

Sara Balzan

IL CORPO NELLE CURE INFERMIERISTICHE



©2019 Sara Balzan
balzanstudioericerca@gmail.com

Illustrazione:
“*Corporeity*” di S. Balzan-2017
pastello morbido su ciat-giallina

IL CORPO NELLE CURE INFERMIERISTICHE

di Sara Balzan



1. LA CONCEZIONE DEL CORPO IN OCCIDENTE

1.1 Il significato del corpo tra filosofia e storia

Il mistero è la più bella sensazione che esista.

A Einstein

Come si potrebbe definire il corpo? Un confine o un contenuto, un messaggero, un tempio oppure una tomba? Talvolta è strumento per cogliere la verità o per esprimere l'arte. Il corpo è separato dall'anima o è la sola cosa che possediamo? Ci sono quesiti che da sempre attraversano la filosofia occidentale e, quelli che s'incentrano sulla natura e la funzione del corpo, sono tra i più scoscesi perché i più complessi ai quali dare risposta. Eppure il corpo rappresenta l'"oggetto" fra tutti più immediato e presente.

Prima dell'era cristiana, per limitare l'analisi all'occidente, l'essere umano era visto, dalla grande

maggioranza dei filosofi e dei medici greci e latini, in modo unitario, senza per questo negare la centralità della dimensione psichica e culturale in genere, anzi assegnando a essa un posto di grande rilievo anche ai fini del mantenimento e del ristabilimento della salute fisica e spirituale. Empedocle (-444 a.C.) vedeva nell'anima una sorta di rivestimento delle carni, un principio vitale che ne impedisse la dissoluzione. Platone (428 a.C.-348 a.C.) nel quarto secolo avanti Cristo, offriva l'immagine di una giara che quando integra è come un corpo che custodisce l'anima e le nozioni da esso accumulate. Aristotele (384 a.C.-322 a.C.) voleva considerare le affezioni psichiche in stretto riferimento alle basi corporee che le realizzano. Epicuro (342 a.C.-270 a.C.), nel secolo successivo, si raccomandava di curare il corpo materiale garantendo uno "stabile benessere della carne" affinché l'anima, corpo rarefatto di natura ventosa, potesse trovare la sua quiete.

Il corpo fisico ha pressoché sempre rappresentato il limite all'elevazione spirituale, origine di tutti gli errori e i turbamenti che distolgono l'anima dalla realizzazione della vocazione al bene. Rappresentante della metà individuale più bassa, sede della sofferenza e del peccato, il corpo tangibile ha in prevalenza significato il lato dell'immediatezza materiale e per questo meno nobile rispetto alla parte spirituale o descritta come ciò che non è visibile all'occhio. Il contrassegno dell'individualità umana veniva sostenuto dalla parte intellettuale e riflessiva che conduce alla scelta secondo la volontà dell'individuo, nonché alla via della conoscenza.

Nonostante la pluralità della composizione dell'individuo, durante tutta l'era pre-cristiana, la visione del corpo ha sempre mantenuto un'accezione d'interdipendenza tra le parti, aspetto che ha conferito unitarietà allo stesso.

Con l'imporsi della filosofia e della religione cristiana, il paradigma dominante fino alla metà del XIX secolo, è stato di tipo *dualistico* e, a partire dal XVII secolo, ha assunto la forma del dualismo cartesiano. Cartesio (1596-1650) estremizza il divario tra anima e corpo sino a dar vita a un dualismo che vede contrapposte due sostanze irriducibili di cui tuttavia se ne domanda l'interazione. La sua assimilazione del corpo fisico ad un funzionamento di tipo meccanicistico darà il *la* ad una scia di teorie, anche estreme, legate alla visione materialistica del funzionamento del corpo che, tra seicento e settecento sarà preponderante. Il paradigma di tipo monista riduzionista materialistico influenzerà non solo i pensieri filosofici del periodo, ma anche lo studio del corpo umano da parte della medicina, che a partire dal XVII secolo vedrà il suo vero decollo e s'impregnerà fino ai giorni nostri, di una visione parcellizzante del corpo in cui il suo studio si concentra sulla frammentazione delle parti e non già attraverso uno sguardo universale dell'esistenza dell'uomo. Dopo la seconda metà dell'800 la fisiologia e la medicina vireranno nettamente verso un paradigma riduzionista e fisicalista alimentato dal positivismo, in piena esplosione e diffusione europea in quel periodo. La concomitanza della crisi della Chiesa come potere politico e della religione cristiana come

ideologia dominante non farà che agevolare il profondersi del nuovo credo nel progresso e nella scienza che seppellirà definitivamente il dualismo in tutte le sue forme proponendo all'emergente comunità scientifica occidentale un corpo da studiare al microscopio, frammentato, riducendo persino l'attività mentale –in passato venerata come elemento superiore dell'esistenza– alla sua funzione bio-chimica neuronale. Le emozioni e i pensieri saranno individuati come possibili prodotti secreti di un organo (il cervello) eludendo, in tal modo, la complessità di particolari fenomeni come la rappresentazione, l'intenzionalità o la memoria ad esempio, le quali ben presenti nelle corporeità, possiedono una realtà tutt'altro che fisica. Anche la psicologia d'oltre-oceano finirà col disprezzare le scienze passate come la psicanalisi, definita ora pseudo-scienza, accettando lo studio della mente soltanto quando si basa sulla misurazione delle sue inter-conessioni e reazioni chimiche. Per fortuna di chi si deve occupare dell'essere umano nel rispetto più totale della sua vera natura, verranno successivamente compiuti dei passi indietro sulla visione esclusivamente materiale e funzionale del corpo, ma di certo la strada verso una considerazione ampissima del nostro corpo e del nostro esistere è ancora lunga.

Avere o essere il proprio corpo? Possederlo significherebbe poterne disporre liberamente sottoponendolo a qualsiasi prova, ma esso non è privo di limiti e non permette un uso smoderato delle sue parti senza conseguenze anche fatali. Ancora, possedere un

qualcosa da cui non poter prendere le distanze sarebbe piuttosto sinonimo di prigionia o di schiavitù più che di dominio. Come si è poco fa concluso, assimilare l'idea del corpo alla natura di un oggetto conferisce allo stesso una dimensione riduttiva, parziale, frammentaria. Il corpo non è soltanto una combinazione di tessuti e ossa che lo sostengono, vi è molto di più: esso attraverso il suo *agire intenzionale* racconta del suo vissuto, della sua cultura, delle sue emozioni. Tutto ciò che l'individuo "è", rispecchia il modo in cui assorbe gli stimoli circostanti, come li trasforma e li ricerca nei pensieri, nei sogni, nei progetti: ogni impulso ricevuto passa attraverso la fisicità del corpo muovendola. Le emozioni che il vissuto corporeo suscita trasformano la carne ed evaporano nel resto del mondo sotto forma di reazioni che, come un'invisibile onda d'urto, spostano i destini altrui modificandone le traiettorie.

Corpo fisico, spirito nobile, intelletto umano, società artificiale, morale di comportamento sono i grandi temi che hanno incontrato intrecci e distacchi nelle diverse correnti filosofiche altalenanti, alla ricerca di risposte sulla condizione umana. Le opere di grandi artisti e intellettuali del passato hanno aperto le porte al realismo umano esponendo con coraggio aspetti legati alla natura antropica da secoli repressi dai tabù, prodotti ereditati negli anni dalle diverse società e culture. Prospettive umanissime come l'omosessualità, le metamorfosi fisiche, le debolezze, le miserie, la morte, la solitudine, tutte le differenze che accomunano, definiscono e, proprio per questo sconvolgono, il genere umano, sono

state esposte e sottoposte a riflessione, non senza disagio, come fossero specchi attraverso i quali riconoscere se stessi senza timore e poter, poi, espiare i propri umani difetti uscendone rinnovati e consapevoli di ciò che si è. Il corpo, sebbene metafora di ciò che l'individuo è nel mondo e nel tempo, non lo consegna mai totalmente nella verità del suo essere; esso svela e vela allo stesso tempo, espone e cela la vera natura complessa e globale dell'individuo proprio per la sua indole limitata, parziale dell'esistere. L'uomo abita il mondo compiendo con intenzionalità un'infinità di gesti con gli altri, per il prossimo, contribuendo alla ragione dell'esistenza della vita terrena, e forse oltre. Ben inserito in una logica universale, il cui significato per la maggior parte ci sfugge, è protagonista e spettatore allo stesso tempo di una vita colma di senso.

1.2 Il corpo nella pratica clinica

Nei primi anni del XX secolo il Dottor Duncan MacDougall, di Haverhill, Massachusetts, credette di aver individuato su alcuni pazienti un'istantanea perdita di peso al momento della morte, non riscontrata, secondo esperimenti da lui compiuti, sugli animali. "L'anima ha un peso [...]", titolavano i giornali dell'epoca, 21 grammi dei quali il corpo si alleggerirebbe nell'esatto momento del decesso. Il medico intendeva verificare questa perdita attraverso nuovi esperimenti, per provare che la concezione spiritualistica dell'immaterialità dell'anima era sbagliata; per la cultura medica classica, tutto ciò che

concerne l'esistenza dell'essere umano deve avere un peso, una forma, una tangibilità. Ma davvero ciò che non si può misurare e spiegare nella prospettiva parziale di una scienza non esiste? Per gli operatori di cura esiste laddove appartiene a una visione unitaria dell'uomo.

I fatti salienti della vita hanno da sempre posto agli uomini interrogativi profondi; se nell'antichità classica responsi a quesiti così appassionanti sono stati fortemente legati a visioni filosofiche o a interpretazioni e prassi religiose, con la nascita della scienza moderna, il percorso di comprensione dell'uomo è andato sempre più legandosi alla conoscenza della costituzione biologica del corpo, esplorando il funzionamento degli organi scendendo sempre più nel microscopico, approfondendo le dinamiche cellulari e molecolari. Sin dall'inizio del loro percorso formativo, gli studenti di medicina e d'infermieristica imparano a conoscere il corpo come fosse un meccanismo complessissimo del quale sia necessario apprenderne le strutture, i funzionamenti e tutti i processi fisici, chimici e meccanici responsabili del suo andamento buono o patologico che sia. In medicina a ogni variazione o reazione corporea deve corrispondere una spiegazione scientifica, confutata, che tratta di umori chimici, variazioni di ph, cambiamenti pressori, elementi proteici e via dicendo. Quei simbolici 21 grammi di *soffio vitale* sono volutamente esclusi dalle indagini classiche della persona che "non si sente bene", in una personalissima percezione soggettiva, proprio perché difficili da misurare e delimitare. Così il paziente diventa un caso clinico da studiare, molto da vicino, senza

sollevare gli occhi per il timore d'incontrare la sua vera essenza.

Gli operatori di cura sono talmente carichi di fardelli, che sembrerebbe un abuso aggiungerne di nuovi; ma se i professionisti possono dimostrare di essere all'altezza sia della scienza sia dello spirito dell'effetto benefico che il *caring* concede, allora l'*embodiment* non può rimanere al di fuori delle cure. L'*embodiment* è un'unità che ogni essere sperimenta, è la globalità di tutte le esperienze vissute che nel tempo forgia la personalità, lo spirito e la corporeità di ognuno. Il mondo e il suo accadere continuo non sono percepiti a pezzi suscitando sensazioni frammentate e disconnesse tra loro, essi sono sperimentati ed elaborati in forma complessiva e danno origine a un essere poliedrico, dinamico e complesso.

Prendersi cura dell'Altro è faticoso, non è cosa semplice. Il *caring* è al contempo una pratica e un valore che mescolano al sapere nobili qualità quali la disposizione, l'apertura, la comprensione, la protezione e l'empatia. Un infermiere nell'obiettivo di costruire una relazione efficace e soddisfacente, ascolta e cerca di capire il prossimo, segue il sentire empatico. Anche l'infermiere, quindi, si avvale del proprio *embodiment* quando, grazie alle emozioni personali, apre le porte alla comprensione globale del paziente. Sono l'emozione e l'immaginazione miscelate a formare l'empatia: sensazioni che l'operatore non conosce, perché non presenti nel proprio vissuto, le può immaginare attingendo ad altre elaborazioni emotive convergenti. Nonostante le vaste diversità che creano apparenti barriere nelle connessioni di cura, la

comprensione trova sempre uno spazio per esserci. Più si cerca di conoscere nell'intimo il malato, maggiore e più semplice sarà l'apertura verso l'altro; più l'operatore si allena nell'aprirsi al prossimo, più sarà alto il suo potenziale di cura. Il fatto di aver provare sensazioni in parte sovrapponibili può facilitare il professionista nel processo empatico, ma il focus è un altro: le emozioni sono capite perché sono parte del malato che in quel momento le prova, perché la persona sta comunicando il suo modo di percepire il mondo in quel frangente e prendersi cura di lui significa accettarle nel rispetto della sua alterità, agendo attraverso il proprio sapere incorporato mantenendo al di fuori giudizi e interpretazioni.

Il corpo nella medicina, se trattato come un oggetto anziché visto come la proiezione di un olistico psico-sociale presente e passato, è privato della sua natura morale e visto come un mero oggetto da riparare piuttosto che una fonte d'identità unica e irripetibile; focalizzarsi sul fisico significa escludere l'unità della persona e perdere, così, preziose occasioni di diagnosi e cura che l'intelligenza dell'*embodiment* può offrire. E' il corpo a permettere una relazione con il mondo esterno. Attraverso la corporeità è possibile avviare un legame fatto di profondità, efficacia e soddisfazione reciproche, come nel caso del rapporto tra curante e curato; è perciò il corpo che permette il processo di cura, o meglio detto, sono i corpi a concedere le interconnessioni di cura. Da un lato i fisici dei malati sanno più di quanto non siano in grado di esprimere e vanno, perciò, esplorati in

profondità se s'intende intraprendere un processo di cura di qualità; dall'altro i corpi degli infermieri sanno ciò che devono fare e in che modo, grazie alla guida del proprio *embodiment* costantemente nutrito anche dai feedback dei rapporti di cura che forgianno, nel tempo, le identità morali dei protagonisti. In questo senso l'infermieristica non può che essere una forma di scienza mescolata all'arte poiché capace di scaturire risultati concreti intervenendo con creatività e competenza scientifica nella vita di altri esseri umani e modificandone le relative traiettorie di guarigione.

Bibliografia di riferimento

- Benner, P. (2000). the roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 5-19.
- Bombi, A. S., & Cannoni, E. (2014). *Bambini e salute*. Bologna: Il Mulino.
- Borri, M. (2014). Il cervello e la morte. In F. P. de Ceglia (A cura di), *Storia della definizione di morte* (p. 561-579). Milano: Franco Angeli.
- Chopra, D. (2015). *Benessere totale*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Cipri, R. (2016). XVII Congresso nazionale A.I.C.O. Caring in sala operatoria: relazioni, ruoli e tecniche. *Curare Curat*. Cagliari.
- Damasio, A. R. (1995). *l'errore di Cartesio. emozione, ragione ecervello umano*. Milano: Adelphi.
- de Ceglia, F. P. (2014). Introduzione: definire i confini. In F. P. de Ceglia (A cura di), *Storia della definizione di morte* (p. 9-17). Milano: franco Angeli.
- Fabbrizi, C. (2012). l'attenzione di kant per la corporeità: tra medicina e filosofia trascendentale. *Consecutio Temporum*, 137-168.
- Fugali, E. (2016). *Corpo*. Bologna: Il Mulino.
- Hamington, M. (2015). Care Ethics and Engaging Intersectional Difference trough the Body. *Critical Philosophy of Race*, 3(1).
- Kalb, K. A. (2012). "Theology of the body" Underpins Health Care. *Health Progress*, 41-48.
- Lawler, J. (1993). *Behind the screen*. Redwood City California: The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc.
- Marcianò, S. (2007). *Il valore del corpo nell'antropologia cristiana*. Cosenza: Università della Calabria.
- Molinaro, A., & De Macedo, F. (2008). *Verità del corpo. una domanda del nostro essere*. Roma: Pro Sanctitate.
- Picco, E., & Santoro, R. G. (2010). Dealing with the patient's body in nursing. nurses ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 38-45.

- Reale, G. (1999). *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*. Cortina Raffaello.
- Russo, M. T. (2004). *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli (CZ): Rubettino.
- Sasso, L., Bagnasco, A., & Ghirotto, L. (2015). *la ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute*. Milano: Edra.
- Wilde, M. H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*, 170-176.
- Zannini, L. (2004). *Il Corpo-Paziente*. Milano: franco Angeli.

2. IL CORPO NELLE CURE INFERMIERISTICHE OCCIDENTALI

2.1 Definizioni di corpo nell'infermieristica e la difficile distinzione tra corpo e corporeità

L'incredibile complessità del corpo ci coglie impreparati e ci spiega come sia improponibile fermarsi d'innanzi alla prima constatazione del corpo come se fosse un *oggetto*. Tipicamente occidentale è la distinzione tra la parte materiale, carnale del corpo-oggetto, e l'aspetto spirituale del corpo-soggetto che vive e diventa il frutto delle proprie esperienze. L'idea della *corporeità*, invece, regala un'alternativa più attuale, che, superando la limitatezza della dualità cartesiana, restituisce totalità al corpo, impastandolo nelle esperienze sociali e trasformandolo in continuum tra materia e materia reso possibile dalle inter-relazioni degli esseri nei contesti bio-psico-sociali. Come in un'opera d'arte, un dipinto, una poesia, un'armonia sublime, si esprimono sentimenti e ispirazioni, anche nel corpo s'incarnano le idee, i pensieri e le unicità dell'individuo. La *somologia*, introdotta nel mondo scientifico nel '91 da Jocalyn Lawler, si basa sulla comprensione del corpo nella sua dimensione oggettuale incastonato nelle esperienze, espressioni e interazioni con gli altri esseri e lo rende protagonista dell'identità dell'individuo.

La professione infermieristica si fonda sulla vicinanza fisica e perciò emotiva, psicologica, esistenziale e

spirituale con la persona. Il suo è un rapporto intenso e prolungato con l'essere umano che attraversa momenti di fragilità in cui si acquisiscono i bisogni di apertura e di condivisione in un clima di fiducia reciproca. Una buona cura è legata anche a un alto rispetto del corpo dell'altro esercitando l'assistenza con vicinanza partecipe che si esprime col tocco, la prossimità e la consacrazione del tempo. Se corporeità è sinonimo di esistenza, essa racchiude la storia di ognuno e in quest'ottica paziente e infermiere possono condividere conoscenze e modi di essere. Uscendo dall'essere "se stessi" e divenendo "noi", è possibile avviare una relazione *intercorporale* in cui il corpo che riceve le cure diventa il soggetto del processo di cura e il corpo dell'infermiere trova l'espansione dei propri potenziali terapeutici. Per aiutare un altro corpo e poter tessere i delicati equilibri relazionali che le interdipendenze d'aiuto richiedono, è necessario conoscere bene se stessi ed essere in grado di ascoltare il proprio corpo. Conquistare la dovuta consapevolezza delle proprie risorse, insieme ai propri limiti, è uno dei punti di partenza per saper cogliere e gestire con competenza gli effetti che la relazione d'ausilio scaturlisce.

2.2 Centralità del corpo e della corporeità nella professione infermieristica

Nessun operatore di cura beneficia di un contatto corporeo con il malato così prolungato e intimo come l'infermiere e innegabile e largamente confermata dalla

letteratura scientifica, è la centralità del corpo del paziente per il mestiere infermieristico, suo *oggetto di cura*. I concetti di corpo, corporeità e corpo “vissuto” dovrebbero ormai fungere da stella polare per la professione infermieristica, guidando le scelte degli operatori, accompagnando gli utenti nei loro percorsi di *caring* e, non ultimo, gettando le basi della formazione primaria e secondaria offrendo alla comunità scientifica di riferimento moderni spunti di ricerca.

Un’infinità di gesti quotidiani, abituali e spontanei compone la concreta identità professionale dell’infermiere e ne motiva la sua esistenza. Continuamente, l’infermiere è coinvolto in attività pratiche che intervengono direttamente sul corpo del paziente come la vestizione, le cure igieniche, il posizionamento e le medicazioni. Sono questi frequenti momenti all’apparenza scontati e superficiali, ma in effetti, densi di corporeità, d’inter-relazione di dinamiche difficili da governare per entrambe le parti in cui le regole classiche dell’intimità s’infrangono, autorizzate dal contesto. Il malato sa di dover concedere libero accesso alla persona alla quale si affida, e di ricevere in cambio attenzione e supporto; allo stesso momento l’infermiere è tenuto ad entrare nella sfera personale del malato per poter adempiere al suo dovere, peraltro non sempre con agio, affrontando, di volta in volta situazioni diverse nelle quali predisposizione e dedizione non sempre permettono di operare in piena tolleranza. Le occasioni di cura cosiddette “di base” sono altresì i momenti chiave della presa in carico. Al malato portano sollievo, benessere

fisico nel senso più materiale del corpo, ma rappresentano altresì una sorta di balsamo per la loro anima, il loro lato più spirituale. Le attività che si occupano dei bisogni essenziali della persona sembrano limitarsi a un superficiale tocco epidermico, in realtà esse possono raggiungere gli strati più profondi della persona, sino a raggiungere l'animo, suscitando reazioni, emozioni e sentimenti, che nel tempo possono modificare gli individui e influenzare le interrelazioni tra i protagonisti delle cure. Il fatto che siano definite "di base" conferisce loro un doppio significato di semplicità e essenzialità allo stesso tempo; sono scontate ma irrinunciabili per la sopravvivenza fisica, psicologica e spirituale del malato. Ragion per cui, un trattamento tecnico o clinico di base si libera dalla sua banalità, dalla bassezza dell'atto e acquista complessità e significato quando chi lo procura è consapevole del vissuto del corpo che lo riceve. E' perciò necessario includere la complessità dell'oggetto di cura nei gesti di *caring*, tutti, anche i più bassi in apparenza, per conferire all'operato infermieristico il dovuto valore. Nel compiere un'attività che interviene sul corpo del malato, quel corpo, non è solo fisico e persona, ma rappresenta il raccolto di un intero vissuto particolare, che rende quel malato unico e complesso. L'infermiere capisce che soltanto considerando in questo modo l'oggetto di cura trova la via necessaria per soddisfare nel modo più olistico i bisogni del malato e, allo stesso tempo, si libera dal possibile senso di frustrazione e, talvolta repulsione, che talune pratiche possono suscitare.

2.3 La visione olistica del corpo nella cura

Una permanente elusione della questione del corpo ha caratterizzato, e tutt'oggi distingue, le fonti delle pratiche infermieristiche. Come se la persona fosse davvero solo il corpo e come se determinati, precisi istanti di assistenza al malato non avessero che il piatto obiettivo di essere compiuti, esattamente come si comporrebbe un dolce. Una pratica non è una semplice superficie sulla quale poter esporre virtuosità estemporanee; essa si fonda su di una tradizione formatasi attraverso complessi processi, che hanno condotto a gesti sapienti, acquisiti nel tempo con sacrificio e che rendono un operatore esperto. L'Infermieristica è caratterizzata solo in parte dalla tecnica, essa è innanzitutto essere appropriati e agire bene; è attenzione, fiducia ma soprattutto apertura all'altro, alla comunicazione e all'incontro con il prossimo. Cresciuto all'ombra del modello di cura biomedico, il *Nursing* ha gradatamente smarrito la rotta disorientato dalla separazione corpo-individuo che tale modello impone. Anche per questo motivo, l'imprescindibile fusione suggerita dal concetto di *embodiment*, mantiene ancora un ruolo marginale nei progetti di cura; come se la malattia e il disagio della persona con i suoi bisogni, rimanessero una sola questione fisica di un corpo-oggetto disconnesso dall'esistenza dell'individuo. Sarebbero, invece, fortemente necessario un ritorno alla corporeità e un re-inquadramento del *Nursing* all'interno di una cornice più

vicina alla natura umana, che considera ogni individuo come essere unico con le diversità che il vissuto gli ha destinato. L'avanzare della tecnologia, ad esempio, mette a rischio la visione totale del corpo nelle cure; se da un lato ha contribuito alla scoperta più approfondita delle reazioni psico-fisiche e dei loro meccanismi d'interazione socio-ambientali, dall'altro tende a frammentare ulteriormente l'uomo e a renderlo ancora più oggetto, concentrando le attenzioni sull'organo, la funzione, la patologia. Il modello biomedico, sebbene stia dominando la scena di cura occidentale, può ancora essere contrastato e la categoria infermieristica deve resistere alla tentazione di adottarlo per ottenere maggiore visibilità sociale e attendibilità scientifica e proseguire il cammino della promozione e della celebrazione del corpo globale per accordare all'infermieristica il suo vero, grandissimo, incomparabile valore e la sua irrinunciabile presenza nelle cure.

2.4 L'esperienza del corpo nella malattia

Effimero e spietato, il corpo comunica di continuo la propria fragilità. Inosservato e invisibile da sano, il corpo funziona silente senza far pesare la propria presenza, ma può divenire rumoroso, ingombrante o inaccettabile quando la sofferenza fisica s'intromette, modificando il modo di esistere al mondo della persona che lo possiede e lo vive. Una forte stanchezza, una ferita, un dolore, una qualsiasi forma di disagio sposta l'attenzione sul corpo, amplificandone l'esistenza, sino a quel momento

trascurata. *La malattia è la situazione che più di ogni altra fa occupare del proprio corpo.* Da soldatino silenzioso il corpo diventa una spia informatrice che va ascoltata e interpretata perché portatrice d'indicazioni preziose in grado di restituire equilibrio alla globalità della corporeità. Una parte del corpo sana c'è e funziona discreta, può essere vista ma non notata fino a quando non duole o lancia un allarme di aiuto e chiede attenzione. Talvolta un sintomo impressionante o un segno forte della malattia è in grado di spostare talmente l'identità del corpo da oscurarne la natura. La malattia prorompente "cosifica" l'uomo divenendo regina: una grossa deformità, un dolore straziante, uno scostamento eccessivo dalla "normalità" della natura possono destare pietà sì, ma sottrarre all'individuo dignità e umanità. Alcune procedure spietate degli ambienti sanitari soggettivizzano la patologia o la pratica medica con il pretesto di offrire riservatezza e distacco professionale all'utente e l'identità della persona è rubata dalle procedure; così i malati diventano *la mammella, la TAC, il TS, l'RCU* e via dicendo, sino a coprire la persona, smarrendola.

La malattia rappresenta un momento di crisi nella vita di una persona, come ne sono descritti altri in letteratura, uno tra tutti l'adolescenza in cui, il ragazzo acquista una nuova consapevolezza del proprio corpo che muta all'improvviso e che prima taceva nel suo solito equilibrio. La parola *crisi* è sinonimo di stato di perturbazione, fase decisiva; l'individuo malato si ritrova a subire, e non più governare un corpo a causa del quale

dovrà prendere nuove decisioni scendendo a compromessi per ridisegnare le proprie traiettorie di vita. Jean Luc Nancy (esponente maggiore del decostruzionismo francese) nel 2000 scrive *L'intruso* in cui racconta la sua esperienza di trapiantato cardiaco e fa una riflessione di questo tipo: la sua condizione non è che l'esemplificazione di una condizione universale, accorgendosi che gli organi nel loro funzionamento anonimo e nella possibilità di essere affetti da malattie sono testimoni della sostanziale estraneità del nostro corpo a noi stessi e della sua resistenza ai nostri tentativi di padroneggiarlo.

Uno degli aspetti più legati all'esperienza della patologia è senz'altro il dolore che modifica in modo radicale l'esistenza della persona. Gli elementi del mondo circostante che prima rappresentavano il godimento della vita divengono ostacoli e nemici; gli oggetti che normalmente facilitavano una vita confortevole, ora "fanno male". Sovente la persona scopre di essere malata attraverso la sua modificata percezione del mondo esterno. Ciò che fino a quel momento ha fatto parte del naturale vissuto, diviene uno stimolo fastidioso e ostile al benessere corporeo, non più né parte né compagno della vita quotidiana, bensì nemico e ostacolo sempre lì a ricordare quanto anomala sia diventata la vita a causa della malattia.

Non esistono parole esatte per spiegare il dolore. In medicina ci si limita a giustificarlo per mezzo di esami e indagini strumentali che avallano la diagnosi. Nell'assistenza si cerca di misurarlo trasformandolo in

scale grafiche e classificandolo in segni del corpo o espressioni del viso. Il dolore resta tuttavia una percezione soggettiva articolata che contiene tutta la realtà della persona nella sua natura biologica e storica di corpo-nel-mondo; soltanto attraverso l'integrazione di tutte le dimensioni dell'esistenza è possibile costruire un percorso condiviso tra paziente e professionista di cura di riprogettazione della corporeità, anche nei casi in cui l'intervento palliativo è il solo contemplabile.

Kant (1724-1804), in ciò precursore nel fenomeno delle malattie psico-somatiche, aveva osservato come un animo scombussolato potesse dar luogo a reali patologie corporee, sottolineando ancora una volta le strettissime relazioni tra le diverse dimensioni della corporeità e delle esperienze dalle quali essa è forgiata. Kant aveva inoltre, colto la crucialità della collaborazione del malato nel processo di cura, purtroppo difettosa nel caso delle malattie che colpiscono l'"animo", patologie che oggi si definirebbero dell'area psichiatrica. La relazione tra la parte spirituale dell'essere e il corpo nell'evoluzione della patologia è la prova concreta che la biomedicina non può rivendicare un'egemonia sulla malattia e sui suoi percorsi di guarigione perseguendo una visione riduttiva del corpo come un insieme di organi, apparati e funzioni e non, invece, come il frutto di un legame intimo e misterioso che unisce il sé al corpo.

Nella cronicità, la malattia monopolizza l'esistenza con il suo fardello e richiede una serie di strategie di accomodamento che non sempre sono sufficienti per mantenere dignitosa la vita paziente. Il corpo è fonte di

un disturbo da combattere come fosse un nemico che minaccia addirittura l'identità della persona compromettendone la libertà, soprattutto quando è la mobilità della persona a essere coinvolta. E' difficile accettare di non potersi più muovere nello spazio e nel tempo come prima. Quando ogni azione quotidiana ricorda la patologia, procurando dolore e sofferenza, può instaurarsi un fenomeno dissociativo tra mente e corpo dovuto a un *rifiuto* della nuova condizione. La persona non si riconosce più in un corpo del quale non può disporre come un tempo né come mezzo per muoversi verso il mondo, né come involucro attraverso il quale esibirsi in pubblico: "questo non sono io". Si tratta di *re-settare* il corpo e tararlo sulla nuova condizione in un cammino complesso e delicato, in una buona ipotesi sostenuto dai familiari e dalle persone più vicine, inclusi i professionisti di cura, che appoggiano la persona nella ricostruzione di un nuovo sé aiutandola a non cedere alla tentazione di distaccare il corpo dalla mente, proprio perché entrambi hanno bisogno del mutuo sostegno nel superare le asperità che la nuova situazione di malattia infligge.

2.5 La dimensione relazionale del corpo

Il corpo si apre e ci informa cercando di continuo canali di comunicazione nel rapporto di *caring*. La particolare relazione di vicinanza corporea con il paziente vissuta dall'infermiere consegna, altresì, potenti strumenti di valutazione. L'infermiere impara e si

perfeziona nel tempo a cogliere tempestivamente piccoli cambiamenti, impercettibili segnali, come il mutamento del colore della cute o segni di compensazione fisiologica in atto, capacità che la Benner chiama *early warning*, ossia percezioni sapienti che consentono diagnosi tempestive e interventi appropriati. Il meccanismo di saper riconoscere situazioni cliniche familiari e associarle con altre sperimentate in passato significa che anche l'operatore si avvale del proprio vissuto e svolge la sua attività attraverso l'*embodiment*.

Sino all'inizio degli anni '90 l'interazione tra infermiere e paziente era tutt'altro che incoraggiata. La de-sessualizzazione della figura dell'infermiera, il distacco e la rigida vocazione professionale, eredità concettuale Nightingaliana, dominavano il profilo professionale infermieristico. Era necessario de-personalizzare il malato in modo da potersi difendere dagli attacchi affettivi che un rapporto così stretto dal punto di vista fisico e psicologico comportava. All'infermiere non era concesso di esprimere le proprie angosce scaturite dalla vicinanza con la sofferenza altrui e dalle esperienze di morte in cui si ritrovava coinvolto. Le situazioni di stress, ma anche di disgusto, di difficoltà di sopportazione generate dall'attività lavorativa rimanevano represses o taciute per timore di sentirsi inadatti al tipo di mestiere, per la paura di essere sottoposti a giudizio dai colleghi, dai superiori o dalle persone del proprio entourage sociale. Un infermiere che si lasciava troppo coinvolgere non si poteva definire professionale; esprimere difficoltà nell'aver a che fare fisicamente con il corpo malato di

persone estranee era sinonimo di debolezza e d'inadeguatezza di ruolo. In realtà le strategie di de-personalizzazione e di distacco fisico si riveleranno in seguito più deleterie che efficaci. Tali attitudini, anziché salvaguardare l'operatore dal crollo emotivo non facevano che aumentare il disagio degli infermieri che, soffocati dalla frustrazione di non poter beneficiare di un tornaconto emotivo e affettivo, si svuotavano di ogni risorsa. L'introduzione del *Processo di Nursing* e del *Primary Nursing* nei primi anni '90 significò il punto di svolta per la professione. Da una forzata riduzione al minimo di tempo dedicato al contatto fisico durante le procedure di *caring*, si passò a un rapporto più profondo col malato in cui era centrale il concetto del dedicare lui del tempo, stare con il paziente ed apprezzarne i benefici reciproci nell'instaurare vicinanza al tempo stesso fisica, psicologica ed esistenziale. La relazione corporea era la porta principale attraverso cui far passare l'energia emozionale benefica, veicolo di cura. Oggi, dopo venticinque anni, si corre il pericolo di una regressione nel campo: la ristrettezza di risorse che ha travolto in maniera trasversale l'intero occidente europeo espone l'universo del *Nursing* al rischio di un impoverimento dal punto di vista dell'investimento personale da parte degli operatori i quali, usurati dalle condizioni scarse in cui sono spesso costretti ad operare, trovano con maggiore difficoltà l'ispirazione e la serenità necessarie per una tensione etico-morale orientata al bene dell'altro. Vi è l'esigenza di sfuggire da tutto ciò che negli anni ha staccato e distanziato il corpo e la sua storia di essere

vivente dalle cure. Cure che, peraltro, esistono concettualmente da prima dell'insorgenza della malattia; la madre si prende cura del suo bambino, i familiari si prendono cura a vicenda, gli amici tra loro, e via scorrendo. Nonostante il corpo con le esperienze che si trascina dalla nascita sia oggetto stabile di cura durante l'intero arco della sua vita, quando subentra la malattia, le cure del corpo mantengono un posto marginale e assumono un aspetto prevalentemente distaccato, tecnico, seguendo impersonali procedure con le quali si distribuisce una forma di assistenza cosiddetta standard, o peggio ancora minima, con il pretesto di poter accontentare più utenza possibile disponendo di mezzi limitati. I corpi dei malati e dei curanti divengono assennati e meri composti di organi da osservare e trattare e il Sé corporeo aderente al vissuto dei singoli, pur essendo indiscutibile punto cardine delle cure infermieristiche, rimane nell'ambito del non-detto, dell'ignoto e sistematicamente evitato. La condizione d'intimità nel *Nursing* sta assumendo un'importanza crescente inserendosi come elemento essenziale nella costruzione di una relazione paziente-infermiere di qualità. Da più fonti letterarie si evince che il livello d'intimità raggiunta nel contesto di cura sia direttamente proporzionale al potenziale terapeutico dell'infermiere. La sola affermazione che l'intimità nel campo assistenziale non rappresenti un mero tema da affrontare e da gestire in quanto ineluttabilmente presente, ma che sia espressione delle risorse di cura delle quali l'infermiere può avvalersi, dimostra quanto sia

fondamentale conoscere il fenomeno in tutte le sfaccettature che esso offre in modo da non escludere alcun potenziale racchiuso. Ciò che rimane primario è capire bene quali siano le proiezioni concettuali del fenomeno percepite e vissute dal personale infermieristico stesso; a che cosa si fa riferimento quando ci si addentra in temi così delicati come la costruzione di un rapporto relazionale intimo in una situazione di cura. Nella relazione infermiere-paziente l'intimità è caratterizzata dalla vicinanza fisica che giunge al suo culmine nel momento del contatto materiale, quando i corpi si toccano per necessità: molte pratiche assistenziali di pertinenza infermieristica richiedono l'accostamento fisico del corpo; anche le parti alle quali nel corso della vita privata pochissime persone hanno accesso, nei momenti di cura sono esposte e affidate all'infermiere. Quasi tutte le pratiche d'assistenza infrangono le normali regole che difendono la privacy dell'individuo, basti pensare alle attività d'igiene personale, alle mobilizzazioni, alla rilevazione dei parametri vitali e alla maggioranza delle pratiche terapeutiche, sovente invasive e difficili da tollerare proprio perché causa d'imbarazzo, spesso condiviso. L'infermiere si ritrova tra le mani un valore complesso da tutelare, nonché il frutto del vissuto individuale che trascina con sé i valori culturali, la morale e le emozioni con cui si è cresciuti. Operatore e malato si ritrovano reciprocamente e intimamente coinvolti in una rilettura dei valori sino ad ora celebrati. L'infermiere si prodiga nel valorizzare al meglio l'opportunità di entrare nella sfera più intima del malato, cercando di domare le

proprie reazioni canalizzando le energie sugli effetti terapeutici e, soprattutto, limitando il più possibile il rischio d'invasione nei confronti del malato. Il paziente cede la propria riservatezza in cambio della soddisfazione dei propri bisogni in un clima permeato dal senso di sicurezza e dalla sensazione di benessere. Si tratta di un meccanismo complesso che richiede da parte dell'infermiere una solida consapevolezza di sé, frutto di esperienza e maturità conquistate col tempo. La sola presenza, il fatto di essere in prossimità di un'altra persona, non è garanzia di scambio. L'esserci, lo stare accanto deve assumere un valore reale che sia il risultato di volontà, impegno, competenza e che, soprattutto, sia finalizzato al benessere del malato e alla risoluzione di un suo problema. Nelle azioni dell'infermiere, soprattutto in una situazione di limitatezza di mezzi o di scarsità di tempo, è necessario evitare lo *spreco dei gesti* che genera dispersione di energie e una perdita di opportunità di cure. Le infermiere scelgono di volta in volta come trasmettere la propria empatia al malato o come offrire il proprio potere lenitivo tenendo la mano, passando un braccio intorno alla sua spalla o semplicemente rimanendo accanto in silenzio. Altri sentono l'impulso di piangere con il malato per condividere con lui i momenti di fragilità e sconforto. Si è visto come il punto di partenza per un movimento verso l'altro sia la conoscenza del Sé. Il secondo step è rappresentato dall'apertura, l'infermiere comunica empatia e offre al paziente un passaggio interattivo di fiducia che getta le basi per la mutua accettazione. Le ragioni che consentono

l'apertura sono una miscela di comportamenti consapevoli e inconsci che attingono alle esperienze di vita del singolo siano esse passate, presenti o future, e che condizionano profondamente il meccanismo di apertura/chiusura tra gli esseri, soprattutto nei casi di esperienze negative. Fiducia, vicinanza, apertura di sé e reciprocità, sono quattro attributi che si possono ritrovare distribuiti iniquamente tra i due confidenti, ma le distribuzioni disomogenee dei quattro elementi sopraccitati si possono superare. Nel processo di apertura, ad esempio, il paziente non è tenuto a farsi carico dei problemi dell'infermiere, ma può aprirsi di più e trovare in cambio una predisposizione all'ascolto maggiore. S'instaura, così, una condizione di bilanciamento che assicura comunque sollievo e soddisfazione per entrambe le parti.

Sebbene la costruzione di un rapporto d'intimità possa sembrare complicata poiché richiede affinità, coinvolgimento e ampiezza di mentalità, essa costituisce una strategia di cura irrinunciabile da cui tutti i soggetti coinvolti possono trarre beneficio. I nostri corpi sono tutt'altro che entità sconnesse che conducono esistenze individuali e separate. Legami invisibili ci collegano a una gigantesca rete cosmica in cui migliaia di segnali sotto forma di ragionamenti, sentimenti spostamenti o mutazioni viaggiano in una dimensione priva di confini che non conosce né spazio né tempo e raggiungono gli altri esseri provocando comunque dei cambiamenti, che siano essi piccoli o grandi. Si tratta del concetto di *energia sottile* legata ai corpi, argomento controverso e di

attualità costante, sul quale si basa il principio delle terapie alternative, come ad esempio le pratiche in cui il tocco diviene di complementarietà terapeutica. Nell'ambiente sanitario sta divenendo di rilievo poter comprendere più aspetti possibili della natura dei rapporti umani e dei suoi potenziali terapeutici e poter, poi, approfittare della preziosa carica posseduta dal sistema corpo-mente e delle risorse energetiche transpersonali che tale apparato può offrire.

2.6 Il tocco e il contatto con il corpo paziente

“Il tocco è un'arte che si apprende quando i pazienti non possono essere avvicinati in altri modi”.

Van Dongen & Elema

L'infermiere opera nella preoccupazione continua del benessere dell'altro; attraverso momenti di profondo contatto, mantiene, risveglia e accompagna l'uomo in tutti i passaggi del vivere. Nei contesti di cura, sua è la responsabilità complessa di riconoscere e dar voce ai corpi appesantiti dalla malattia, di restituire dignità e funzione sostituendosi laddove le autonomie si sono arenate. Per fare ciò compie una continua intrusione nell'universo personale del malato svelando le sue nudità fisiche e psicologiche, toccando con le mani i suoi sentimenti più privati e mettendosi in gioco a sua volta condividendo i suoi spazi d'intimità. L'infermiere conosce bene il peso dei corpi, le resistenze dei loro tessuti nel muoverli. Di solito il suo è un toccare

morbido, gentile ma deciso e forte allo stesso tempo, perché solo così può trasmettere il senso di sicurezza di cui il paziente ha bisogno.

Il contatto tra le persone è indubbiamente legato alla vicinanza tra di esse. Quest'ultimo assume connotazioni differenti, secondo il contesto o la situazione a cui si riferisce: è fisico quando la prossimità è inequivocabile e si consuma condividendo gli spazi in modo molto ravvicinato, sino a toccarsi, appunto, a intrecciarsi, gli odori si mescolano e si percepisce il calore dell'altro. Le memorie sensoriali permangono nel tempo e divengono un richiamo nella nostra mente. Nel lavoro dell'infermiere al tocco s'interpongono sovente degli strumenti, durante la misurazione dei parametri vitali, ad esempio, o la somministrazione di terapie, la cura dell'igiene personale. Il toccare-toccarsi può, altresì, rappresentare un gesto di comunicazione spontanea per consolare, approvare o disapprovare per marcare la propria presenza sentimentale; è ciò che William descrive come il tocco emotivo. Il tocco diviene intimo nel momento in cui è la nudità della persona a esporsi. Le parti più private, normalmente difese più di ogni altra parte del corpo, sono profanate. A questo livello l'intimità che s'instaura richiede un maggiore impegno emotivo da entrambe le parti. Influenze culturali ed esperienze vissute faticano nel riformulare le regole morali, il risultato sarà una nuova condivisione e un'elevazione del rapporto d'intimità a un piano superiore. Il rischio è sostenuto dalle diversità che ci caratterizzano. L'oltrepassare nell'altrui area personale,

sebbene ritenuto necessario dato il contesto sanitario, rischia di essere letto come un'intrusione e generare imbarazzo o addirittura rifiuto; oppure, può assumere una connotazione deviata di natura sessuale, in particolar modo quando larghe differenze culturali, generazionali e di genere s'interpongono tra le parti. A un livello qualitativo maggiore si sperimenta un terzo tipo di vicinanza, l'intimità spirituale. Non in tutti i rapporti di cura ha luogo questo passaggio. E' un processo che richiede tempo e alcuni autori esprimono perplessità sulla necessità di raggiungerlo in tutte le situazioni di assistenza. Data la sua peculiare profondità e il suo alto grado di coinvolgimento emozionale, presuppone un impegno superiore, una certa maturità intellettuale e professionale, così come una stabilità psicologica. Quando il gradino d'intimità sale alla sfera psicologico-emotiva i risultati ottenuti sono particolarmente significativi sul piano terapeutico. L'intimità terapeutica è strettamente correlata alla conquista dell'intimità emozionale. Qui si realizza la reciproca accettazione basata sul rispetto e l'empatia ed ha inizio il processo di mutuo-apprendimento.

Nel tempo, l'evoluzione della professione infermieristica, così come di tutti i campi socio-culturali, ha beneficiato dell'influenza del progresso, concetto che per antonomasia in medicina è associato all'avanzamento tecnologico. La tecnologia procura, altresì, nuove distanze al *Nursing* e rischia di diluire le molte capacità acquisite con l'esperienza di professionisti, come l'infermiere, che con il corpo hanno sempre avuto un

rapporto strettissimo. Il semplice termometro auricolare che può misurare la temperatura senza che si debba nemmeno toccare il malato, ne è un esempio evidente, così come l'abuso del guanto anche in attività sociali in cui potrebbe essere evitato, pregiudica un contatto più emotivo. E ancora, i sistemi di raccolta dati informatizzati, che consentono una maggiore precisione e abbassano il rischio di errore, hanno sottratto prezioso spazio alla comunicazione di tipo non verbale quando si avvale del contatto visivo, ad esempio. Il contatto visivo nella comunicazione è l'aspetto che più di ogni altro conferisce calore e condivisione al dialogo; non a caso si dice che gli occhi siano lo specchio dell'anima, si sa come essi possano facilmente tradire le parole quando i contenuti delle conversazioni stridono con gli effettivi sentimenti di chi li esprime. Sovente, in corso di accettazione dei nuovi pazienti si rivolgono le domande richieste dal software senza nemmeno staccare il viso dal monitor durante la trascrizione dei dati; l'operatore non ha neppure l'idea di interessarsi al paziente il quale può sentirsi rifiutato, incompreso, escluso. Così facendo si rischia di compromettere in modo serio uno degli attimi più delicati del rapporto paziente-infermiere, ossia la prima conoscenza reciproca. Come scrive Zannini ne *Il corpo-paziente*, “la relazione tra operatore sanitario e paziente è prima di tutto una relazione di corpi” e non è certo il progresso tecnologico a dover essere bandito o limitato, si tratta solo di non dimenticare che i corpi sono gli strumenti primari del lavoro infermieristico e che l'utilizzo che ne facciamo rimane cruciale. Sono le mani

esperte che suscitano le reazioni; se lo strumento può divenire l'estensione delle nostre mani, le stesse possono servire come estensione dei nostri sensi.

2.7 Difficoltà e strategie nella cura infermieristica del corpo

Il fatto che l'infermiere accetti, più o meno di buon grado, che la sua corporeità si mescoli a quella problematica delle persone malate, dimostra che la professione sia guidata da sentimenti e valori nobili perché vicini spiritualmente alla natura umana e in grado di lenire le sofferenze del paziente. La compassione, l'empatia, la vicinanza e la predisposizione all'apertura costituiscono l'essenza del prendersi cura e caratterizzano la professione dell'infermiere il quale, nonostante sia spesso penalizzato dalla "trasparenza mediatica", è ben sostenuto dalle narrazioni dei pazienti quando raccontano delle loro esperienze di malattia. Tuttavia, non significa che impulsi negativi come la ripugnanza, la vergogna e il rifiuto non possano affiorare nel corso delle cure, al contrario, sono costantemente presenti e richiedono continui meccanismi di adattamento e compensazione. La questione della condivisione corporea forzata che può generare difficoltà non è un'esclusiva delle giovani leve, anche dopo molti anni di pratica, nonostante le esperienze forniscano valide strategie di accomodamento, la malattia, il dolore e la distorsione dei corpi vissuti possono rappresentare un impedimento. Il tranello in cui si rischia di cadere è l'adozione del distacco che altera i

confini dell'intimità tra i corpi. Il paziente diventa una minaccia, un ostacolo da superare in fretta (la sveltezza è uno dei sistemi di difesa nelle pratiche imbarazzanti, i canali comunicativi sono compromessi, così come le opportunità di scambio: infermiere e paziente rimangono compressi nelle loro frustrazioni e si perdono preziosi momenti di crescita per entrambi.

Le regole morali e gli stereotipi sociali che resistono dal passato non aiutano certo la professione. Da tre secoli avere a che fare con il corpo degli altri e i suoi segreti in parte repellenti, è sinonimo di bassezza sociale e quindi da celare, allontanare dalla piazza pubblica. Un esempio tra tutti la morte, la quale è stata ormai da anni sequestrata dalla vita di tutti i giorni. Morire resta ancora un argomento tabù, in una sorta di anacronistico esorcismo; essa si consuma da qualche tempo lontana dal pubblico, non più a casa con propri cari, ma dentro strutture predisposte in cui personale di cura e assistenza se ne occupa definendone le traiettorie. Corporeità e vissuto del corpo racchiudono anche il concetto di fine-vita, prolungandosi attraverso rituali quali la preparazione della salma, la compassione del dolore dei familiari e il ricordo ricorrente della persona che ci ha lasciato. La questione del disgusto è una presenza costante in tutti i racconti degli operatori di cura. Ogni infermiere prova emozioni diverse e vive in modo differente le situazioni di stress psico-emotivo che la professione procura. Ciò dipende dal fatto che anche gli infermieri sono la personificazione delle proprie esperienze pertanto, anche le situazioni cosiddette difficili da condurre saranno

percepite in modo differente dai diversi protagonisti di cura.

Il fisiologico ribrezzo al quale la società occidentale fa fronte ogni qualvolta deve entrare in contatto con corpi sconosciuti, così come la vergogna di doversi mostrare a estranei in contesti lontani da quelli familiari si aggiungono alle problematiche che una corporeità sofferente trascina con sé. Spesso la manifestazione spontanea tipica della civiltà occidentale di dimostrare empatia e compassione di fronte al prossimo che ha bisogno può non essere sufficiente in tutti i contesti di cura; gli operatori hanno bisogno di formare il proprio carattere, così come necessitano di punti di riferimento competenti che assicurino sostegno nei momenti critici.

Semplicemente poter spartire determinate emozioni all'interno degli ambienti professionali, anche con i propri collaboratori potrebbe rappresentare un sistema valido di gestione dello stress. In questo senso, la letteratura scientifica in materia, soprattutto di derivazione narrativa, è di grande ausilio poiché permette di condividere, seppur in modo virtuale, sensazioni simili e demitizzarle, ridimensionandone la percezione. Molti sono i meccanismi di *coping*, più o meno consapevoli, che gli operatori attivano per sfuggire al senso di disagio, di inadeguatezza che determinate circostanze suscitano. Concentrarsi sull'aspetto tecnico, ad esempio, è un modo per giustificare un atteggiamento schivo mentre si esegue un compito imbarazzante sul corpo del malato; oppure si cerca di sviare la conversazione su tutt'altri argomenti in modo da simulare un'indifferenza nei confronti di quanto

accade, magari coinvolgendo un secondo collega come sostegno. In altri casi si utilizzano espressioni con lo scopo di minimizzare quanto è accaduto, riducendo a parole l'entità del fatto, come per sottolineare che "non è accaduto nulla di cui preoccuparsi". Situazioni estreme possono portare alla fuga, meccanismo di difesa descritto in psicoanalisi, quando concretamente non si è in grado di sostenere taluni livelli emotivi, per cui si chiede di essere sostituiti da un collega oppure si sfugge volutamente il proprio coinvolgimento in un compito.

Bibliografia di riferimento

- Benner, P. (2000). the roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 5-19.
- Bertani, B., & Maneti, M. (2012). *Psicologia dei Gruppi*. Milano: Franco Angeli.
- Bombi, A. S., & Cannoni, E. (2014). *Bambini e salute*. Bologna: Il Mulino.
- Borri, M. (2014). Il cervello e la morte. In F. P. de Ceglia (A cura di), *Storia della definizione di morte* (p. 561-579). Milano: Franco Angeli.
- Canzan, F., Saiani, L., Mortari, L., & Ambrosi, E. (2013). Quando i pazienti parlano di cura: uno studio qualitativo fenomenologico. *assistenza infermieristica e Ricerca*, 205-212.
- Carnevale, F. A. (1995). nursing and the body. *canadian Journal of Nurssing Research*, 89-93.
- Carr, J. (2000, june 3). *Electronic Journal of Nursing*. Tratto il giorno 2016 da Nutringa: www.Healthsci.utas.edu.au/tson/
- Chopra, D. (2015). *Benessere totale*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Cipri, R. (2016). XVII Congresso nazionale A.I.C.O. Caring in sala operatoria: relazioni, ruoli e tecniche. *Curare Curat*. Cagliari.
- cittadinanzattiva. (2015). *sanità pubblica, accesso privato. XVIII Rapporto Pit salute 2015*. Milano: FrancoAngeli.
- Damasio, A. R. (1995). *l'errore di Cartesio. emozione, ragione ecervello umano*. Milano: Adelphi.
- de Ceglia, F. P. (2014). Introduzione: definire i confini. In F. P. de Ceglia (A cura di), *Storia della definizione di morte* (p. 9-17). Milano: franco Angeli.
- de Santana, M. T., & Jorge, M. S. (2007). The own body as a nurse's living experience on assisting others in their dyng process. *Rev Latino-am Enfermagem*, 466-73.
- dos Santos, R. M., Viana, I. R., Soares Figueredo Trezza, M. C., & Leite, J. L. (2010). A enfermeira e a nudez do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 877-86.
- Draper, J. (2010). *The body in question': presence, paradox and the practice of nursing*. Tratto il giorno gennaio 2016 da The Open University: oro.open.ac.uk
- Draper, J. (2014). Embodied practice: rediscovering the "heart" of nursing. *JAN*, 2235-2243.

- Fabbrizi, C. (2012). l'attenzione di kant per la corporeità: tra medicina e filosofia trascendentale. *Consecutio Temporum*, 137-168.
- Fry, S. T., & Johnstone, M.-J. (2013). *Etica per la pratica infremieristica*. Gorgonzola (Mi): Casa Editrice Ambrosiana.
- Fugali, E. (2016). *Corpo*. Bologna: Il Mulino.
- Gallotti, M. L. (2005). Marie Françoise Collière, la ricerca delle cure legate alle esperienze di vita. *L'Infermiere*.
- Giorgetti, R. (2013). *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. santarcangelo di Romagna : Maggioli Editore.
- Giovanetti, S., & Beltrame, I. (2014). Il caso Englaro. Il dissequestro della morte tecnologizzata nella sfera pubblica. In F. P. de Ceglia, *Storia della definizione di morte* (p. 637-654). Milano: Franco Angeli.
- Golberg, B. (1997). Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 836-842.
- Hamington, M. (2015). Care Ethics and Engaging Intersectional Difference through the Body. *Critical Philosophy of Race*, 3(1).
- Kadner, K. (1994). Therapeutic intimacy in nursing. *JAN*, 215-218.
- Kalb, K. A. (2012). "Theology of the body" Underpins Health Care. *Health Progress*, 41-48.
- Krieger, D. (1999). *Manuale interiore del contatto terapeutico*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Lawler, J. (1993). *Behind the screen*. Redwood City California: The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc.
- Luisier, M. (2002/3). dans l'attente de la mort. *Médecine et Hygiène*, 93-96.
- Marchetti, A., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2015). Centrality of the body and embodiment in nursing care: a scoping study of the Italian literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 31-38.
- Marcianò, S. (2007). *Il valore del corpo nell'antropologia cristiana*. Cosenza: Università della Calabria.
- Mc Donald, C., & Marjorie, M. (2001). Reinstating the marginalized body in nursing science: epistemological privilege and the lived life. *Nursing Philosophy*, 234-239.
- Melia, K. M. (2013). When the body is past fixing. caring for bodies, caring for people. *Journal of Clinical Nursing*, 616-622.
- Molinaro, A., & De Macedo, F. (2008). *Verità del corpo. una domanda del nostro essere*. Roma: Pro Sanctitate.
- Picco, E., & Santoro, R. G. (2010). Dealing with the patient's body in nursing. nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 38-45.
- Reale, G. (1999). *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*. Cortina Raffaello.
- Russo, M. T. (2004). *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli (CZ): Rubettino.
- Saiani, L. (2014). XVI Congresso Nazionale A.I.C.O. Il nursing perioperatorio al servizio del cittadino. Evoluzione continua e sfida per il cambiamento. *Azioni e pensieri di caring nel percorso perioperatorio del paziente*. Verona: Comune di Verona Istruzione.
- Sakalys, J. A. (2006). Bringing bodies back in: Embodiment and caring science. *International Journal for Human Caring*, 17-21.
- Sasso, L., Bagnasco, A., & Ghirotto, L. (2015). *la ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute*. Milano: Edra.

- Souza Ribeiro, A. P., & do Nascimento Brandao, G. M. (2013). Body exposure difficulty faced by the client during assistance conducted by the nursing team in hospital. *Journal of Nursing*, 6415-6421.
- Stavropoulou, A., Kaba, E., Abamvonyi, V., & Adeosun, I. (2012). defining nursing intimacy: Nurses' perceptions of intimacy. *Health Science Journal*, 479-494.
- Van Dongen, E., & Elema, R. (2001). The art of touching: the culture of body work in nursing. *Anthropology & Medicine*, 149-162.
- Wilde, M. H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*, 170-176.
- Williams, A. (2000). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 660-667.
- Zannini, L. (2004). *Il Corpo-Paziente*. Milano: Franco Angeli.

3. RIFLESSIONI SULLA FORMAZIONE E OPPORTUNITÀ DI RICERCA NEL CAMPO DELLA CORPOREITÀ

L'infermiere possiede, come nessun altro operatore di cura, vaste conoscenze in materia di corporeità e di vita sociale che accumula in modo quasi inconsapevole prendendosi cura del Prossimo, padronanze tutt'oggi mal documentate che accentuano la trasparenza di quella parte di operato infermieristico che costituisce, invece, il cuore della sua professione. Per decenni si è letto sui libri di Infermieristica elenchi di pratiche assistenziali redatti in modo minuzioso e pertinente sì, ma facilmente assimilabili alla stesura di ricette di cucina, in cui il susseguirsi delle azioni è espresso in modo meccanico, e la tecnica da seguire è inequivocabile. Patricia Benner, facendo riferimento alla *phronesis*, descrive quella parte del *Nursing* in cui l'infermiere agisce nel modo più consono a seconda della situazione. Anche per apprendere una tecnica è necessario il coinvolgimento emotivo senza il quale non sarebbe possibile elaborare i vissuti professionali e trasformarli in competenze. La *phronesis* è sinonimo di saggezza e d'intelligenza. L'intelligenza è un talento, un'inclinazione che va nutrita e incoraggiata e che serve nell'apprendimento e nell'evoluzione professionale. Molti professionisti si dichiarano impreparati di fronte alla gestione della corporeità in tutti i suoi aspetti, o comunque ammettono di aver avuto incontrato difficoltà importanti, soprattutto

all'inizio della carriera, nelle situazioni delicate d'intimità, di nudità, di corpi mutati, di fine vita. Niente di più normale, data la complessità delle relazioni intercorporee. Da anni la formazione infermieristica occidentale è improntata sulla tecnicità e la conoscenza del corpo secondo il modello bio-medico in cui se ne approfondiscono gli aspetti anatomico-funzionali trascurando il significato del corpo vissuto, dell'*embodiment*, aspetti-fulcro delle pratiche infermieristiche. Sarebbe, altresì, opportuno approfondire l'aspetto fenomenologico dell'essere umano, per imparare a immedesimarsi nelle sue prospettive e definire percorsi di cura personalizzati. L'intelligenza di apprendimento dovrebbe indirizzare l'infermiere nella scelta delle strategie di acquisizione, che in numerose situazioni corrispondono al vissuto (il concetto di *embodiment* nel *Nursing* è ricorrente): sovente, ad esempio, un evento molto critico dovuto a uno "sbaglio" operativo serve da lezione per il futuro e getta le basi per nuove linee d'azione nell'ottica della sicurezza del malato. Per spostare il focus della formazione sul corpo inteso come totalità dello stesso inserito nel mondo, come incarnazione del proprio vissuto, è basilare che i professionisti della salute siano sensibilizzati sull'argomento e si dimostrino in grado di promuovere con convinzione e coinvolgimento la valorizzazione del concetto all'interno dei percorsi formativi. Insieme alla formazione, anche la ricerca rappresenta uno strumento potente per la diffusione di una cultura infermieristica che desidera ritornare alla corporeità perché riconosce in essa

la vera essenza della propria missione. Grazie alla maturità dei tempi attuali, la ricerca dispone di ampi spazi di esplorazione e può offrire alla professione una nuova partenza e traguardi di elevazione professionale. La ricerca qualitativa, che sposta l'attenzione sulle esperienze reali, sui vissuti, sui processi psico-sociali e sui valori che pazienti e operatori trasportano dai rispettivi trascorsi, è particolarmente sensibile al tema del ritorno della corporeità nelle relazioni di cura. Essa si prodiga nell'esplorare i fenomeni che riguardano l'uomo, il suo esistere e le sue percezioni emotive con l'imprescindibile obiettivo di mantenerlo unico centro nelle cure cercando di dissipare le nubi che oscurano l'umanizzazione nei percorsi di *caring*.

E' possibile che il ritorno alla corporeità sia la strada migliore da percorrere per restituire al *Nursing* il valore che si merita da tanti anni. Per una giusta partenza la centralità del corpo dovrebbe, perciò, permeare i contenuti dei percorsi formativi primari e secondari e allo stesso tempo fungere da *fil rouge* per un moderno filone di ricerca nel campo.

Bibliografia di riferimento

- Benner, P. (2000). the roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 5-19.
- de Santana, M. T., & Jorge, M. S. (2007). The own body as a nurse's living experience on assisting others in their dyng process. *Rev Latino-am Enfermagem*, 466-73.
- dos Santos, R. M., Viana, I. R., Soares Figueredo Trezza, M. C., & Leite, J. L. (2010). A enfermeira e a nudez do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 877-86.
- Draper, J. (2014). Embodied practice: rediscovering the "heart" of nursing. *JAN*, 2235-2243.
- Krieger, D. (1999). *Manuale interiore del contatto terapeutico*. Roma: Edizioni Mediterranee.

- Lawler, J. (1993). *Behind the screen*. Redwood City California: The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc.
- Marchetti, A., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2015). Centrality of the body and embodiment in nursing care: a scoping study of the italian literature. *journal of Nursing Scholarship*, 31-38.
- Sakalys, J. A. (2006). Bringing bodies back in: Embodiment and caring science. *International Journal for Human Caring*, 17-21.
- Sasso, L., Bagnasco, A., & Ghirotto, L. (2015). *la ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute*. Milano: Edra.