

CURA E SIGNIFICATO: DALLA COMPETENZA ALLA CONSAPEVOLEZZA CULTURALE.

Ivo Quaranta

1. I presupposti della competenza culturale

Nel 2014, sulla base del lavoro biennale di un gruppo internazionale di studiosi, il Lancet ha pubblicato un report su “Cultura e salute”, giungendo all’iconica conclusione che la sistematica disattenzione nei confronti della cultura rappresenti la singola barriera più significativa alla piena promozione del diritto alla salute a livello planetario (Napier et al., 2014: 1610).

A partire dalla fine degli anni settanta del Novecento il concetto di competenza culturale ha guadagnato crescente centralità nei dibattiti accademici e nelle strategie istituzionali concernenti la rilevanza clinica delle dinamiche culturali (Betancourt et al., 2002; Brach & Fraser, 2000; Campinha-Bacote, 1999, 2002; Leininger, 1978, 1985; Purnell, 2000; Purnell & Paulanka, 2008; Sue, 2006).

Tuttavia, come argomenteremo in queste pagine, spesso i presupposti su cui tali dibattiti si sono fondati hanno minato le migliori intenzioni dietro le strategie di inclusione delle variabili socio-culturali nei contesti di cura.

Pensiamo alla definizione che Madeleine Leininger (1985) offrì del concetto di cultura nei termini di un insieme, acquisito e condiviso, di valori, credenze, norme e pratiche che agiscono come un modello per orientare il pensiero, le decisioni e le azioni dei membri di un determinato gruppo.

Questa definizione ha costituito per lungo periodo il fondamento delle strategie attraverso cui si è cercato di adeguare i servizi sanitari alle sfide poste da un’utenza sempre più caratterizzata da pluralismo culturale, come si evince dal celebre lavoro di Cross e colleghi:

[La competenza culturale] rappresenta un insieme coerente di comportamenti, atteggiamenti e politiche che mettono in condizione un sistema, un’agenzia o un insieme di professionisti di lavorare efficacemente in situa-

zioni trans-culturali...[al fine di] riconoscere e incorporare – a tutti i livelli – l'importanza della cultura, la valutazione delle relazioni interculturali, la vigilanza sulle dinamiche emergenti dalle differenze culturali, l'espansione delle conoscenze culturali e l'adeguamento dei servizi a favore di bisogni culturalmente specifici” (Cross et al., 1989).

Su queste tematiche anche l'antropologia medica ha dato il suo contributo, producendo evidenze relative alla natura squisitamente culturale sia dell'esperienza di malattia, sia dei saperi e delle pratiche mediche (Good, B., 1994; Eisenberg L. & A. Kleinman, 1981; Hahn, R. & A. Gaines, 1985; Kleinman, A., 1980; Lock M. & D. Gordon 1988; Quaranta, 2006).

È, tuttavia, un fatto che tanto nella letteratura quanto nelle strategie organizzative ci si sia soffermati assai più sulle sfide poste dalle differenti elaborazioni culturali dell'esperienza di malattia, con particolare – se non esclusivo – riferimento ai pazienti migranti, di quanto non si sia prestata attenzione alla natura squisitamente culturale dei servizi erogati; in altre parole, il concetto di cultura è stato utilizzato come dispositivo attraverso cui rendere conto dell'alterità e del suo perché.

Questo atteggiamento, facilmente comprensibile, ha alimentato l'opposizione fra scienza e cultura, come se quest'ultima fosse un ostacolo da arginare o rimuovere al fine di promuovere una corretta ed efficace pratica del sapere scientifico.

Nei dibattiti sulla competenza culturale, la cultura è stata, infatti, spesso rappresentata come attributo esclusivo dell'altro, come se i saperi e le pratiche della biomedicina si fossero evoluti oltre il regno del condizionamento culturale. È l'altro ad avere (o a rappresentare) il problema. Alla luce di tali presupposti, la competenza culturale viene vista come quella conoscenza che permette agli attori sanitari di interagire in modo efficace con la differenza incarnata dall'altro, al fine di non vanificare l'efficacia del proprio operato tecnico-scientifico. L'altro viene così eletto a oggetto di una conoscenza da

acquisire al fine di essere competenti (Manderson & Reid, 1994).

Ci troviamo di fronte a una vera e propria visione del mondo in cui il concetto di cultura emerge come una barriera (Kumas-Tan et al., 2007) da ridurre ogni qual volta i “portatori” di una cultura “diversa” entrano in contatto con i servizi sanitari, la cui capacità di rispondere efficacemente dipende dalle conoscenze sulla cultura di riferimento dell’utente: maggiore la conoscenza, migliore la competenza (Harrison & Turner, 2010).

2. Oltre il mosaico culturale

Al cuore di questo atteggiamento giace la visione della cultura come un sistema di simboli, di conoscenze, di credenze, di significati che le persone hanno in quanto membri di un gruppo. A cascata questa visione produce l’idea di un mosaico di mondi culturali differenti e incommensurabili (Epstein, 2009; Hannerz, 2001). Un mondo del genere non può che richiedere una conoscenza enciclopedica dei diversi contesti culturali che lo compongono. La competenza così definita è concepita come una sorta di atlante culturale dei diversi gruppi umani.

Questa visione del concetto di cultura chiaramente celebra le differenze fra i gruppi sociali, a discapito delle connessioni, delle congiunture, delle ibridazioni, dei prestiti, delle trasformazioni, da un lato, e delle differenze entro i contesti (di carattere generazionale, religioso, socio-economico, di genere, di status giuridico, ecc.) dall’altro (Appadurai, 2001).

A questa visione del concetto di cultura è stato, negli ultimi decenni, attribuito l’aggettivo di essenzialista: la cultura sarebbe una sostanza che i membri di un gruppo sociale condividono fra loro, differenziandosi così da altri gruppi sociali (Remotti, 2011).

Molti studiosi hanno parimenti messo in luce come tale immagine risenta pesantemente dell’esperienza storica dello stato nazionale come modalità culturale di immaginare l’identità di un gruppo accomunato, appunto, da: un comune territorio, di cui si condivide la storia, la lingua e dunque la cultura. Del resto non è una novità

che in epoca coloniale gli europei abbiano proiettato le proprie categorie concettuali per pensare l'altro, immaginando il modello storicamente emerso in Europa come naturale parametro per pensare l'identità e dunque le differenze (Amselle, 1990).

Un ulteriore corollario di questa visione del concetto di cultura e della competenza culturale è quello di ridurre alla relazione fra utente e servizi (più o meno "competenti") la responsabilità di eventuali forme di discriminazione e di etnocentrismo, senza problematizzare il ruolo che più ampi fattori sociali possono giocare nel promuovere forme di esclusione e di limitazione dei diritti.

Definire il miglior interesse nei pazienti (stranieri?) attraverso la competenza culturale rischia in altre parole di distrarre l'attenzione dal ruolo eziopatogenetico dei determinanti sociali di salute, con il rischio di biasimare la vittima per le sue condizioni di salute (Farmer, 2003; Papps & Ramsden, 1996; Kleinman & Benson, 2006; Marmot & Wilkinson, 2005).

Nuovamente il report del Lancet è in proposito illuminante:

Cultural competence training at its worst creates an idea of culture as a thing "made synonymous with ethnicity, nationality and language" (Kleinman and Benson, 2006), and that can be taught as though it can be satisfied using a checklist—do this, not that. Under such conditions, doctors who have been trained in cultural competence can often misattribute cultural reasons to patient issues, rather than recognise that patient difficulties can be equally economic, logistic, circumstantial, or related to social inequality. Those studying health care need to appreciate what is as yet unknown and the processes by which new knowledge can be obtained. To teach culture as a fixed perspective on illness and clinical behaviour risks the promotion not only of mediocre care, but also of poor strategies to address difficulties that emerge in socially complex treatment environments (Napier et al., 2014: 1616).

Non si tratta dunque di una questione ideologica, ma della constatazione di quanto una siffatta visione del con-

cetto di cultura non ci consenta di interrogare la complessità che caratterizza la nostra realtà sociale.

3. Superdiversità e intersezionalità

S. Vertovec in tempi recenti ha proposto il concetto di super-diversità con l'obiettivo di mettere in luce la crescente diversificazione delle differenze a seguito della mutata natura dei processi di migrazione su scala globale. Nella prospettiva dell'autore non si tratta tanto di sottolineare quanto il crescente movimento di persone produca la presenza di maggiori "etnie", "linguaggi" o "culture" in un dato contesto sociale. Piuttosto si tratta di prestare attenzione alla moltiplicazione delle diversità che possono caratterizzare dove, come e con chi le persone vivono.

In altre parole, pensare la diversità solo in termini culturali, quando si ha a che fare con pazienti stranieri, ad esempio, elide la possibilità di dare pari rilevanza ad altre dimensioni del loro mondo vissuto. Basti pensare allo status giuridico, alle condizioni lavorative e abitative, alle molteplici configurazioni cui le differenze religiose, sessuali, di genere possono dare vita, le forme di (mal-) accoglienza e di inclusione/esclusione, stigma, stereotipi, discriminazioni, ecc. (Phillmore, 2010). È alla dinamica interazione di queste variabili che Vertovec pensa nel proporre il concetto di super-diversità, intesa come una mutevole trasformazione della diversità stessa (Vertovec, 2007).

La grande fortuna del concetto di super diversità (Vertovec 2014) testimonia la crescente esigenza di evitare semplicistiche riduzioni della complessità che caratterizzano le dinamiche e le configurazioni sociali in cui tessiamo le trame delle nostre vite.

A tal riguardo il concetto di inter-sezionalità (Crenshaw, 1989, Hankivsky, 2012) ci aiuta nel mettere in luce quanto l'appartenenza culturale sia solo una delle dimensioni attraverso cui il gioco delle differenze caratterizza l'esperienza sociale di ognuno di noi. Ognuno di noi, appunto. Eppure, curiosamente, il concetto di competenza culturale viene generalmente invocato solo quando si ha a che fare con chi decidiamo di classificare

come “altro”, con gli stranieri, con gli immigrati, nei contesti della cooperazione nel sud del mondo, ecc..

È in questo senso che Cattacin e colleghi (2006) preferiscono invocare il concetto di sensibilità per le differenze, piuttosto che quello di competenza calibrata sui modelli culturali di riferimento dei pazienti, come strategia per adeguare i servizi socio-sanitari alla complessità dei bisogni degli utenti.

Sulla stessa linea si muovono anche altri autori (Engbretson et al., 2008) nel ribadire l'impossibilità pratica, oltre che concettuale, di una competenza basata sulla conoscenza delle “culture” di riferimento degli utenti, nella misura in cui non fornirebbe indicazioni su quali aspetti di un ipotetico modello culturale emergono come rilevanti e pertinenti nel fare fronte ai bisogni di uno specifico paziente. Johnson & Munch (2009) scoperciano in modo ancor più evidente le contraddizioni del concetto di competenza culturale nel mettere in luce come essa contraddica il mandato stesso degli operatori che devono avere come obiettivo proprio quello di privilegiare la narrazione del paziente.

4. Ripensare la competenza culturale

Ad emergere in modo sempre più sistematico è dunque un atteggiamento volto a ridefinire il concetto di competenza non già come ritagliato sulla conoscenza di specifiche pratiche culturali compatibili con un modello simbolico di riferimento. Domenig (2007, in Chiarenza, 2012) ben sintetizza questa posizione segnalando come il mondo vissuto dei soggetti (migranti o meno) non può essere colto riferendosi a modelli essenzializzati di cultura come l'approccio della Leininger suggeriva.

Le analisi antropologiche volte a mettere in discussione l'idea stessa di diverse culture come mondi chiusi e autosufficienti inizia negli ultimi anni a divenire finalmente terreno comune nei dibattiti sulla competenza culturale parallelamente alla sfida di considerare non solo le differenze entro i gruppi come variabile significativa, ma la necessaria multidimensionalità della vita e dunque dei bisogni dei soggetti individuali, difficilmente

rappresentabili solo attraverso l'asse della differenza culturale (Kleinman & Benson, 2006).

Come suggerisce Antonio Chiarenza: «there are no 'culturally unique needs', (con buona pace di Cross e colleghi, 1989) as people's needs are constituted at the intersection of many identities. The more multidimensional the care provider tries to make this picture, the lower the chance of being able to know the client's culture in advance» (2012: 75).

Sulla stessa linea Harrison e Turner (2010) riportano i risultati di uno studio dedicato al significato che gli operatori attribuiscono all'erogazione di servizi culturalmente competenti. Interessante il fatto che, sebbene gli intervistati concordino sul fatto che il concetto di cultura fornisca la cornice attraverso cui le persone interpretano il mondo, essi sottolineano anche il fatto che la cultura con possa essere vista come un sistema statico e deterministico. Piuttosto che acquisire conoscenze sui singoli mondi culturali, gli operatori intervistati sostengono che la competenza va di pari passo con lo sviluppo di un atteggiamento di apertura, di riflessione e di rispetto nei confronti delle molteplici differenze che segnano le vicende biografiche di un individuo. È in questa forma di competenza che intravedono il terreno per l'acquisizione di un sapere critico sull'altro (sia esso straniero o meno).

Un siffatto atteggiamento, definito come critico e rispettoso al tempo stesso, di molteplici fattori che concorrono nel plasmare il significato delle vicende personali è ben tradotto dal concetto di umiltà culturale (Tervalon & Murray-Garcia, 1998). Tale concetto è radicato nella constatazione che siamo tutti diversi e dunque anche gli operatori non possono prescindere da una considerazione critica del proprio sapere e delle proprie pratiche come connotate culturalmente.

Se uno dei più grandi limiti dei dibattiti sulla competenza culturale è stato rappresentato dalla distorta percezione che la cultura non informi anche le nostre vite e parimenti le "nostre" esperienze e i "nostri" saperi, ivi inclusi quelli della biomedicina, con il concetto di umiltà culturale si realizza uno slittamento significativo nella direzione opposta.

Allo stesso modo, l'altro aspetto particolarmente critico della competenza culturale (il concetto di cultura come modello di riferimento simbolico per i membri di un gruppo) inizia a cedere il passo alla consapevolezza che la conoscenza dell'altro possa essere prodotta solo attraverso la relazione di cura, da intendersi come momento di co-produzione di una reciproca comprensione.

Come Ben-Ari e Stirer (2010) mettono in luce, infatti, gli operatori sanitari dovrebbero investire nella relazione con il paziente (straniero o meno) attraverso un atteggiamento conoscitivo volto a far emergere il loro mondo morale locale (Kleinman, 2006), ovvero cosa emerge come pertinente e rilevante nel plasmare e dare significato alle loro esperienze di vita e di malattia. Tale apertura non può che essere radicata in un atteggiamento di valorizzazione della prospettiva dei pazienti, a sua volta radicata nel superamento della contrapposizione fra conoscenza scientifica e conoscenza popolare, scienza e credenza, natura e cultura.

Le nuove parole chiave per sostanziare la competenza culturale sembrano essere quelle di auto-riflessività (personale e istituzionale) e di umiltà culturale, organicamente correlate alla constatazione che la relazione di cura debba essere intesa come momento di co-produzione dei significati che qualificano l'esperienza di malattia al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni dei pazienti.

5. La consapevolezza culturale per una nuova competenza medica

Il mancato riconoscimento della natura culturale del proprio sapere e del proprio operato è forse, oggi, il più grande limite negli approcci alla competenza culturale, nella misura in cui previene quell'atteggiamento auto-riflessivo necessario a promuovere un reale ripensamento delle pratiche di cura in termini culturali.

Tale riconoscimento non è solo il prerequisito fondamentale per dare dignità alle prospettive dei pazienti, ma rappresenta il fondamento stesso per un allargamento del concetto di efficacia in senso alla stesse pratiche biomediche. Come ribadisce il report del Lancet, infatti:

Health-care providers should also acknowledge their own cultural values and consider them as such, and organisations should invest in understanding how their practices and values are cultural. Culture is not something that irrationally limits science, but is the very basis for value systems on which the effectiveness of science depends (Napier et al., 2014: 1630).

Riconoscere la natura culturale del lavoro clinico non significa certo de-legittimarlo. Al contrario, significa divenire consapevoli dei processi che agiscono nel vivere il proprio agire culturale come naturale.

A qualificare il ragionamento antropologico è il presupposto che ogni forma di conoscenza, ivi inclusa quella scientifica e medica, non possa che essere un prodotto storico-culturale che, in quanto tale, prende forma attraverso specifici assunti circa la natura dell'essere umano, della malattia e, in ultima analisi, della realtà (si veda per una sintesi: Quaranta, 2006).

A caratterizzare culturalmente la biomedicina è, infatti, una specifica visione della malattia nei termini di un'alterazione nella struttura e/o nel funzionamento dell'organismo bio-psichico individuale. Questa visione della malattia, emersa attraverso dinamiche storico-culturali che possono essere rintracciate nel corso degli ultimi ventiquattro secoli, ha certamente permesso alla biomedicina di produrre elevatissimi livelli di efficacia. È proprio in virtù del suo concentrarsi principalmente sulle dimensioni anatomico-fisiologiche dell'organismo individuale, pensato in termini bio-psichici, che la biomedicina ha potuto elaborare tecniche di intervento terapeutico capaci di produrre significative trasformazioni su tali livelli di realtà, a discapito però di altre dimensioni che pure partecipano della realtà della salute e della malattia.

Si tratta in altri termini di un processo di selezione di quali aspetti debbano essere presi in considerazione. Nel considerare le dimensioni anatomico-fisiologiche dell'organismo bio-psichico come unico ambito in cui si manifesta la realtà della malattia, si corre però il rischio di non cogliere come rilevanti altre dimensioni di quella complessa realtà umana che difficilmente possiamo ridurre a

mera patologia. Il primo aspetto che rischia di essere fortemente messo tra parentesi dal riduzionismo biomedico è il significato che i pazienti attribuiscono alle loro esperienze di malattia (ma non solo: Quaranta & Ricca, 2012).

Riconoscere la natura culturale del proprio sapere medico fonda una pratica del riconoscimento in cui la prospettiva stessa dei pazienti emerge come una modalità di plasmazione simbolica della realtà della malattia. Sarebbe imperdonabile parlare di due modelli culturali, quello del medico e quello del paziente, nei termini di due universi simbolici distinti e incommensurabili: equivarrebbe a spostare sul piano della relazione di cura le storture dei modelli essenzialisti di cultura, precedentemente discussi.

Sul piano della relazione di cura, una visione essenzialista non solo rischia di precludere la comprensione degli specifici rapporti sociali e di senso che informano l'esperienza dei pazienti, ma li priva anche del loro ruolo di attori culturali, schiacciandoli sul modello culturale ascritto. Questa forse è la conseguenza più problematica ai fini del nostro ragionamento dei modelli teorici che hanno finora orientato i dibattiti sulla competenza culturale.

Questa reificazione della cultura oscura la natura processuale della produzione e della negoziazione dei significati radicati nell'esperienza vissuta degli attori sociali (Kaufert 1990). Al fine di tradurre in termini operativi una visione processuale della cultura in ambito clinico può essere utile considerarla non solo come qualcosa che le persone hanno in quanto membri di un gruppo, ma anche come qualcosa che essi fanno nel contesto delle loro relazioni e interazioni sociali.

Considerare con Marilyn Strathern (2000) la «cultura nel suo farsi» non implica mettere tra parentesi le dimensioni collettive, storicamente profonde, delle dinamiche culturali, quanto piuttosto segnalare la necessità di cogliere anche le dimensioni attraverso cui i soggetti culturali si appropriano creativamente dei repertori collettivi di saperi e pratiche, segnalando la natura intrinse-

camente aperta e dinamica della produzione culturale (Ortner, 2006).

Come suggerisce Arjun Appadurai (2004), la cultura va intesa come un dialogo fra aspirazioni e tradizioni sedimentate, consapevoli che ignorare uno dei due poli di tale dialettica implica inevitabilmente forme di riduzionismo. Considerare il solo “peso della storia” confinerebbe i soggetti culturali alla loro meccanica e deterministica appartenenza a un gruppo sociale (gli italiani credono che...); parimenti, celebrare il loro unico ruolo di attori rischia di privilegiare un individualismo incapace di cogliere le implicite logiche culturali che orientano le esperienze e il loro valore morale.

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

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

In ottica antropologica l'uomo è considerato come biologicamente incompleto, in virtù del fatto che le informazioni trasmesse a livello bio-genetico non sono sufficienti a garantire la nostra sopravvivenza. È solo all'interno di un gruppo sociale che ci accoglie che apprendiamo quelle tecniche e quegli strumenti concettuali che

ci consentiranno di orientarci attivamente nel mondo. Come sottolinea Francesco Remotti (2011), ci troviamo di fronte ad una seconda nascita sociale che si configura nei termini di un processo di completamento culturale dell'essere umano. In questo senso la natura umana viene ad essere intesa come costitutivamente culturale. È evidente a questo punto come ad essere universalmente umana è proprio la nostra dipendenza da specifici processi di costruzione culturale che vedono nella differenza un elemento irriducibile dell'umanità (Comaroff, 1981).

A caratterizzare tuttavia le nostre forme di esperienza è una profonda elisione delle dimensioni collettive e storico-culturali della natura umana. Tale elisione è radicata nella natura stessa dei processi di plasmazione culturale dell'essere umano: essi infatti sono processi che si realizzano in modo informale, nella pratica esposizione ad un mondo sociale di cui incorporiamo i valori e le forme simboliche attraverso cui si realizza simultaneamente la nostra plasmazione e di conseguenza i nostri atteggiamenti nei confronti della realtà. Possiamo così parlare di una complicità ontologica fra soggetto e mondo, in virtù del fatto che interpretiamo la realtà attraverso i processi culturali della nostra plasmazione. Detto altrimenti, ci rapportiamo al mondo attraverso i processi della nostra plasmazione culturale.

Il corpo non è un "elemento" marginale in tale processo di costruzione della realtà e di occultamento del nostro ruolo generativo. Da un lato, infatti, è attraverso le loro iscrizioni sui corpi che il sapere e l'ordine sociale vengono naturalizzati: nel penetrare l'esperienza vissuta, la loro storicità e contingenza recedono dalla sfera della consapevolezza. È attraverso questo processo di incorporazione che l'ordine sociale assume le vesti della naturalità e della necessità, e che i processi socio-politici che lo sostengono vengono ad essere opacizzati nell'immediatezza dell'esperienza vissuta. Dall'altro lato è in quanto corpi culturalmente informati che percepiamo il mondo, interpretandolo percettivamente prima ancora di renderlo oggetto di una riflessione linguistica e cognitiva esplicita. Come suggeriscono le prospettive fenomenologiche, percependo il mondo lo intenzioniamo prima an-

cora di categorizzarlo. In virtù del fatto che tale processo è pre-categoriale, pre-oggettivo, pre-concettuale, percettivo appunto (ma non pre-culturale!), gli esseri umani sono artefici della costruzione culturale della realtà senza necessariamente esserne consapevoli (Csordas, 1990).

Va da sé che la crisi del corpo produca una crisi nel nostro stesso esserci nel mondo, andando a minare le radici corporee della significazione. Certamente non possiamo ridurre la natura dei processi culturali alle sole dimensioni dell'esperienza soggettiva: dobbiamo piuttosto guardare all'esperienza nei termini della dimensione vissuta dei processi culturali. La malattia, andando a minare le dimensioni esperienziali della significazione – le sue radici corporee – produce una vera e propria crisi in quel silente, ancorché costitutivo, processo di produzione di significati attraverso cui abitiamo la realtà come se questa fosse dotata di una sua autonomia di senso. È in questa ottica che l'esperienza di malattia genera un processo di dissoluzione del mondo vissuto, ovvero di quella rete di rapporti inter-soggettivi su cui poggia implicitamente la nostra abituale esperienza del/nel mondo (Good, 1994; Scarry, 1990).

Se a caratterizzare l'esperienza di malattia - ma Ernesto De Martino (1995) ci insegna che molteplici sono le esperienze umane caratterizzate da tale processo, in cui la nostra presenza nel mondo può entrare in crisi – è precisamente una crisi del nostro ruolo di attori culturali, difficilmente si potrà procedere a una mera estrapolazione della prospettiva del paziente. Essa piuttosto andrà prodotta, compatibilmente con quella visione della cultura nei termini di un processo intersoggettivo di produzione di significati attraverso cui interpretiamo la realtà e qualifichiamo la nostra esperienza di essa.

Se la cultura è un processo inter-soggettivo, la relazione fra medico e paziente viene ad essere ripensata nei termini di un contesto in cui si pone mano alla co-costruzione di significati: essa emerge dunque come una pratica culturale. È rispetto a questo aspetto che possiamo provare a ripensare la competenza culturale. Se la malattia mina gli assunti su cui riposa la nostra esistenza quoti-

diana, imponendoci di rinegoziarne di nuovi, è evidente come si tratti di un processo che trascende il corpo e l'individuo, per intaccare quella trama di rapporti inter-soggettivi al cui interno l'esperienza personale viene processualmente a definirsi. Il miglior interesse del paziente dunque non può essere tutelato solo attraverso il coinvolgimento del paziente nei processi decisionali attraverso la mediazione linguistico-culturale e il consenso informato, nella misura in cui ad essere messo in discussione è proprio quell'orizzonte inter-soggettivo di significati alla cui luce poter definire in cosa costi il proprio bene e poter operare una scelta in tal senso (Quaranta, Ricca, 2012).

A caratterizzare la visione biomedica dei processi decisionali è il presupposto che l'informazione sia il terreno a partire dal quale operare le proprie scelte. Secondariamente si ritiene che il passaggio dell'informazione garantisca quell'autonomia di giudizio che trasforma il paziente in cittadino e artefice delle decisioni che lo riguardano (Corrigan, 2003). Al cuore di questi presupposti c'è l'immagine della persona concepita come un individuo in grado di auto-determinare se stesso, che va dunque normativamente protetto da etero-determinazioni. Ma le cose stanno realmente così?

Le procedure del consenso informato rappresentano uno dei tanti ambiti in cui cogliamo quel crescente processo di standardizzazione delle procedure che, necessariamente, si basano su modelli idealtipici, se non addirittura astratti. In pratica, i medici e i pazienti si comportano realmente come prevedono le linee guida dei protocolli? Non sono piuttosto i protocolli stessi a emergere come pratiche che pongono in essere una determinata cornice per la relazione e dunque corrispondenti forme di decisione? (Berg, Mol, 1998; Dixon-Woods, Williams, Jackson et al., 2006).

Detto altrimenti: non è questo uno dei tanti contesti in cui ci rendiamo conto di quanto le procedure biomediche siano, e non possano che essere, pratiche culturali che pongono in essere un certo tipo di realtà? L'autonomia è davvero una dimensione intrinsecamente conaturata all'uomo o è tema radicato in una specifica vi-

sione culturale della persona (Geertz, 1984), tipica di un idiomatrico orizzonte storico o, meglio ancora, di alcuni ambiti di un determinato orizzonte storico? E le procedure del consenso informato non possono essere a loro volta viste come modalità attraverso cui particolari presupposti culturali vengono messi in scena – dall'autonomia del soggetto decisionale al presupposto che l'informazione sia garanzia del suo miglior interesse ecc.? Se così fosse, quali conseguenze ne deriverebbero?

Senza andare a vedere quel che accade in angoli di mondo remoti, l'individuo è realmente autonomo a casa nostra? Ognuno di noi, nell'operare delle scelte, non tiene forse conto di una molteplicità di fattori, non ultimi quelli che lo vedono emotivamente, costitutivamente intrecciato con una fitta trama di relazioni intersoggettive? Le ricerche antropologiche mettono chiaramente in luce che i modelli idealtipici, a fondamento dei processi decisionali, difficilmente riescono a tenere conto della pragmatica razionalità che guida invece gli attori sociali nell'operare le proprie scelte (Hoeyer, Lynøe, 2006; Mattingly, 1998a).

Come è emerso, ad esempio, nel contesto delle scelte terapeutiche di ne vita, le persone spesso si comportano in modo apparentemente contraddittorio, nella misura in cui scelgono quella che ritengono possa essere l'opzione migliore per i loro familiari, e non per se stessi, anche se sono i primi ad affermare che suggerirebbero ai loro cari di fare diversamente (Frank et al., 1998). Tutto questo è comprensibile: di fronte a diagnosi terminali, spesso i pazienti sono maggiormente angosciati dal destino di chi gli sopravvivrà. Giunti ad accettare la morte, difficilmente riescono a sopportare l'idea del dolore di chi si lasceranno alle spalle. Le persone vivono le proprie esistenze in un contesto di relazioni e di significati che danno letteralmente corpo alle loro scelte, in termini che spesso possono non essere allineati alla razionalità clinica. In questo senso gli studi sociali delle scienze e delle tecnologie parlano di "epistemologie civiche" (Jasanoff, 2005) e gli antropologi di "molteplici razionalità" (Garro, 1998a, 1998b; Rossi, 2003).

Nuovamente, ragionare in termini meramente individuali su questi temi proietta un cono d'ombra sul fatto che alcuni atteggiamenti trovano una ragion d'essere nel più ampio contesto sociale e nelle dinamiche relazionali in cui le persone vivono la loro esistenza. Dal momento che questi fattori entrano prepotentemente nella relazione fra medico e paziente, si impone una riflessione su quali strategie possano essere in grado di tenerne debitamente conto.

In questa direzione, nel contesto italiano spesso si ritiene che il miglior modo di prendersi cura dei pazienti stranieri si realizzi attraverso il ricorso alla mediazione linguistico-culturale. Tuttavia, in assenza di un adeguato riconoscimento riflessivo circa la portata culturale del proprio operato, l'uso della mediazione si riduce in molti casi alla sola funzione dell'interpretariato, gestita al fine di assicurarsi che i pazienti abbiano correttamente inteso le informazioni dei medici, ricadendo all'interno del paradigma dell'informazione come chiave di volta dell'autonomia di scelta (nella migliore delle ipotesi) o dell'adesione alle indicazioni prescritte (come accade di norma). Qualora si decida di andare oltre, si ricade spesso nelle trappole dell'essentialismo culturale, nel senso che si cerca di ricondurre l'esperienza dei pazienti a un qualche modello simbolico di riferimento: che cosa significa parlare di vermi per i nigeriani? Come pensano la disabilità i ghanesi?

Lo sconforto di molti è legato proprio alla convinzione, erroneamente fondata sulla visione essentialistica e discontinuista dei mondi culturali, che una sanità capace di affrontare le sfide di una società caratterizzata da pluralismo culturale dovrebbe farsi carico di una competenza enciclopedica delle differenze culturali, che metterebbe letteralmente in ginocchio il sistema di formazione e di erogazione dei servizi. Se le premesse sono errate, inevitabilmente il ragionamento che ne scaturisce è viziato.

Agire nel miglior interesse del paziente, allora, significa impegnarsi nel comune processo di co-costruzione di un significato per l'esperienza di malattia, alla cui luce poter operare una possibile scelta. A questo proposito

Sally Gadow (1980) parla di *existential advocacy* ovvero della necessità di un'etica relazionale in cui gli operatori sanitari insieme ai pazienti e ai soggetti per loro significativi, si impegnano in tale processo di ricostruzione di un mondo significativo, al fine di garantire il diritto al significato dei pazienti, necessario per prendere qualsivoglia decisione alla luce del valore attribuito alla situazione.

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

Operativamente tutto questo si traduce nel programmatico e sistematico tentativo di mettere il paziente in condizione di esplorare le proprie "concezioni", di far emergere una sua prospettiva. La prospettiva del paziente non è dunque assunta come espressione di un qualche modello culturale, ma come un prodotto da realizzare inter-soggettivamente.

Le narrazioni sono dunque da intendersi come uno strumento volto a promuovere nel paziente la sua agenzialità nel processo di produzione di senso, alla cui luce qualificare l'esperienza di malattia, giungendo ad esempio ad accettare l'inevitabilità di una diagnosi e operare delle scelte coerenti rispetto ai nuovi imperativi posti in essere dall'afflizione. Attraverso questi studi si è prodotta la possibilità di ripensare radicalmente il terreno dell'efficacia terapeutica nei termini dell'elaborazione di un significato capace di radicare una rinnovata presenza in un mondo inedito (anche perché quell'esperienza di trasformazione, che culturalmente definiamo guarigione, non potrebbe mai essere un ritorno a una situazione esistenziale di partenza).

Generalmente, in ambito medico, definiamo l'efficacia rispetto all'esito prodotto da un determinato intervento terapeutico, ignorando il fatto che altre dimen-

sioni concorrono nella definizione dell'efficacia stessa (Csordas & Kleinman, 1990). Perché, ad esempio, non si mette in discussione l'efficacia della biomedicina, anche se questa non può produrre un esito di guarigione (come spesso avviene tanto nel caso delle malattie cronico-degenerative quanto in quelle terminali), mentre la si pone in discussione se questa non è in grado di elaborare una diagnosi? Proprio perché la diagnosi è essa stessa un processo di elaborazione di significato per l'esperienza di malattia. Questa considerazione ci porta a prendere consapevolezza di quanto la dimensione del senso sia centrale e fondante quando si ha a che fare con la malattia, anche se il sistema medico la espelle dalla sua ideologia esplicita (Moerman, 2002). L'incapacità di dare senso alle proprie esperienze problematiche emerge dunque come la fonte stessa della crisi, andando a minare la nostra stessa capacità di azione: in che direzione muoversi, cosa fare, se non sappiamo la natura del problema, se questo non ha un significato?

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

Compatibilmente con quanto detto sinora, è evidente come la questione centrale sia legata al rapporto

costitutivo fra esperienza e produzione di significato (Csordas, 2002). A produrre una trasformazione dell'esperienza non è il significato in sé, trasmesso ad esempio nella comunicazione di una diagnosi, ma la produzione stessa del significato (Quaranta, 2012). Per questo è fondamentale il coinvolgimento del paziente, favorendo le condizioni affinché possa fare chiarezza a se stesso su quali siano le questioni centrali in ballo nelle proprie vicende di malattia.

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

Se il diritto al significato emerge come una dimensione fondamentale nella relazione fra medico e paziente, esso gioca un ruolo capitale anche nel confronto con altri saperi terapeutici. Il riduzionismo biomedico infatti non rischia solamente di elidere la pertinenza della prospettiva del paziente, ma anche di delegittimare visioni differenti della realtà clinica. Questa tematica emerge come centrale in termini operativi quando ci si trova a dover promuovere la produzione del significato dell'esperienza di malattia con pazienti stranieri che invocano orizzonti di senso culturalmente lontani dai nostri abituali riferimenti simbolici.

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

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

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

La consapevolezza auto-riflessiva della natura culturale del proprio sapere e delle proprie pratiche mediche emerge a questo punto come prerequisito per ripensare la relazione di cura come momento di co-produzione culturale. La cultura dunque viene ripensata come quel processo attraverso cui si producono inter-soggettivamente i significati che qualificano l'esperienza.

Se al riduzionismo biomedico viene imputata la trasformazione di una relazione umana in un atto tecnico (secondo una logica che attribuisce la professionalità e la razionalità dell'agire alla capacità di mantenersi personalmente distaccati, e dunque emotivamente non coinvolti), sarebbe imperdonabile cercare di rimediare in termini parimenti tecnici, attraverso la meccanica invocazione di un qualche modello culturale sotto cui sussumere l'esperienza del paziente.

La consapevolezza della nostra dipendenza da significati culturali e insieme alla consapevolezza che tali significati emergono dalle pratiche inter-soggettive ci impone la necessità di ritornare alla dimensione della relazione inter-personale come terreno esistenziale della

produzione del significato e dunque del valore dell'esperienza stessa.

Sally Gadow (1980, 1989) mette in luce, attraverso le sue esperienze di ricerca, come spesso i medici resistano a questo approccio, sostenendo che, aprendosi alle dimensioni personale della sofferenza, oltre al burn-out rischierebbero anche un coinvolgimento che potrebbe minare la propria capacità di giudizio professionale. La studiosa mostra come sia piuttosto vero il contrario: attraverso il duplice processo di personalizzazione del professionale e di professionalizzazione del personale non solo aumenta il livello di soddisfazione dei pazienti, ma anche quello dei medici. A produrre l'esperienza di burn-out, in questo caso, non sarebbe tanto il coinvolgimento personale, ma il disagio vissuto rispetto alla violenza iscritta nell'astrazione della malattia come mera patologia. Detto in altre parole: se ci si apre alle dimensioni personali senza sapere come valorizzarle, allora si vivrà un profondo disagio circa la loro elisione attraverso un atteggiamento riduzionista e universalizzante. Se, di contro, ci si impegna nel promuovere il coinvolgimento del paziente nel processo di chiarificazione di cosa debba essere rilevante nella propria vicenda di malattia, non solo non si vive la frustrazione del dover ridurre il vissuto a meri processi organici, ma si vive la profonda soddisfazione di aver espletato al meglio il proprio mandato.

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

nire tanto sul fronte della formazione quanto su quello della riorganizzazione dei servizi, in termini compatibili con la possibilità di espletamento pratico di tali principi (Quaranta, Ricca, 2012).

In conclusione, l'invito è quello di portare al livello della consapevolezza metodologica la nostra inevitabile natura culturale, al fine di ampliare lo spazio dell'agire terapeutico, rendendolo capace di includere operativamente la dimensione morale, del significato e del valore dell'esperienza di malattia. Quest'ultima, come abbiamo visto, acquista valore alla luce dei significati attraverso cui la viviamo intersoggettivamente. Spogliarla di tali qualificazioni simboliche significa privarci di una dimensione fondamentale dell'efficacia terapeutica e, in ultima istanza, della nostra umanità.

Bibliografia

- Amselle, J.L., Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Appadurai, A., Modernità in polvere, Roma, Meltemi, 2001.
- Appadurai, A., The Capacity to Aspire: Culture and the Terms of Recognition, in Vijayendra Rao, and Michael Walton, Culture and Public Action, Stanford: Stanford University Press, 2004: 59-82.
- Ben-Ari, A. & Strier, R., Rethinking cultural competence: what can we learn from Levinas. British Journal of Social Work, 40, 2010: 2155-2167.
- Berg, M., Mol A., Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies, Durham: Duke University Press, 1998
- Dixon-Woods, M.et al., Why do women consent to surgery, even when they do not want to? An interactionist and Bourdieusian analysis, Social Science and Medicine, 62, 11, 2006: 2742-53.
- Betancourt, J., Green, A. & Carrillo, E., Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. New York: Commonwealth Fund, 2002.

- Brach, C. & Fraser, I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57 (Suppl. 1), 2000: 181-217.
- Campinha-Bacote, J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38, 5, 1999: 203-207.
- Campinha-Bacote, J., The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 13; No. 3, 2002: 181-184.
- Cattacin, S., Chimienti, M., Cuadra B.C, Difference sensitivity in the eld of migration and health: national policies compared. Geneva: Research report of the Department of Sociology of the University of Geneva, 2006.
- Chiarenza A., Developments in the concept of 'cultural competence', in Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I. (a cura di), *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, Vol. 2. COST Series on Health and Diversity. Antwerp/Apeldoorn: Garant Publishers, 2012.
- Comaroff, J., Symbolic healing: medicine as a socio-cultural system, in *The Social History of the Bio-Medical Sciences*, Franco Ricci Editore, Milano, 1981.
- Corrigan O., Empty ethics: The problem with informed consent, *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, n. 7, 2003: 768-92.
- Crenshaw, K.W. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989: 138-67.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. & Isaacs, M., *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*, Vol. 1. Washington DC: Georgetown University Child Development Center, (1989).
- Csordas T., Kleinman, A., Il processo terapeutico, in Lanternari V. e Ciminelli M.L. (a cura di), *Magia, medicina, religione e valori*, Vol. II. Liguori, Napoli, 1998, pp. 109-12..
- Csordas, T. *Body/Meaning/Healing*, Palgrave, New York, 2002.

- Csordas, T., 'Embodiment as a paradigm for anthropology', *Ethos*, 18, 1990, 5-47;
- De Martino, E., *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*, Lecce: Argo, 1995.
- Eisenberg, L., A. Kleinman (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1981.
- Engelbreton, J., Mahoney, J. & Carlson, E.D., Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 2008: 172-178.
- Epstein, M., Transculture: a broad way between globalism and multiculturalism. *American Journal of Economics and Sociology*, 68(1), 2009: 327-353.
- Frank, G. et al., 'A discourse of relationships in bioethics: Patient autonomy and end-of-life decision making among elderly Korean Americans', *Medical Anthropology Quarterly*, 12, 4, 1998, 403-423.
- Gadow S., Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing, in Spiker, S.F. and Gadow, *Nursing: Images and Ideas*, New York: Springer, 1980: 79-101.
- Garro, L., Chronic Illness and the Construction of Narratives, in Mary-Jo Del Vecchio Good, Paul Brodwin, Byron Good, Arthur Kleinman, (a cura di), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press, 1992, 100-37.
- Clifford Geertz, From the native's point of view. On the nature of anthropological understanding, in Richard A. Shweder, Robert A. LeVine, *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Farmer, P., *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press, 2003.
- Good, B., *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Hahn, R., A. Gaines (a cura di), *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice*, Reidel Publishing Co., Dordrecht, 1985.

- Hankivsky, O. (a cura di), *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework*. Vancouver, BC: Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University, 2012.
- Hannerz, U., *La diversità culturale*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Harrison, G. & Turner, R., Being a 'Culturally Competent' Social worker: making sense of a murky concept in practice, *British Journal of Social Care*, September 21, 2010: 1-18.
- Hoeyer, K., Niels Lynøe, 'Motivating donors to genetic research? Anthropological reasons to rethink the role of informed consent', *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9, 1, 2006, 13-23.
- Mattingly, C., *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- Jasanoff, S., *Designs on nature: Science and democracy in Europe and the United States*. Princeton University Press, Princeton, 2005.
- Johnson, Y. & Munch, S. Fundamental contradictions in cultural competence. *Social Work*, July 1, 2009: 1-18.
- Kaufert, P., 'The 'Boxification' of culture: the role of the social scientist', *Santé, Culture, Health*, 7, 1990: 139-48.
- Kleinman, A., *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley, 1980
- Kleinman, A., *What really matters: living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford: University Press, 2006.
- Kleinman, A. & Benson, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to x it. *PLoS Medicine*, 3(10), 2006: 1673-6.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., et al., Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine*, 82(6), 2007: 548-557.
- Leder, D., *The absent body*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- Leininger, M. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. Mc Graw-Hill, New York, 1978.

- Leininger, M. (a cura di), *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton, 1985.
- Lock, D. Gordon (a cura di), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1988.
- Manderson, L. & Reid, J.C. (1994). What's culture got to do with it? In Waddell, C. & Petersen, A. (a cura di) *Just health: inequality in illness, care and prevention*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Marmot, M. & Wilkinson, R., *The social determinants of health*, Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Mattingly C., and Linda Garro (a cura di), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley: University of California Press, 2000.
- Moerman, D., *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002
- Napier, D., et al., 'Culture and health', *The Lancet*, 384, 2014: 1607-39.
- Ortner, S., *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*, Durham: Duke University Press Books, 2006.
- Papps, E. & Ramsden, I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 1996: 491-497.
- Phillmore, J. Approaches to health provision in the age of super-diversity: accessing the NHS in Britain's most diverse city. *Critical Social Policy*, 31(1), 2011: 5-29.
- Purnell, L., A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 2000: 193-196.
- Purnell, L. & Paulanka, B. (a cura di), *Transcultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis, 2008.
- Quaranta I., (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Quaranta I., *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura. Antropologia e Teatro*, vol. 3, 2012 <http://antropologiaeteatro.unibo.it/article/view/3187/3279>
- Quaranta I., Ricca M., *Malati fuori luogo. Medicina Interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.

- Remotti, F., *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*, Bari-Roma: Laterza, 2011.
- Rossi, I., "La malattia come marchio del corpo". In *Annuario di Antropologia*, anno 3, numero 3, 2003, pp. 75-92.
- Scarry, E., *La sofferenza del corpo*, Il Mulino, Bologna, 1990.
- Scheper-Hughes, N., *Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology*, in Rob Borofsky, *Assessing Cultural Anthropology*, New York: McGraw-Hill, 1994, 229-242.
- Scheper-Hughes, N., Margaret L., *The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, I, 1987, 6-41.
- Strathern M., *Audit cultures: anthropological studies in accountability, ethics, and the academy*, London: Routledge, 2000.
- Sue, D.W. *Multicultural social work*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2006.
- Tervalon, M. & Murray-Garcia, J., *Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 1998: 117-125.
- Toombs, K. (a cura di), *Handbook of phenomenology and medicine*, Kluwer Academic Publishing, Dordrecht, 2001.
- Vertovec, S., *Super-diversity and its implications*, *Ethnic and Racial Studies* 30(6), 2007: 1024-1054.
- Vertovec, S., *Super-diversity*. London and New York: Routledge, 2014
- Young, A., *Anthropologies of Illness and Sickness*, *Annual Review of Anthropology*, vol. XI, 1982, pp. 257-285.