone pratiche europee in materia di gestione della diversità e capacità di comunicazione interculturale. Le pratiche sono presentate attraverso un breve modello descrittivo.
- **Lo strumento per la valutazione di buone pratiche** per fornire un monitoraggio completo, una valutazione e un'analisi dell'impatto degli sforzi in materia di gestione della diversità e comunicazione interculturale nelle istituzioni sanitarie.
- [Video 1 - Donna migrante e vaccini: comunicazione efficace](#)
- [Video 2 - Famiglia rom in ospedale: comunicazione efficace](#)
- [Video 3 - Ospedale come casa: comunicazione efficace](#)

7 Fonti

- [Asylum Information Database](#)
- Bartel-Radic, A.; Lesca, N. 2011. Do intercultural teams need “requisite variety” to be effective? *Management International* 15(3): 89–104
- [Best practices in implementing IHR Key points from session 5: Migration and public health](#)
- Cohen-Emerique, M. 1999. Le choc culturel, méthode de formation et outil de recherche. In: Demorgon, J.; Lipiansky, E. M. (eds). *Guide de l'interculturel en formation*. Paris: Retz: 301– 315.
- Cohen-Emerique, M. 2015. *Pour une approche interculturelle en travail social: Théories et pratiques*. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Eriksen, T. H. 1995 *Small Places, Large Issues: An Introduction to Social and Cultural Anthropology* London: Pluto Press
- Equi-Health and Re-Health
https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/01/Elena_Val_IOM.pdf
- Geertz, Clifford 1973 *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic
- Geertz, Clifford 1984 *Anti-Anti-Relativism*. 1983 Distinguished Lecture. *American Anthropologist* 82:263-278
- Keil, M.; Amershi, B.; Holmes, S.; Jablonski, H.; Lüthi, E.; Matoba, K.; Plett, A.; von Unruh, K. 2007. *Training Manual für Diversity Management*.
http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/diversity_training_manual_en.pdf
- Kroeber, A. & Kluckhohn, C. 1952. *Culture*. New York: Meridian Books
- Hall, E.T. 1990 (orig 1959) *The Silent Language*. Anchor Books
- Hall, E.T. 1999 (orig 1966) *The Hidden Dimension* Anchor Books
- Hall, E.T 1989 *Beyond Culture*. Anchor Books
- [Health issues in the recent Refugee/migrant «Crisis» Greece 2018](#)
- [MAPPING CAPACITIES FOR IMPROVING THE HEALTH RESPONSE TO REFUGEES,ASYLUM SEEKERS AND OTHER MIGRANTS](#)
- Robak, S.; Sievers, I.; Hauenschild, K. 2013. Einleitung. *Diversity Education: Zugänge und Spannungsfelder*. In: Hauenschild, K., Robak, S.; Sievers, I. (eds). *Diversity Education. Zugänge – Perspektiven – Beispiele*. Frankfurt am Main: Brandes & Aspel Verlag: 15–25.
- Tomasello, M. 1999. *The Cultural Origins of Human Cognition*. Harvard University Press

- UNESCO. 2001. [UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity](#).
- [Unhcr operation guidance on refugee protection and solutions in urban areas](#)



Allegato I Glossario

GLOSSARIO

A

Antropologia

In senso ampio, scienza dell'uomo, che si concreta come concezione, teoria, programma di ricerche sull'uomo, visto come soggetto o individuo, oppure in aggregati, comunità, situazioni.

(definizioni da www.treccani.it)

Antropologia culturale

E' una delle branche dell'antropologia che si concentra sullo studio della cultura in tutti i suoi aspetti e si serve di metodi, concetti e dati archeologici, etnografici, folclorici e linguistici per analizzare usi e costumi delle civiltà umane (l'antropologia medica nasce come settore di ricerca al termine della Seconda Guerra Mondiale, quando alcuni antropologi americani lavoravano come consulenti in progetti di salute pubblica).

(definizioni da www.treccani.it)

C

Competenze Interculturali

Le competenze interculturali sono abilità, atteggiamenti e conoscenze che consentono ad un individuo di affrontare le situazioni inattese con apertura mentale, di apprendere dalla perdita di punti di riferimento e di cambiare le proprie prospettive.

Le competenze interculturali sono capacità, conoscenze, comportamenti che ci consentono di andare incontro all'inatteso con una mente aperta, pronti ad apprendere e a cambiare prospettiva.

Quando le differenze culturali creano delle tensioni, il modo migliore per evitare l'escalation è comprendere, adattarsi e negoziare. La capacità di chiamare a raccolta queste potenzialità è detta competenza interculturale.

Tale competenza è importante per gli operatori sanitari non solo perché può aiutarli ad evitare inutili tensioni sul lavoro, ma anche perché gli consente di limitare il numero di diagnosi errate e cure inefficaci.

Comunicazione interculturale

La comunicazione si basa sulla capacità di interpretare segni e codici e di rispondere servendosi del linguaggio verbale, non verbale e para-verbale. Una comunicazione efficace si fonda su una serie di variabili che rimangono nascoste nelle nostre interazioni quotidiane. Ad esempio, diamo per scontato che i nostri interlocutori capiscano ciò che intendiamo, quindi non lo verifichiamo. Questa

dimensione inconscia assume un ruolo fondamentale nella comunicazione interculturale in cui gli interlocutori non condividono il medesimo sistema culturale di riferimento. Il senso, il significato, i codici verbali e non verbali (espressioni facciali, linguaggio del corpo) possono variare molto. Pertanto, la comunicazione interculturale può richiedere uno sforzo maggiore per far sì che il messaggio giunga al destinatario. È necessario riconoscere la varietà degli stili di comunicazione, accettare le ambiguità e prestare attenzione alle reazioni altrui.

Cultura

“Ogni cultura è una risposta alla domanda su cosa sia bello, vero e giusto – e come raggiungerlo”
Camilleri, C. Les conditions de l’interculturel, 1990.

Cultura Organizzativa

I valori e i comportamenti che contribuiscono a rendere unico il contesto lavorativo di un’organizzazione. Include le aspettative, le esperienze, la filosofia, i valori apprezzati all’interno dell’organizzazione che si riflettono nell’immagine che essa dà all’esterno, le procedure seguite al suo interno e l’interazione con il mondo esterno. Si basa su atteggiamenti, convinzioni, costumi, regole scritte e non che sono state sviluppate nel corso del tempo.

(definizione da www.businessdictionary.com)

Culturizzazione

Il termine culturalizzazione è utilizzato per definire il processo mediante il quale una situazione viene interpretata attraverso le lenti delle differenze culturali e le azioni di un individuo sono ascritte unicamente al suo background culturale – anche nel momento in cui sono altri i fattori (personali, ambientali) in gioco. L’impatto delle differenze culturali viene, dunque, enfatizzato e si corre, così, il rischio di reificare ed essenzializzare la cultura, rimarcando la distanza dall’Altro.

D

Decentramento

Nel metodo elaborato da Margalit Cohen-Emerique, il decentramento descrive la prima fase di analisi degli incidenti critici. Ci consente di comprendere in quale misura i nostri valori, le nostre aspettative e le nostre abitudini influenzano i nostri comportamenti. Il decentramento ci consente di interrogarci sui nostri pregiudizi e di utilizzare l’incidente critico come strumento di apprendimento. Mettendo in discussione il nostro sistema culturale di riferimento, lo priviamo della sua aurea di “normalità” e ciò ci consente di riflettere e divenire consapevoli.

Discriminazione

La discriminazione è la negazione dell’uguaglianza dei diritti sulla base di pregiudizi e stereotipi (Fiske, 2010).

La discriminazione si differenzia dai pregiudizi e dagli stereotipi poiché non è una credenza, ma piuttosto un’applicazione di tali convinzioni (Fiske, 2010), che porta a un’iniqua distribuzione di

diritti e privilegi.

Diversità

Tutti apparteniamo a gruppi diversi definiti dall'etnia, dal sesso, dall'orientamento sessuale, dalle condizioni socio-economiche, dall'età, dalle abilità fisiche, dalle credenze religiose o da altre ideologie, ma nessuno di questi gruppi ci definisce in modo univoco. Siamo tutti individui unici.



Allegato II Griglia Di Analisi Per Gli Shock Culturali

GRIGLIA DI ANALISI PER GLI SHOCK CULTURALI MARGALIT COHEN-EMERIQUE

L'incidente

Si prega di fornire una breve descrizione (10-15 frasi) di un incidente critico vissuto. Scrivere secondo il proprio punto di vista inserendo dove e quando l'incidente ha avuto luogo, come ci si è sentiti e cosa si è fatto. (Non analizzare l'incidente in quanto sarà un passo successivo).

1. Identità degli attori nelle situazione descritta

Chi sono gli attori coinvolti in questa situazione cross-culturale? Quali sono gli elementi costitutivi delle loro identità sociali (età, sesso, origine, professione, ecc.)? Che tipi di connessioni esistono tra loro e il loro gruppo sociale di riferimento?

2. Contesto della situazione

In quale contesto ha avuto luogo l'incidente (fisico, sociale, psicologico ecc.)?

3. Reazione emotiva

La reazione allo shock: sentimenti del narratore e se lo shock ha dato origine a specifiche reazioni comportamentali.

4. Cornice culturale di riferimento del narratore

Rappresentazioni, valori, norme, idee e pregiudizi che costituiscono il quadro di riferimento della persona che ha vissuto lo shock.

5. Quale immagine emerge dall'analisi del quadro culturale di riferimento del narratore in riferimento all'altro gruppo coinvolto nell'interazione (es. neutrale, leggermente negativa, molto negativa, stigmatizzata, positiva, molto positiva, reale/irreale ecc.)?

6. Cornice culturale di riferimento dell'individuo/gruppo all'origine dello shock

Rappresentazioni, valori, norme, idee e pregiudizi che costituiscono il quadro di riferimento dell'individuo o del gruppo che ha generato lo shock nel narratore.

7. In che modo la situazione evidenzia un problema relativo alla pratica professionale, o in generale al rispetto delle differenze culturali in situazioni interculturali?

Altri commenti:

Allegato III Cosa Succede Quando I Nostri Valori Individuali Contrastano Con Quelli Del Nostro Posto Di Lavoro O Della Società In Cui Viviamo? Rifletti Su Questo Attraverso La “Lista Di Controllo Dei Valori Sul Lavoro”

VALORI SUL POSTO DI LAVORO

Leggi ogni frase e indica se e quanto adotti quell’atteggiamento sul posto di lavoro, esprimendo una valutazione da 0 a 5 (0= mai, 5= sempre), e motivando la tua scelta: si tratta di una caratteristica della personalità? È dovuto ad aspettative sociali? Alla cultura organizzativa dell’azienda? **Noti differenze comparando quel valore nella loro vita privata e professionale?**

Dichiarazione	Autovalutazione
Diretto: Preferisco che le persone vadano al punto e non perdano tempo a menare il can per l’aia.	
Indiretto: Penso che sia importante evitare i conflitti anche se ciò significa non affrontare direttamente i problemi.	
Franchezza: è importante essere sempre franchi, onesti ed aperti, anche a rischio di creare un certo imbarazzo	
Dignità: è importante che le mie azioni non intacchino la dignità di nessuno, anche a costo di trovare delle alternative per fornire informazioni delicate.	
Teoria: preferisco imparare ricevendo e assorbendo le informazioni da fonti affidabili.	
Pratica: preferisco imparare esplorando, scoprendo e sperimentando nuove.	
Oggetto: Quando ho un lavoro da fare, mi concentro solo su quello: affronto la situazione di petto, risolvo il problema e vado avanti.	
Relazione: Quando ho un lavoro da fare, preferisco concentrarmi sulle persone e passare del tempo a conoscere i miei colleghi.	
Immediatezza: Preferisco che le persone si attengano alle scadenze. Essere puntuali significa essere efficienti.	
Flessibilità: Preferisco che le persone siano flessibili anziché puntuali. La flessibilità è la chiave dell’efficienza.	

Allegato IV Dolori Lancinanti E Bruciori Al Cuore. Variazioni Culturali Nell'esperienza Del Dolore (AT)

A cura di Agnes Raschauer

Testo di riferimento: Kohnen, Norbert (2009): Feeling and coping with pain in different cultures. In: Ruth Kutalek / Armin Prinz, eds. Essays in Medical Anthropology. The Austrian Ethnomedical Society after Thirty Years, p.321-328. LIT Verlag GmbH: Vienna.

Introduzione

Spesso pensiamo che il dolore sia un'esperienza individuale connessa a processi biologici comuni a tutti gli esseri umani. Eppure, alcune persone sembrano avere una soglia del dolore alta, altri bassa, altri ancora appaiono ipersensibili. Il modo in cui le persone provano e parlano del dolore, dunque, non dipende esclusivamente dalla loro capacità di resistenza, né è unicamente ascrivibile a una serie di reazioni biochimiche. L'esperienza del dolore è connessa, piuttosto, agli schemi sociali di cui ci serviamo per comprendere il mondo che ci circonda e che influiscono anche sul modo in cui interpretiamo le sensazioni fisiche. In questo articolo, Norbert Kohnen delinea le **variazioni culturali** dei concetti che stanno alla base dell'**esperienza del dolore**. Gli operatori sanitari che ignorano i diversi modi in cui il dolore può essere espresso, in base ai riferimenti culturali dei pazienti, potrebbero essere costretti a fronteggiare numerosi problemi. Si pensi, infatti, a cosa potrebbe accadere a un medico che non riuscisse a comprendere l'entità della sofferenza del paziente, per via della diversità del loro modo di esprimere e di intendere il dolore.

I tentativi degli antropologi di dimostrare le variazioni nell'esperienza del dolore

Kohnen spiega che sono state riscontrate ben poche variazioni culturali rispetto alla "*soglia percettiva* [...] la soglia di percezione al di sotto della quale uno stimolo sensoriale come il solletico o il calore non viene percepito" (p. 321), mentre **la soglia del dolore** è caratterizzata da infinite variazioni. Uno degli esempi più illuminanti in questo senso è quello fornito dallo studio di Hardy et al. (1952), in cui viene analizzata la diversa percezione del calore avvertita dalle popolazioni mediterranee e nordeuropee. I primi reputano "tiepido" ciò che i secondi definiscono come "scottante"³.

L'autore fa riferimento al lavoro rivoluzionario di Mark Zborowski (1951, 1969)⁴.

L'antropologo riuscì, infatti, a dimostrare che il modo di provare ed esprimere dolore non varia soltanto in base al sistema culturale di riferimento, ma anche al modo in cui le comunità trattano coloro che soffrono. Lo studioso ha condotto una ricerca approfondita (interviste, indagini, osservazioni sul campo) in un reparto che ospitava dei veterani e si è concentrato su quattro gruppi di pazienti: irlandesi americani, italo-americani, ebrei americani e americani. Zborowski ha notato che mentre i pazienti irlandesi americani parlavano poco del loro dolore e tendevano ad isolarsi, quelli italo americani discutevano apertamente delle loro sofferenze e cercavano il contatto con gli altri. Secondo lo studioso, al peso del paziente sono da associare anche determinati atteggiamenti rispetto alle sofferenze fisiche e al modo di abbandonarsi alla propria esperienza.

³ Hardy, James Daniel, Harold George Wolff and Helen Goodell (1952): Pain sensations and Reactions. Baltimore: Williams & Wilkins.

⁴ Zborowski, Mark (1952): Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 8: p. 16-30. Zborowski, Mark (1969): People in pain. San Francisco: Jossey-Bass.

“Strategie per affrontare il dolore”

In antropologia le strategie utilizzate per gestire il dolore sviluppate dalle comunità culturali sono definite “**strategie culturali per affrontare il dolore**” (p. 323). Tali strategie si basano su conoscenze e tradizioni tramandate di generazione in generazione che hanno informato le pratiche sociali atte a controllare la malattia, il dolore e il processo di guarigione. Esse delineano degli scenari culturalmente accettati che mostrano agli individui come agire e come interpretare il dolore che provano. Le modalità attraverso le quali i gruppi pensano di poter dominare il dolore sono particolarmente importanti al fine di elaborare una strategia di gestione. Mentre i cittadini britannici, irlandesi o nord europei tendono all’individualismo e sono dotati di un sistema di controllo interiore, la società italiana o turca attribuiscono maggiore importanza alla famiglia e si servono di convinzioni di controllo esteriori. Ciò significa che mentre i primi tendono a concentrarsi sulla capacità dell’individuo di affrontare il dolore, di tenere dentro i propri sentimenti e di allontanarsi dalla società; i secondi, preferiscono che a fargli compagnia sia un membro della famiglia e le loro strategie di gestione del dolore sono radicate all’interno della comunità.

Kohnen descrive cinque diverse strategie di gestione del dolore e attribuisce ciascuna di essa a un determinato gruppo etnico o religioso, ma sottolinea che “è possibile trovare dei riferimenti a tutte le strategie elencate in ogni cultura” (p. 323). Kohnen descrive anche l’approccio ***fatalista*** che attribuisce la fine delle sofferenze individuale a un’entità superiore. Secondo tale strategia, chi soffre ha una limitata capacità di azione, si limiterà a cercare un dottore e fare “la cosa giusta” per alleviare le proprie sofferenze. Altre volte, si ricorre a pratiche magiche che potrebbero influenzare l’esperienza del dolore. ***L’interpretazione religiosa del dolore*** comune, ad esempio, a buddhisti e cristiani, d’altra parte ritiene il dolore come una prova che l’individuo deve superare al fine di dimostrare la propria fede. Osserviamo, poi, anche un’***interpretazione razionale del dolore*** secondo la quale questo va analizzato e attribuito a una determinata parte del corpo, monitorato e curato da un medico. In questi casi l’approccio emotivo è considerato del tutto fuori luogo.

Conclusioni: La necessità di prestare attenzione alle variazioni culturali dell’esperienza del dolore

Kohnen critica l’universalizzazione cui è andato incontro il fenomeno, poiché tale approccio va a discapito di una corretta somministrazione delle cure. I pazienti possono esprimere il loro dolore in molti modi diversi: isolandosi, razionalizzando, piangendo e lamentando in uno stato di prostrazione emotiva. Non esistono modi di esprimere il dolore più giusti di altri in quanto indice di una maggiore sofferenza. Continuare a basarsi sull’idea che l’esperienza del dolore ed il dolore stesso debbano essere espressi dai pazienti in una certa maniera conduce a dei malintesi, a delle frustrazioni e alla somministrazione di cure inadeguate. “Ogni paziente è un informatore, ma non tutti gli informatori sono bravi. Ciò dipende, però, dal dottore e dalla sua capacità di comprendere il paziente e allargare i propri orizzonti culturali” (p. 326).

Allegato V Donne E Madri, Il Significato Della Loro Vulnerabilità Nei Processi Migratori (It)

A cura di Alessandra Cannizzo

Testo di riferimento: “Donne e madri nella migrazione” (Women and mothers in migration) by Viapiana, S., Antrocom Online Journal of Anthropology, 2011; 7:1+, pp. 83-91.

Sintesi

Nel corso degli ultimi anni, il ruolo delle donne nei flussi migratori è divenuto cruciale soprattutto per via dei cambiamenti strutturali avvenuti all'interno delle comunità di migranti. Giunte in un nuovo contesto sono spinte a ripensare a valori e regole tradizionali e ad entrare in contatto con concetti, idee e modelli organizzativi del Paese ospitante connessi alla concezione del corpo, all'organizzazione del sistema sociale e sanitario, ecc. Le donne migranti protagoniste dei processi di risignificazione e negoziazione dell'idea di maternità, delle relazioni coniugali e dei rituali di modificazione del corpo (ad esempio, l'infibulazione).

Introduzione

L'articolo dell'antropologa Stefania Viapiana presenta un'interessante analisi e offre degli spunti per comprendere in che modo alcune pratiche corporali e stili di vita possano variare a seconda del Paese e della cultura di origine delle persone. Innanzi tutto, l'autrice presenta il concetto di “doppio transito”, una situazione difficile vissuta dalle donne migranti che si trovano in contatto con idee e norme del Paese ospitante, mentre sono costrette a fare i conti anche con i valori della propria cultura. L'autrice analizza anche le nuove sfide per le donne migranti che lottano per liberarsi dell'autorità dei loro mariti all'interno del nuovo contesto sociale. Il testo fa riferimento ai lavori di esperti del settore nel tentativo di chiarire alcuni aspetti dell'identità di genere e di far luce sul senso di pratiche come le mutilazioni genitali femminili, allo scopo di far riflettere. Per quanto concerne l'identità di genere, i dati presentati dagli esperti sottolineano come in alcune culture la superiorità dell'uomo sia considerata come un fatto naturale e biologico, un'idea condivisa e sposata da molte donne. Il tema delle mutilazioni genitali femminili è analizzato attraverso numerosi esempi che indicano come tali pratiche rituali siano difese e preservate dalle donne in quanto rappresentano un elemento tradizionale. Infine, vengono presentati una serie di studi che sottolineano come tali pratiche siano divenute difficili per le donne migranti che vivono a contatto con la società occidentale.

Il doppio transito delle donne migranti ed elementi di etnopsichiatria

L'autrice offre una panoramica delle ricerche, inclusi i contributi più recenti nel campo dell'antropologia, concentrandosi sulla crisi di identità vissuta dai migranti e sul rischio di sottovalutare i problemi connessi al genere in tali contesti. Uno studio di Levinson e Beneduce (2004) ha mostrato che le società in cui vi è una minore incidenza dei casi di violenza contro le donne sono quelli in cui vige una divisione equa dei poteri. Sulla base di questi risultati, l'autrice afferma che i conflitti che si verificano a seguito della migrazione sono il risultato dei cambiamenti vissuti dalla coppia, trasformata dalle nuove condizioni di vita. Pertanto, l'idea originale proposta da Viapiana è quella di una donna migrante in lotta contro un nuovo nemico: l'autorità del marito, per conquistare una propria autonomia all'interno del nuovo contesto sociale.

Enumerando tutte le novità presenti nel contesto in cui vivono le donne migranti, il testo chiarisce in che modo la ricerca di un'identità culturale sia ancora più complicata senza il sostegno della famiglia o del gruppo parentale. Parte di queste difficoltà sono legate all'incapacità di ricorrere ad alcuni rituali del Paese d'origine, una situazione che è spesso causa di disturbi psicologici.

Molti di questi rituali sono connessi alla nascita e servono, ad esempio, a proteggere il neonato dai demoni (si pensi al djinn nella regione del Maghreb) o implicano l'adozione di abitudini igieniche speciali per il bambino e la futura/nuova madre. Secondo Ba, è possibile definire tali cerimonie come "rituali di transizione" (Ba, 1994, pp. 59-72) volti a placare le ansie e le paure della donna che ha appena dato alla luce una nuova vita e a celebrare l'arrivo di un nuovo bambino nel gruppo.

Viapiana offre il proprio punto di vista sul fenomeno del "duplice transito", che avviene nel momento in cui le donne migranti "devono confrontarsi sia con i valori e norme comportamentali del Paese ospitante, ma anche dolorosamente con i valori della cultura d'origine." (Viapiana:2011, p.86).

Identità di genere e conflitti di genere

Nella seconda parte dell'articolo, l'autrice approfondisce il tema dell'identità e dei conflitti di genere attraverso l'analisi degli studi condotti da numerosi ricercatori, allo scopo di informare i lettori riguardo alle pratiche culturali che vedono al centro il corpo della donna migrante nella società occidentale. Le teorie e gli studi antropologici presentati offrono una panoramica sulla costruzione sociale e culturale dell'identità della donna come essere inferiore all'uomo sia a livello simbolico sia a livello pratico. L'asimmetria nelle relazioni fra uomini e donne è ben esemplificata dalle diverse concezioni e pratiche che ruotano attorno al corpo della donna e alle sue caratteristiche percepite come handicap "naturali", fra cui la fragilità, il minore peso corporeo, un'altezza inferiore, la gravidanza e l'allattamento al seno (Nahoum-Grappe, 1996; Héritier, 2002). Héritier sostiene, ad esempio, che il concetto di alterità sia stato introdotto da un elemento capace di infrangere l'armonia del cosmo, come la trasgressione di un divieto (si pensi al concetto del Paradiso terrestre). A questo proposito, la mitologia dell'Africa occidentale racconta di un tempo in cui uomini e donne vivevano in due gruppi indipendenti e separati ed erano capaci di riprodursi in maniera autonoma. In seguito, gli uomini scoprirono nel corpo delle donne una fonte di piacere, non connessa in alcun modo alla riproduzione. Ciò offese la divinità, che costrinse gli uomini e le donne a vivere insieme. Tale tradizione non è un caso isolato. Miti che raccontano di donne che danno alla luce a dei bambini senza il contributo degli uomini, per partenogenesi o fecondate da elementi naturali (il vento o il mare) sono presenti in numerose culture.

Moisseff (1997) propone un altro esempio interessante sottolineando come la relazione fra colonizzatori e popolazioni colonizzate, e in generale fra classi dominanti e subalterne, abbia un impatto molto importate sulla sessualità, sulla concezione del corpo, della riproduzione e dei ruoli di genere. L'autrice lega i conflitti legati al genere alla resistenza che le economie in via di sviluppo oppongono alla crescente egemonia culturale dei Paesi industrializzati.

Infibulazione, escissione, identità: i segni sul corpo.

Questa sezione dell'articolo prende in esame la realtà delle pratiche di modificazione del corpo femminile, attraverso numerosi esempi tratti da diverse tradizioni culturali. I sistemi simbolici, i miti e i rituali che si concentrano sul corpo delle donne e sulla loro sessualità sono presenti in numerose civiltà. Viapiana individua una certa preminenza dei processi volti a controllare l'attività riproduttiva della donna, diversi per scopi e significati, quali pratiche di purificazione, riti di passaggio

dall'infanzia all'età matura, o volti a re-instaurare l'armonia e l'ordine sociale per contrastare il "disordine" del femminile.

Le modificazioni genitali femminili sono pratiche antecedenti la comparsa delle principali religioni monoteistiche (ebraismo, cristianesimo e Islam) vive ancora oggi, simbolo della volontà di mantenere intatte le relazioni di potere fra cultura dominante e subalterna. Società diverse (etiopie, saudite, somale, egiziana, sudanese) propongono rituali diversi, tuttavia l'infibulazione è il principale metodo utilizzato per tenere sotto controllo la sessualità e la verginità delle donne. A volte, può anche assumere le sembianze di un rituale di purificazione, in quanto prevede la rimozione di una parte del corpo remotamente maschile (il clitoride) che consenta di inserire la bambina nella corretta categoria sessuale (si pensi, ad esempio, alle tribù Dogon del Mali studiate da Griaule nel 1930). Attraverso questi studi ed esempi, Viapiana intende dimostrare come il concetto di integrità fisica possa essere annoverata fra i valori più complicati nell'incontro fra culture diverse. Le logiche cui si ispirano i rituali di modificazioni del corpo sono diverse (si pensi alle dinamiche del potere descritte da Augé, 2002), e sono veicolo di significati differenti che influiscono, certo, sulla psiche della donna "marchiata". Le donne migranti di rado parlano della loro esperienza di infibulazione; tuttavia, come fa notare l'autrice, esse la ritengono un'esperienza essenziale delle loro vite, necessaria per adeguarsi ai canoni estetici del corpo femminile nella loro cultura di origine (Fusaschi, 2003).

Viapiana sottolinea il conflitto di valori in atto sulle modificazioni genitali, un conflitto vissuto in prima persona dalle donne che provengono da quei Paesi in cui vige la pratica dell'infibulazione.

Van der Kwaak, (1992, pp. 777-787) fa notare che, ad esempio, in Somalia la castità ed il controllo della sessualità femminile sono intimamente connesse col concetto stesso di identità. In questo contesto, l'infibulazione corrisponde a un rituale di iniziazione che trova espressione sia nel rito, sia nel linguaggio utilizzato. Infatti, prima che questo avvenga la ragazza è detta gabar ("piccola donna"), mentre poi viene chiamata qabar dhoocil ("ragazza infibulata") una ragazza da sposare per la quale il futuro marito dovrà pagare una certa somma. La rasatura dei capelli rende poi ancora più esplicito il senso di questo rito di iniziazione.

Conclusioni

L'attuale fenomeno migratorio presenta numerose sfide sia per coloro i quali abbandonano il proprio Paese, sia per gli abitanti del Paese ospitante. Le donne corrono maggiori rischi quando affrontano questi processi, per via del loro ruolo di madri e a causa dei significati attribuiti al loro corpo. Come dimostrato da Viapiana attraverso i riferimenti a numerosi studi, le donne migranti sono chiamate ad affrontare un duplice transito, costrette a confrontarsi con valori e norme del Paese ospitante e, allo stesso tempo, ad essere depositarie di quelli della loro cultura di origine.

Da un lato, l'autrice offre nel testo una critica delle diverse pratiche di modificazione del corpo femminile nelle culture non occidentali, dall'altro mostra la grande distanza che intercorre fra i valori delle comunità migranti e quella dei Paesi di origine (sebbene vi siano alcuni punti in comune, fra cui la concezione binaria del genere maschile e femminile), ponendo in evidenza le difficoltà cui vanno incontro le donne migranti costrette a negoziare fra i valori predominanti nella cultura di origine e in quella della società ospitante. Infine, l'autrice fornisce uno spunto di riflessione chiarendo il ruolo delle donne nelle società interessate dai fenomeni migratori. Data la varietà degli esempi e la diversità degli autori citati, il testo costituisce un'introduzione ad aspetti controversi inerenti la diversità culturale nel campo della sanità.

Bibliografia

- Abdalla R., 1982, *Sisters in affliction: circumcision and infibulation of women in Africa*, Wed Press, London.
- Augé M., 2002, *Genio del paganesimo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Augé M., 2004, *Rovine e macerie. Il senso del tempo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ba M., 1994, *La dépression du ventre. Réactions dépressives après l'accouchement chez des femmes, immigrées, originaires de l'Afrique de l'Ouest*, *Nouv. Revue d'Ethnopsychiatrie*, 24: 59-72.
- Beneduce Roberto, 2004, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Boddy J., 1982, *Wombs as Oasis: The Symbolic Context of Pharaonic Circumcision in rural Sudan*, *Amer. Ethnologist*, 9, 4: 682-698.
- Bonaparte M., 1948, *Notes sur l'excision*, in "Revue Française de Psychanalyse", n. 12, pp. 221-31.
- Bourdieu Pierre, 1998, *La domination mascoline*, Seuil, Paris.
- Calderoli Lidia, 1993, *Marquages permanents du corps en Afrique subsaharienne: le processus technique comme signifiant*, in "l'Ethnographie", n.114, pp. 105-30.
- Foucault Michel, 1976, *La volontà di sapere*, trad. it. 1984, Feltrinelli, Milano.
- Fusaschi Michela, 2003, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Godelier M., 1996, *Sexualité et société*, *Journal des Antropologues*, 64-65.
- Gordon D., 1991, *Female circumcision and Genital Operations in Egypt and the Sudan: A Dilemma for Medical Anthropology*, *Medical anthropological quarterly*, 5 (1), 3-14.
- Héritier Françoise, 1996, *Masculin/Féminin, la pensée de la difference*, Paris, Editions Odile Jacob/ trad. it. *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, 2002, Economica Laterza, Roma.
- Héritier Françoise, 2002, *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*, Odile Jacob, Paris.
- Krane J.E., 1996, *Violence Against Women in Intimate Relations: Insights from Cross- Cultural Analysis*, *Transcult. Psyc. Research Review*, XXXIII, 4: 435-465.
- Lacoste-Dujardin C., 1996, *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, La Découverte, Paris.
- Lévi-Strauss Claude, 1969, *Le strutture elementari della parentela*, Feltrinelli, Milano.
- Madelain J., 1990, *L'erranza e l'itinerario. Lettura del romanzo maghrebino contemporaneo*, Marietti, Genova.
- Moisseeff M., 1997, *Subversive Science, Subversive Practice*, *Transcultural Psychiatry*, 34, 1, 95-107.
- Nahoum-Grappe V., 1996, *Le féminin*, Hachette, Paris.
- Nathan T., 1994, *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris.
- Sindzingre Nicole, 1977, *Le plus et le moins: à propos de l'excision*, in "Cahiers d'Etudes Africaines", XVII, n. 65, pp. 65-75
- Van der Kwaak A., 1992, *Female Circumcision and Gender Identity: a Questionable Alliance*, *Soc. Sci & Medicine*, 35, 6: 777-787.
- Van Gennep Arnold, 1909, *Les Rites de passage*, Nourry, Paris. (trad. Ital. 1985, *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino).
- Yahyaoui A., 1997, *Modi del ragionare e antropologia della medicina*, *Rivista Italiana di Antropologia Medica*, 3/4, 29-40.
- Zempléni Andreas, 1985, *La maladie et ses causes*, "L'Ethnographie", num. spec., 96/97: 13-44.