

CESARINA PRANDI

Docente Ricercatrice Senior SUPSI DEASS Manno CH, Via Cantonale 18 Stabile Il Suglio
e-mail: prandicesarina@gmail.com

“NON PERDERE LA BUSSOLA”: ATTENZIONE E CURA DEI CORPI VISSUTI NELLA PRATICA ASSISTENZIALE

ABSTRACT

FINALITÀ: Questo articolo ha lo scopo di invitare il lettore a soffermarsi a riflettere sul tema del corpo nelle cure infermieristiche. Verranno proposti alcuni temi giudicati rilevanti per leggere le esperienze che, in quanto infermieri, facciamo sul campo. Il lettore potrà al termine della lettura dell'articolo riesaminare la propria pratica a partire da questi punti nodali.

BACKGROUND: il corpo è studiato dagli infermieri in termini anatomici e fisiologici. Si è sviluppata la competenza a considerare gli aspetti psicologici ed emotivi dei malati, ma ancora non si evidenzia un approccio complessivo coerente rispetto al corpo-persona. I segnali che il corpo del paziente invia (sia che riflettano esigenze di natura psichica che fisica) non vengono recepiti in tutta la loro potenza comunicativa.

METODOLOGIA: ricerca libera di fonti in letteratura dai quali sono stati estrapolati dei temi rilevanti indicabili come punti di una bussola di riflessione per i professionisti.

RISULTATI: i temi riportati sono la persona olistica, l'etnocentrismo, la cultura professionale, la persona assistita, il contatto, le mani, gli scenari di cura, il corpo.

CONCLUSIONI: emerge la necessità di sviluppare un pensiero costante nell'ambito della pratica infermieristica che metta al centro il corpo - persona; da qui nasce e si sviluppa la necessità di formarsi sia a livello di percorso universitario che di formazione continua a questa pratica clinica.

PAROLE CHIAVE

Corpo-persona, pratica clinica infermieristica, tatto, contatto



■ INTRODUZIONE

“I gesti assistenziali che trovano il loro fine, ma anche la loro espressione nelle cure del corpo rappresentano come una sorta di evoluzione culturale e professionale delle pratiche legate al ciclo naturale femminile (gravidanza, parto, allattamento) estese ai momenti di passaggio (nascita, crescita, malattia, senilità e morte), assicurando e rispondendo ad un insieme di bisogni indispensabili alla sopravvivenza delle persone, manifestati fin dal loro originarsi quali forma di reciproca solidarietà”. (S. Benini 2009) Sono i gesti che caratterizzano parte della qualità del lavoro di caring. Gesti che si producono a partire da corpi (dei curanti) verso altri corpi (delle persone assistite). Un incontro unico e pieno che porta con sé possibilità e criticità. *“Attraversando da parte a parte esistenza e carne, la gestualità crea quell'intimità che noi chiamiamo corpo, perché non è il corpo che dispone di gesti, ma sono i gesti che fanno nascere un corpo dall'immobilità della carne”* (Galimberti 1991). Il corpo è oggetto, e soggetto principale delle cure e delle pratiche assistenziali. Una cura che ha fun-

zione riparativa del corpo, che lo restituisce, che lo governa nel tempo e nelle fasi della vita. Esso è il luogo in cui si incorpora la malattia, la guarigione, il benessere, attraverso il quale si manifesta il dolore e la modificazione funzionale. Per realizzare tutto questo il corpo è “luogo” di gesti, manipolazioni, di tecniche di controllo esercitate attraverso pratiche assistenziali specifiche, spesso protocollate e regolamentate: corpi adagiati sui lettini, sofferenti o in attesa di esami invasivi; corpi muti sui tavoli operatori o durante esami diagnostici; corpi che respirano grazie ad una macchina, che si ripuliscono mentre praticano la dialisi, il cui cuore batte grazie a uno stimolatore impiantato. E poi ancora corpi morti, in attesa di sepoltura, corpi dietro le sbarre di un letto, corpi infetti e isolati, corpi mutilati e tormentati dal dolore.

Nonostante lo sviluppo della formazione infermieristica in cui lo studio dell'anatomia, della fisiologia, la dimensione psicologica e socio culturale dell'essere umano, concorrono a produrre una visione olistica, nella pratica è necessario produrre un campo di apprendi-

mento che riconosca realmente come “globale” il corpo dell'altro.

■ OBIETTIVO

Questo articolo ha lo scopo di invitare il lettore a soffermarsi a riflettere sul tema del corpo nelle cure infermieristiche. È un argomento non certo nuovo, ma che a parere dell'autrice necessita periodicamente di “manutenzione pensosa”. Di essere cioè “toccato e ritoccato” facendolo passare attraverso il proprio pensiero professionale e personale. Verranno proposti alcuni temi per leggere le esperienze che come infermieri si fanno nel proprio lavoro. Il lettore potrà al termine della lettura dell'articolo riesaminare la propria pratica a partire da questi punti nodali.

■ METODOLOGIA

Percorso di ricerca libera di contributi in letteratura a partire da testi ritenuti fondanti nell'ambito del corpo e seguiti da ulteriori ricerche condotte con tecnica snowball; riflessione critica relativa ai punti nodali individuati.

■ I TEMI PROPOSTI

Un concetto di sfondo per questa analisi è quello di “**persona olistica**”. Un tema che si contrappone alla cultura dell’oggetto e dell’individualismo, nel senso che non è relegando l’attenzione al soggetto che si considerano gli elementi di contorno in cui esso vive. Olistico e persona sono punti di congiunzione fra individuo e società durante l’intero tempo di vita del soggetto medesimo. Questo concetto non separa chirurgicamente la centralità dell’individuo intesa come protagonista delle proprie azioni, dei propri bisogni e della propria assistenza (Cozzi & Nigris 1996). Un individuo, infatti, non è svincolato dal suo contesto e dal tessuto di relazioni che ha stabilito. C’è, contemporaneamente, qualcosa di unico e qualcosa di condiviso in tutte le umane esistenze. Nel linguaggio comunemente utilizzato per descrivere i fenomeni che affliggono persone malate, infermieri e medici ricorrono al linguaggio anatomico, diagnostico e terapeutico: il “tumore al cervello” fa una “risonanza magnetica” e si tratta con “infusio-

ni di mannitolo”. L’attenzione dei clinici si sposta dalla persona, dalle sofferenze di questa persona alla registrazione di eventi biologici e tecnici. È innegabile che per i curanti mantenere insieme in un tutt’uno l’esperienza del soggetto (in condizioni di malattia) con la trasformazione biologica sia una sfida quotidiana a cui non si approda mai definitivamente. Toccare il corpo del malato suscita emozioni molto intense, e le conoscenze pratiche relative alla dimensione corporea sono spesso insufficienti per affrontare il lavoro di cura con serenità e consapevolezza. Nonostante il corpo sia l’oggetto principale dell’assistenza infermieristica, per motivi culturali, il “toccare” è ancora estraneo ai canoni della scientificità.

Il tema dell’**“etnocentrismo”**, così come definito da Harris, consiste nella convinzione che i propri modelli culturali di comportamento siano sempre normali, buoni, naturali, belli, importanti e che coloro che vivono in maniera diversa siano estranei a queste caratteristiche e spesso opposti. In tal senso il rapporto con il corpo, sano o malato, è territorio di espressione etnica rile-

vante e da esso si possono generare barriere ostacolanti l’interpretazione del bisogno di cura del soggetto, fino a fornire vere e proprie pratiche di violazione del corpo dell’altro basate sul proprio principio etnocentrico di cura; si pensi a questo proposito all’uso di strumenti come segno di cura: lo stetoscopio al collo, la cuffia sul capo di un’infermiera, le forbici nel taschino, la compilazione della cartella, o ancora la consultazione di un monitor, o piuttosto l’“etichettatura” di ruoli e funzioni come il colore delle divise e delle calzature. In tal senso è possibile ad oggi vedere come sia forte il perdurare e il tramandare dette pratiche anche a fronte di evidenze che richiederebbero un cambiamento di direzione.

La **Cultura Professionale**, intesa come un insieme di norme che concorrono a dare forma al contesto professionale. Essa possiede una propria geografia di norme e valori e indica che cosa comunemente si pensa buono rispetto alle condotte (Cozzi & Nigris 1996). Gli insiemi dei “cosa è giusto” e “cosa bisogna” aiuta la definizione del contesto socio culturale professionale. Gli infermieri nella cura alle persone hanno operato transizioni rispetto alla cura del corpo, passando da un’attenzione massima che in passato era primaria di cure al corpo, intese come cure igieniche e di comfort, ad attività che via via sono state acquisite nel campo della pratica di altri professionisti. Gli infermieri “è bene che pianifichino l’assistenza” e altri operatori “è giusto che operino le cure igieniche riferendosi ai piani di assistenza”. Si è creata intanto una certa distanza fra il fare degli infermieri e i corpi dei malati, almeno per quanto riguarda il contesto delle cure igieniche cosiddette di base dell’assistenza. Va segnalato a questo proposito





come l'attività di pianificazione dovrebbe rendere evidente un'osservazione attenta della persona curata e della rappresentazione dei propri bisogni per poterne pianificare, in maniera personalizzata l'assistenza di base. Potremmo però affermare che le cure igieniche di routine rappresenterebbero una modalità a-personalistica del fare assistenza, di un aderire a "è giusto" per la routine, ma "non appropriato" alla persona.

Si tratterebbe quindi di sviluppare una transizione che muove da pratiche prestazionali e fisse a proposte di assistenza pianificate sulla base dei bisogni realmente espressi dalla persona assistita. Le cure igieniche e di comfort potrebbero rappresentare così ancora oggi, uno dei punti nodali dei significati dell'assistenza infermieristica. Sono davvero molte le infermiere che hanno inserito nei loro costrutti teorici il tema delle attività di vita quotidiana, dei bisogni, dei significati che la persona dà all'esperien-

za di malattia. Tutti questi temi sono ritenuti attinenti al discorso che stiamo facendo sul corpo.

L'infermiera antropologa francese M.F. Collière già agli inizi degli anni ottanta richiamava l'attenzione sul tema delle cure femminili in quanto in origine erano donne infermiere che "si prendevano cura", erano in grado di intervenire sulla globalità della persona non solo ai fini della *riparazione* ma del *sostegno* della vita. La cultura allora potrebbe riferirsi con costanza all'idea del *dare forma al vivere*, alla costruzione di un'ambiente finalizzato al far vivere bene, "programmare nutrimenti e benessere, assicurare che domani si potrà vivere ancora" (Piazza 1999).

Il Ruolo della Persona assistita. I due termini, spesso contrapposti che si riscontrano nella letteratura in merito a questo concetto sono quello di "malato" e "paziente", facendo riferimento ai comportamenti che il soggetto mette in atto rispetto alla malattia. Ancora

un'attenzione e centratura della malattia. Soffermarsi sul concetto della persona assistita significa riconoscere lo statuto di "persona" in primis, quindi attiva, partecipativa, portatrice di interesse e di diritto, in secundis di "assistita" e individuare, così, come agisca all'interno di un ambiente di assistenza e cura. È doveroso, a questo proposito, un riferimento diretto al termine già esaminato di *olismo*. Il termine "malato" che riporta la persona a una condizione di mancanza (di salute) è innegabile che offra tuttora una serie di vantaggi sociali: essere esentato da ciò che è implicito nel ruolo di persona in buona salute; essere assistito e curato finché non ci sia la ripresa; un malato per altro spesso non è riconosciuto responsabile del proprio malessere, né quindi della guarigione o miglioramento.

Ma essere malato può portare con sé anche l'esigenza di guarire quanto prima, cercare un curante competente e cooperare con esso (Coz-

zi & Nigris 1999). Al malato viene riconosciuto un ruolo passivo, che si attiva esclusivamente per curarsi. Quando ci riferiamo a “paziente”, spesso connotiamo un’azione più limitata della persona. Essa ha un problema di salute e diventa paziente, il quale deve adoperarsi per intraprendere un percorso diagnostico terapeutico per fronteggiare il problema e quindi essere curato e curarsi.

Il corpo nell’assistenza infermieristica. La cura del corpo è oggi un ambito di interesse da una parte, e siamo qui a scriverne, ma anche di allontanamento dalle pratiche di assistenza.

I valori della società sostengono il

sporche”, non risultano riconosciute nella loro valenza terapeutica dagli infermieri né sono ritenute qualificanti ai fini professionali. Si tratta infatti di venire a contatto con fluidi corporei essenziali per il funzionamento, ma relegati al non detto e al non visto come sangue, sperma, latte, sudore, urina, feci, saliva, vomito. I corpi delle persone assistite sono fatti di pelle, di fluidi e di alterazioni come ferite, piaghe, ulcere, fratture. Sono questi i corpi-persona di cui un infermiere si occupa.

I rituali dell’assistenza. In quali luoghi e in che modo i corpi sono assistiti dagli infermieri? Nei letti di degenza, sulle barelle del pronto

rola, di cui il rito si può privare. Un abbassalingua, un tampone, un termometro, teli, cartelle, pc sono testimoni anticipatori della relazione che l’infermiere avrà con la persona assistita e quindi con il suo corpo. Ritualità a cui si concede di scoprire il corpo di una persona oltre quanto sia necessario, per un tempo ulteriore a quanto dura la pratica di assistenza, quasi a celebrare il rito prolungandone il tempo di durata, e rendendo il protagonista esposto allo sguardo, esibito.

È esemplificativo l’uso che talvolta si fa della videosorveglianza in camera dei malati gravi, che non viene spenta quando sono presenti al letto del malato infermieri che medicano o si occupano delle cure alla persona, dalla cabina di sorveglianza d’altronde qualsiasi soggetto, seppur in servizio, ma non deputato alla relazione in quel preciso momento può prendere visione dell’intimità di quel momento privandolo proprio dell’intimità medesima.

Si assiste ad una sintassi del rito di assistenza che trasforma la sintassi del corpo e la racchiude nell’analisi della comunicazione non verbale e non va oltre. Benini afferma che “da quando la medicina è diventata scienza, da espressione di un sapere comune è transitata in un sapere disciplinare, legittimando solo ciò che è scientifico...omissis...”, anche il corpo è stato deprivato delle sue storie, a vantaggio, invece della storia anamnestica dei segni e sintomi recenti e remoti”. Egli indica che due processi abbiano agito nel dare al corpo un senso che io dico inferiore: la s-corporazione (un corpo ripartito in più parti e separato dalla persona-visuto) e lo s-membramento di esso, per poterlo analizzare, selezionare espropriandolo dei valori, dei progetti e di quanto siano le valenze personali più profonde.



mito della bellezza, del corpo performante e sempre giovane a discapito di come sia necessario oggi entrare a contatto con i corpi da assistere. Le attività a diretto contatto con il corpo sono considerate squalificanti e le pratiche che prevedono un’intima vicinanza con il corpo (come l’igiene), per l’impegno totale che richiede e per l’impossibilità di selezionare le aree in “pulite o

soccorso, negli ambulatori, a domicilio e ancora tanto altro. È innegabile che nel corso degli anni si siano costruiti dei rituali che ancora oggi predominano la quotidianità del lavoro di assistenza.

Si pensi all’uso dei carrelli che si fa nelle degenze e dello strumentario, che di fatto anticipano alla persona assistita quanto succederà al proprio corpo, ancora prima della pa-

Al giorno d'oggi viene offerto un panorama variegato degli scenari in cui viene esercitata la cura e l'assistenza del corpo.

Il corpo ricoverato, è di gran lunga ancora il luogo di assistenza e cura praticato dagli infermieri.

Un corpo che ancora spesso è anatomia e fisiologia, espressione di funzionamento o malfunzionamento, di bisogni e di necessità, ben lungi dall'essere considerato nella quotidianità come corpo vissuto.

Nel concetto di cura sono reperibili tre significati: il primo di natura *passionale*: attenzione, interesse, affanno; il secondo di natura *cognitiva*: curarsi di qualcuno significa pensarlo; il terzo è quel *qualcosa fra cognizione e passione* che precede un'azione e si conclude con un'azione (Donghi & Preta 1995). Nel termine *Behandlung* (cura) che contiene il termine *Hand* (mano), quella "mano abile ed esperta che tastando sa riconoscere la trama" (Gadamer 1994) si fanno spazio l'agire operoso, curante, assistenziale delle mani degli infermieri.

Se questo concetto di cura non si traduce nelle azioni che abitano gli scenari, esse saranno ancora ancillari a logiche di preconcetti, di ristrettezze, di consuetudini datate lasciando la persona assistita a esprimere il proprio essere paziente e malato. Si pensi alla scena della deposizione degli abiti nell'armadietto, alla vestizione in abito da notte per l'intera giornata, in cui le pratiche assistenziali durano per un paio di ore su 24 del totale della giornata. Ma vestire in pigiama un corpo significa potersi avvalere di uno sguardo che penetra nell'intimità, che riporta la persona alla prima infanzia e a una condizione di bisogno (Benini 2009). Le pratiche di indagine diagnostica oggi hanno reso il corpo trasparente e hanno sostituito gran parte dei gesti clini-

ci; anche per gli infermieri questa sostituzione sta avvenendo non senza creare modificazioni nell'ambito dei significati della cura su cui non c'è un'attenzione costante. Esempio l'ecografo che permette di prendere visione del tragitto di una vena in cui inserire un ago, certamente una pratica di maggior sicurezza, ma di minor contatto.

Contatti che via via si trasformano in modalità di presa contatto, piuttosto che si, di cura. Ed è al termine presa contatto che si deve porre un'attenzione particolare.

Se nello scenario a renderlo caratterizzato è la postura del malato, nel concetto di **prendere contatto** è l'infermiere che pone il proprio corpo al centro dell'attenzione.

L'uso delle mani dell'operatore può fare la differenza nell'assistenza. Si ricordino a titolo di esempio l'aneddotico modo di dire "l'infermiera castigamatti" per intendere le modalità poco aggraziate di infermieri che nel castigare era implicito il

mortificare il corpo del malato. Gli infermieri attraverso l'uso delle proprie mani esprimono numerosi e differenti significati da ascrivere al concetto di *caring*.

Mani che esplorano, sono le mani che cercano segni, che sono il prolungamento dell'occhio, che ricercano segni che aiutano l'individuazione di problemi o la loro risoluzione, mani che seguono un percorso di una parte anatomica, è nel caso in cui si stia praticando un massaggio, una frizione al corpo, o ancora quando si esegue un prelievo ematico. Ma questa fase esplorativa può muoversi in un asse alle cui estremità si pone l'atteggiamento di presa (si afferra la parte anatomica, quasi a fermarla e a "braccarla") e l'atteggiamento di invito (si offre alla persona la possibilità, si chiede permesso, si è cauti e gentili). Spesso in maniera inconsapevole gli infermieri sono portati a dire che il loro agire è generato dal principio di sicurezza e





utilizzano le mani in tal senso. Due parole di significato opposto sono strettamente legate in senso etimologico al concetto di cura : *cur-iosità* e *si-curezza*: sicurezza deriva da *se-cura*, senza affanno, assenza di necessità di cura; curiosità significa “che ha cura”, curioso è “colui che si cura di qualche cosa”.

Le mani possono così mantenere il loro stato di ignoranza, eseguendo una tecnica o di acquisire un significato estetico da come si muovono e dai campi esplorati. H. Van Der Bruggen distingue fra toccare “Gnostico” e toccare “Pathico”. La ricerca del punto per pungere una vena è esempio del contatto gnostico: L’infermiere vuole conoscere. Le dita sulla pelle cercano verità nascoste, scrutano i segreti del corpo malato e l’infermiere realizza un toccare tecnico finalizzato al gesto che sta compiendo ; spesso questo gesto, quando invasivo sul piano fisico e sul piano affettivo, comporta una violazione dell’intimità. Le mani diventano *estetiche* quando attraverso la sperimentazione sviluppano conoscenza attraverso emozioni ed affetti, mani sensibili,

aperte alla ricerca, allo stupore, alla risonanza, alla riscoperta del senso del tatto (Marsaglia & Galizio 2008).

Le **mani** dunque sono un’estensione della mente e della sua intenzionalità di cura, e se questo è quanto si persegue nella pratica del Caring, possono essere mani buone o cattive, devote o traditrici, calde o fredde. Mai possono essere neutrali. Mani e avambracci degli infermieri hanno un potenziale molte volte inesperto o inconsapevolmente espresso. Poche sono le conoscenze diffuse in maniera capillare rispetto a quanto è a disposizione come conoscenza sul tema del tatto. Perché è il tatto, questo capriccioso senso di cui siamo tutti dotati a poter fare la differenza nella cura. Un tatto esercitato dall’infermiere è il tatto della pelle delle persone assistite.

In questo ambiente, di relazione corporea fra corpo assistito e corpo curante, le contaminazioni generate da reazioni bio-fisio-psico-emotive sono di fatto altissime ed è a loro che si deve dirigere un’attenzione particolare. Il fenomeno della

tattilità investe e riguarda tutto il distretto della pelle. Il tatto è uno dei primi sensi a comparire ed è fra gli ultimi ad abbandonare il nostro corpo alla fine della vita. È l’organo più esteso del nostro corpo, possiede un numero enorme di recettori sensoriali che ricevono gli stimoli di caldo, freddo, dolore, piacere....Si ritiene che ogni cm. quadrato di pelle contenga fino a 5.000 recettori. Nelle mani e nelle dita il numero dei recettori è notevolmente superiore. Una pelle che se “educata” dagli stimoli, cioè accarezzata, massaggiata, toccata con grazia diventa sensibile e recettiva. È sulla pelle che i processi somatici e psichici diventano evidenti (Bottaccioli 2006, Dethlefsen & Dahlke 2007). Montagu ritiene che l’essere umano pratichi una serie di gesti di auto-contatto per auto-confortarsi. E allora ci abbracciamo, incrociamo le gambe, ci lisciamo la pelle, strofiniamo le mani, ci pettiniamo. Toccare è accogliere e confermare l’esistenza dell’altro. Tenere (e non trattenerne) fra le braccia un corpo corrisponde a non farlo cadere, a praticare l’essere “sufficientemente” presenti *del*

portare (holding) e del contenere (handling) il bambino ai fini di un suo sano sviluppo (Winnicott 1970). Qualifica la presenza anche silenziosa. Il tutto nella chiarezza del gesto e nel permesso ricevuto dalla persona. È attraverso una consapevole pratica che si trasforma un gesto in un gesto di cura e quindi non un contatto con un corpo quanto l'incontro con una soggettività altrà.

Spitz, sostiene che la mancanza di stimoli emotivi e sensoriali metta in moto una catena biologica che può giungere fino a stati degenerativi ed alla morte. La fame di stimoli, ai fini della sopravvivenza umana, avrebbe la stessa importanza della fame di cibo. Senza contatto con una figura di riferimento, il cucciolo dell'uomo muore o presenta un arresto dello sviluppo affettivo e intellettuale. Nel bambino preverbale la comunicazione avviene a livello cenestesico profondo, a livello cioè di sensazioni. I canali privilegiati sono il contatto fisico, il vezzeggiamento, le carezze (Marsaglia & Galizio 2008).

E ancora affermano Marsaglia e Galizio che "l'adulto che abbiamo davanti a noi nell'assistenza ha in sé un piccolo bambino ed è del piccolo bambino che noi ci prendiamo cura".

■ RACCOMANDAZIONI

Questa medicina "meccanica" ha parlato per troppo tempo un linguaggio così forte da rendere gli infermieri parte di essa, oggi gli stessi infermieri tendono a disgiungere l'assistenza alla persona dall'azione tecnica compiuta sulla persona (Urli 1999).

Quasi come se le stesse mani che hanno svolto un'operazione tecnica, non si accorgessero della persona che stanno toccando, ignorando che quella carne è viva e animata.

Nel campo della cura, sembra che l'evoluzione della tecnologia oggi in grado di scrutare fin nei minimi dettagli interni della persona, abbia prodotto una scotomizzazione del malato rendendo via via sempre più improbabile una relazione mediata dai sensi e da quella calda fisicità richiesta dal processo di cura. (Corli & Zanetti 1998).

Il tatto ha subito l'influsso di Cartesio che lo ha subordinato a un modello basato sulla vista e sulla razionalizzazione, indicando che "il tocco delle mani non è un'immagine credibile per un programma platonico" e che il tatto è stato collocato nel punto più distante dall'intelligenza (Le Breton 2007).

Confrontandoci con quanto messo a disposizione nella presente trattazione possiamo asserire che "è nel rapporto tra assistito e operatore che prende forma la cura sanitaria; cura che ha come punto di partenza, ma anche di arrivo i corpi che danno spazio, tempo e storia a tale relazione" (Benini 2009).

I corpi che si incontrano nella cura sono soggettività che entrano in relazione e contattano l'affettività, l'intimità, la sessualità, l'esistenza medesima (Zannini 2004), tuttavia la routine "ammorba" la curiosità di ogni cosa, oggetto, persona. Così senza una curiosità verso il soggetto, che è anche vita, di cui ci prendiamo cura non possiamo che occuparci di oggetti su cui pratichiamo le nostre performance tecniche all'insegna della sicurezza, dei protocolli, delle cure standardizzate. Anche queste ultime, non sono "cose cattive", ma è il vuoto di significato che spesso accompagna questa pratica che la rende insensata.

Lavorare con corpi animati, vissuti e quindi soggetti, persone assistite con un corpo parlante significa per gli infermieri sostare in ascolto di se stessi.

Impraticarsi di una metodica della riflessione che accompagna il gesto pratico, prima che esso sia svolto (praticando una centratura di se stessi su cosa si andrà a fare e quindi ad agire) e a posteriori (debriefing su quanto accaduto a se stessi e alla persona assistita), è quanto indispensabile per produrre e far crescere un caring centrato sulla persona, olistico, che abbia superato l'etnocentrismo professionale.

Questa attività ne implica un'altra ancora più assordante che è quella dell'ascolto di sé e degli altri. Vuol dire riconoscere, nella pratica del nursing, la necessità di un tempo pensiero, di un tempo parola e di un tempo emozione. Non sempre separabili, non sempre pianificabili, ma sempre presenti soprattutto in quei contesti a grande valenza di trasformazione dei corpi, di grande sofferenza delle persone, di grande ambivalenza di comportamenti.

Una pratica che utilizza la "pensosità" come motore del proprio agire.

Una pratica che ha necessità di affondare le radici dentro a percorsi formativi universitari che connotino la specificità del nursing in un nursing centrato sul "corpo-persona", in cui i campi disciplinari sviluppati siano espressione di una visione antropologica della persona basata fortemente sulle pratiche che si possono riconoscere come coerenti con il modello olistico di salute-malattia.

È poi necessario riconoscere che i professionisti hanno la necessità di essere accompagnati in questo percorso di lifelong learning lungo l'intero percorso di lavoro. Come esistono le traiettorie di malattia per le persone assistite, esistono i progetti di vita per gli infermieri.

La sensibilità non è un bene stabile, ma influenzato da innumerevoli vicende della vita: la morte di un

parente, la nascita di un figlio, la delusione sul lavoro, il tradimento di una persona cara, la motivazione che si determina nei luoghi di lavoro e così per una lunga lista di altre variabili. Cosa poter fare allora? Mantenere alta la curiosità verso di sé e verso dell'altro, verso il mondo. Superare l'ovvietà e coltivare la sorpresa e l'interesse. Sembra poi che sia davvero indispensabile sviluppare percorsi di formazione continua per produrre nuovi saperi pratici utilizzabili nella clinica infermieristica, portando al centro il corpo-persona sia della persona assistita che del curante.

Riconoscimenti a due maestre infermiere italiane: Caterina Marsaglia e Maddalena Galizio, che attraverso la loro quotidiana e persistente riflessione sulle cure infermieristiche hanno saputo mettere a disposizione in tempi passati visioni e pratiche visionarie nell'ambito delle cure infermieristiche.

Hanno sviluppato oggi un approccio complesso denominato Caring Massage. (http://www.cespi-centrostudi.it/_dynapage/index.asp?pageID=147)

■ REFERENZE

- Benini S (2009) Corpi in attesa. Sulla cura e sui corpi in sanità. In Mannuzzi P., I corpi e la cura. ETS, Firenze, p.107- 143
- F Bottaccioli (2006) Psiconeuroendocrinoimmunologia. Red Edizioni. Milano
- MF Collière (1992) *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiere*. InterEdition. Paris
- D Cozzi & N Nigris (1996) Gestì di cura. Colibri'. Pisa
- T Dethlefsen & R Dahlke (2007) Malattia e destino. Edizioni Mediterranee. Roma
- P Donghi & L Preta (1985) (a cura di) *In principio era la cura*. Saggiari Laterza. Bari.
- HG Gadamer (1994) *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- U Galimberti (1991) Il corpo. Feltrinelli. Milano.
- M Harris (1987), Antropologia culturale. Zanichelli. Bologna
- Le Breton D. (2007) Il sapore del mondo – Un'antropologia dei sensi, Raffaello Cortina, Milano
- C Marsaglia & M Galizio (2008) "I gesti della cura: oltre le mani". materiale non edito a stampa
- M Piazza (1999) *Dal lavoro di cura al lavoro professionale in AA .VV. Il libro della cura, di sé degli altri del mondo*. Rosenberg & Sellier. Torino
- S. Corli & E. Zanetti (1998) "I sensi e la cura nella pratica del Nursing". L'arco di Giano. 17
- R Spitz (1989), Il primo anno di vita. Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali. Armando editore. Firenze.
- N Urli (1999) L'ambiguità nelle cure infermieristiche. Ambrosiana. Milano.
- H Van Der Bruggen (1977) *Ce malade qui existe*. Le Centurion. Paris.
- DW Winnicott (1970) Sviluppo affettivo e ambiente. Armando. Roma.
- L Zannini (2004) Il corpo paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica. Franco Angeli, Milano.