

a cura di
Annamaria Fantauzzi



Di corpo in corpo

ETNOGRAFIE TRA CURA
E ASSISTENZA INFERMIERISTICA



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Di corpo in corpo

Etnografie tra cura
e assistenza infermieristica

A cura di
Annamaria Fantauzzi



CASA EDITRICE AMBROSIANA



INDICE

PREFAZIONE	XI
<i>di Valerio Dimonte</i>	
INTRODUZIONE	XV
<i>di Annamaria Fantauzzi</i>	
L' AVER CURA DEL TOCCARE	1
<i>di Patrizia Massariello e Valerio Dimonte</i>	
Premessa	1
La corporeità e la pelle	2
Le cure del corpo	6
Il dispositivo del tocco nella cura infermieristica	6
I benefici	8
Caratteristiche del tocco	9
Frequenza del tocco	11
Sentimenti emersi dal toccare e dall'essere toccati	11
Infine	12
<i>Bibliografia</i>	14
INFERMIERI PER LA QUALITÀ DI VITA NELLA SOCIETÀ E NELLA CULTURA: SPERIMENTARE IL FUTURO	17
<i>di Edoardo Manzoni</i>	
Il superamento del pensiero dualista nella cura	18
Cambiare per sviluppare le potenzialità	19
Essere al centro non significa essere il centro, ma concepire il senso di se stessi al di fuori del centro	20
Il gesto come luogo di riconciliazione	21
La via del quotidiano	25
<i>Bibliografia</i>	26

ASSISTENZA & ANTROPOLOGIA:	
PRATICHE E TEORIE DELL'INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE	27
<i>di Annamaria Fantauzzi</i>	
Un necessario connubio	27
L'infermieristica transculturale: presupposti e fondamenti	31
Il metodo etnoinfermieristico	36
Il Modello del sole nascente	39
La "competenza culturale" di Purnell e Paulanka e l'integrazione dei modelli funzionali	42
La competenza culturale: il modello di Papadopoulos, Tilki e Taylor e le attitudini per un'infermieristica interculturale	49
Dalle buone pratiche alla centralità della persona	55
<i>Bibliografia e sitografia</i>	60
ACCOGLIENZA DEI MIGRANTI IN OSPEDALE	65
<i>di David Le Breton</i>	
Le vicissitudini dell'interazione	65
Differenza di rappresentazione dei mali	68
L'ospedale come luogo di malintesi	70
La parte del significato	73
<i>Bibliografia</i>	77
INTORNO AI DISPOSITIVI TRANSDISCIPLINARI: ASCOLTI E RICONOSCIMENTI ANTROPOLOGICI, MEDICI E INFERMIERISTICI	79
<i>di Miriam Castaldo</i>	
Pleonasmi transculturali e transdisciplinari	80
Immaginari materni e corpi bambini	82
... Perché mio marito me pegaba mucho e io avevo paura di trasmettere il susto a mio figlio...	84
Testimoni responsabili	87
<i>Bibliografia</i>	89
ESSERE INFERMIERE OGGI NELL'INTERCULTURA. UNO STUDIO ETNOGRAFICO TRA IL SENEGAL E TORINO	93
<i>di Paola Bonichon</i>	
Introduzione	93
Esperienza sul campo nel villaggio di Karantaba	94
L'infermiere di comunità	98
Salute e malattia	99
Gli immigrati senegalesi a Torino	100
Accesso ai servizi sanitari	101

Divieto di segnalazione	102
Il rapporto infermiere-assistito	103
Conclusione	105
<i>Bibliografia</i>	106
<i>Sitografia</i>	106
“CURARE” LA MALATTIA E LE RELAZIONI: L’ALZHEIMER CAFÉ DI BÈRE MIESEN	107
<i>di Anna Casella Paltrinieri</i>	
<i>Bibliografia</i>	118
PERCORSI DI MATERNITÀ DI DONNE IMMIGRATE: BISOGNI INESPRESSI E PRATICHE DI ACCOGLIENZA NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI	121
<i>di Fiorella Giacalone</i>	
A partire da una ricerca in Umbria	122
Servizi materno-infantili: le differenze tra italiane e straniere	126
I servizi tra stereotipi e progetti di empowerment femminile	130
Storie di maternità tra saperi tradizionali e servizi	135
Critiche ai servizi e problemi di discriminazione	139
Alcune riflessioni	143
<i>Bibliografia</i>	147
MADRI MIGRANTI: LA PRESA IN CARICO ATTRAVERSO LA CURA E L’INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE	151
<i>di Chiara Milan</i>	
Introduzione	152
La ricerca	154
Analisi e discussione delle interviste	155
Strategie di sviluppo per il futuro	159
<i>Bibliografia</i>	160
L’INFERMIERE E LA PERSONA IMMIGRATA CON DISTURBI PSICHIATRICI. NUOVI ORIZZONTI CONOSCITIVI PER UN POSSIBILE CAMBIAMENTO IN AMBITO ASSISTENZIALE	163
<i>di Ilaria Crepaldi</i>	
<i>Bibliografia</i>	178
<i>Sitografia</i>	179

L'INFERMIERE E I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE CRITICITÀ E STRATEGIE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	181
<i>di Annamaria Fantauzzi e Silvia Capelli</i>	
Cenni storici: il corpo tra privazione e ossessione del sé L'infermiere e la persona assistita nel disturbo del comportamento alimentare	181 184
Formazione e competenze degli infermieri nei DCA	195
<i>Bibliografia</i>	197
<i>Sitografia</i>	198
I FATTORI STRESSOGENI VISSUTI DAGLI STUDENTI STRANIERI DURANTE IL PERCORSO FORMATIVO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA: UN'INDAGINE CONOSCITIVA	199
<i>di Carmen Diana Pantaru</i>	
<i>Bibliografia</i>	212
CIRCONCISIONE: PROSPETTIVA DI UN INFERMIERE	215
<i>di Giovanni Di Stefano</i>	
<i>Bibliografia</i>	222
<i>Sitografia</i>	223
LE MGF E L'INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA	225
<i>di Cinzia Bianco</i>	
Sessualità e identità di genere: le Mutilazioni Genitali Femminili	226
Il lungo cammino nel percorso di abbandono delle MGF in Africa. Attività elettiva di "Ethnonursing in Senegal"	228
La realtà delle MGF in Italia e l'impegno attivo del paese nella lotta per i diritti umani	229
Il caso Careggi: il Rito Simbolico Alternativo e il parere del Comitato Regionale di Bioetica	232
Attività di prevenzione e sensibilizzazione al fenomeno delle MGF promosse nella città di Torino	233
Un'indagine conoscitiva realizzata nel contesto torinese	234
Conclusioni	238
<i>Bibliografia</i>	240
<i>Sitografia</i>	241

SAPER ACCOMPAGNARE	
AIUTARE GLI ALTRI E SE STESSI AD AFFRONTARE LA MORTE	243
<i>di Ivana Meynet</i>	
Il passaggio dal "to cure" al "to care"	245
Alcuni cenni su come nascono le cure palliative e la loro filosofia di fondo	246
Ma cosa sono le cure palliative?	247
Perché scegliere di dedicarsi alle cure palliative?	250
Qual è il ruolo dell'infermiere in hospice?	252
L'accoglienza	254
Durante il ricovero	252
La cura della salma	255
La persona sofferente e il corpo malato	257
Aptonomia come Caring Touch	257
<i>Bibliografia</i>	258
GLOSSARIO	261
<i>Bibliografia</i>	295
BIOGRAFIE	301
INDICE ANALITICO	305



PREFAZIONE

di *Valerio Dimonte*

Mi è capitato tempo fa, in occasione della riforma degli studi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, di sentire commenti perplessi o di disappunto, e anche ironici, sulla presenza del settore disciplinare “Demoetnoantropologia” in un corso di studi di Infermieristica. Da questa “diffidenza culturale” si può partire per riflettere sulla necessità di una formazione a una “competenza culturale” dei professionisti sanitari.

Le comunità si fanno sempre più multiculturali perché sempre più dinamici sono gli spostamenti e gli scambi tra popoli. La spinta è data da motivi economici, di sofferenza, di oppressione, di guerre, di discriminazioni razziali e religiose.

È un fenomeno che è sempre esistito, ma che oggi avviene in maniera quantitativamente e qualitativamente maggiore e soprattutto in maniera più veloce e complessa.

L'Italia, inoltre, da fornitore di migranti è diventata terra di accoglienza, dove una moltitudine sempre più vasta di persone cerca fortuna e riparo. Attualmente sono circa cinque milioni i cittadini stranieri presenti in Italia.

Tutte queste persone sono portatrici di bisogni universali, ma che a seconda delle culture sono interpretati e necessitano di essere soddisfatti in maniera differente. Per questo, modalità di risposta efficace in certi ambienti culturali possono risultare inadeguate in contesti diversi. Non è solo una questione di lingua, ma di cultura, che riguarda mentalità, stili di vita, comportamenti, credi religiosi, visioni della vita.

Questo fenomeno è presente in vari settori della nostra società e particolarmente importante lo diventa nell'ambito della salute e della sanità. Qui le persone si trovano in una situazione di fragilità ed entrano in gioco fortemente aspetti culturali che riguardano il vissuto rispetto alle malattie, alla prevenzione, al proprio corpo, al significato dei diversi rimedi e trattamenti, alla modalità di relazione-comunicazione con le altre persone. In particolare se consideriamo alcune variabili peculiari, come l'essere

bambino, disabile, donna o anziano, disagio mentale, disturbi alimentari, sessualità, igiene, cura di sé.

Oggi l'Italia garantisce, formalmente, l'accessibilità alle cure agli immigrati presenti sul territorio, ma questo fenomeno richiede un riorientamento dei servizi e dell'assistenza, secondo un approccio terapeutico-assistenziale multiculturale. Gli attuali sistemi sanitari, infatti, non risultano appropriati a dare una risposta efficace e soddisfacente ai bisogni di queste persone. Se l'accessibilità formale è, infatti, stabilita dalla normativa, la fruibilità reale è determinata, invece, dalla "capacità culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità di questa nuova parte della popolazione. Tra le difficoltà maggiori a dare una risposta adeguata annoveriamo, ancor più di problemi finanziari o organizzativi, aspetti culturali: la difficoltà a confrontarsi con la diversità, superando pregiudizi e stereotipi.

Perché questo sia fattibile è necessario un approccio antropologico che richiede di confrontarsi con persone portatrici di culture diverse. Riconoscere le similitudini e le differenze tra culture può aiutare a fornire cure appropriate e competenti alle persone e alle comunità. La "competenza culturale", o una "assistenza culturalmente congruente", secondo le definizioni di Madeleine Leininger (che per prima si è occupata di etnoinfermieristica, o infermieristica transculturale) è una pratica che richiede non solo la conoscenza delle diversità culturali presenti nei sistemi di valori dei diversi gruppi di popolazione, ma di integrare tale diversità nel sistema delle proprie opinioni e del proprio agire professionale. Aspetto non semplice, in quanto nei professionisti sanitari generalmente predominano disinformazione e pregiudizi nei confronti dell'utenza straniera.

Come tutte le altre, la "competenza culturale" deve essere acquisita e sviluppata nella formazione dei professionisti sanitari, e va perciò inserita nei percorsi formativi fin dall'inizio dello stesso. Non è sufficiente, per orientarsi, la sola indicazione contenuta nel Codice deontologico dell'infermiere: "L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona".

Tutte le professioni sanitarie sono coinvolte in questo fenomeno, ma alcune più di altre si devono dotare di strumenti, soprattutto culturali, per poter ben assistere le persone: tra queste sicuramente il medico, l'ostetrica, ma ancor più l'infermiere, sia per motivi quantitativi di presenza, ma soprattutto di vicinanza continua alla persona che si presenta con problemi di salute.

L'attenzione all'altra persona, caratteristica che connota l'assistenza infermieristica, in questo caso deve tenere presente le tante diversità di chi arriva da comunità con culture diverse da quelle dell'operatore sanitario, tanto più quanto più è culturalmente distante. In particolare quando si trat-

ta del modo di concepire e vivere tutti quegli aspetti con cui si ha a che fare con problemi di salute: la sofferenza fisica, psichica e spirituale, il valore della nascita, della vita e della morte, l'intimità e la socialità, il consentito e i tabù. Aspetti che si riflettono in tutte le funzioni dell'infermiere: preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, e nei diversi tipi di interventi tecnici, relazionali ed educativi, così come previsto dal profilo professionale.

Quando la componente culturale della cura è elevata non esistono protocolli standard che possono guidare l'assistenza. Siamo praticamente uguali o simili biologicamente, ma molto diversi culturalmente. Personalizzare l'assistenza non è solo adattarla alla diversità organica patologica del momento, ma tenere conto della diversità culturale. Nel passato, la questione delle diversità culturali è stata spesso affrontata in maniera abbastanza superficiale e banalizzante, riducendo il tutto a poche regole, anch'esse stereotipate.

Gli stereotipi culturali non aiutano l'infermiere ad affrontare questa nuova complessità, che richiede un'apertura mentale e culturale fin dalla formazione di base. Per questo è importante che già dal corso di laurea in Infermieristica questo approccio sia affrontato e sviluppato.

Sicuramente la sola formazione di base non può essere sufficiente per dare quella preparazione necessaria per affrontare e risolvere in maniera competente tutti i problemi che si possono presentare, ma è necessario che fin da subito lo studente infermiere inizi a sviluppare questo approccio. Bisogna preparare gli infermieri ad affrontare un mondo sempre più multiculturale. Una formazione che li aiuti e li guidi nella pratica professionale. Per fornire un'assistenza responsabile, competente e congruente alle persone con culture diverse.

Per l'infermiere questo approccio è diventato più importante e necessario da quando si è passati da un ruolo tecnico esecutivo a una nuova responsabilità e autonomia professionale. Ma tutti i professionisti sono coinvolti in questa dinamica che richiede, peraltro, di ridefinire anche quegli schemi concettuali di riferimento che irrigidiscono i rapporti tra le professioni, con contrapposizioni artificiali tra i portatori di un approccio "tecnicista" e di quello "umanistico".

Infine, questo approccio antropologico alla persona in realtà non riguarda solo l'utenza straniera: qui il problema è più evidente, ma riguarda tutti gli assistiti. È la distinzione tra il "prendersi cura" e un approccio puramente tecnologico e riduzionistico, rischio della medicina e dell'infermieristica moderna, ricche di risorse tecnologiche, ma spesso povere di una visione antropologica della persona di cui ci si occupa.

Un approccio etnoinfermieristico può aiutare gli infermieri ad assistere meglio le persone di cui hanno cura e offrire anche molti spunti di ricerca e di ricadute organizzative, non solo per quanto riguarda gli stranieri, ma in generale le persone portatrici di una specifica cultura, vale a dire: tutti.



INTRODUZIONE

di *Annamaria Fantauzzi*

Questo libro è la raccolta di saggi differenti nel contenuto e nello stile, che hanno tuttavia in comune l'intento di mettere al centro della cura e dell'assistenza la persona, intesa non come puro corpo o organismo biologico ma come costruito culturale, con un bagaglio storico, emotivo ed esperienziale da cui ogni operatore (sociale e sanitario in particolar modo) non può prescindere.

In quest'ottica, abbracciando la scelta della casa editrice che ospita quest'opera, è stato volutamente rimosso dai testi il termine "paziente" per prediligere quello di "assistito" o "utente", al fine di sottolineare il ruolo attivo, collaborativo e consapevole che la persona bisognosa di cura e di assistenza può e dovrebbe (lì dove possibile) rivestire; un ruolo che metta al centro il bisogno dell'individuo e non (o non solo) il suo corpo (come bene spiegano Massariello-Dimonte), la percezione soggettiva della malattia e del malessere (non necessariamente fisico), la rappresentazione culturale della salute, della guarigione e del corpo stesso, per cui ogni persona è un costruito unico e irripetibile dalla nascita fino alla morte.

Ogni saggio qui presente propone l'analisi di un contesto di assistenza in cui un operatore sanitario, soprattutto infermieristico, si pone a contatto con una persona bisognosa di cura, intesa quest'ultima non esclusivamente come somministrazione di una terapia quanto piuttosto come predisposizione a osservare, ascoltare, interpretare la narrazione della malattia, la dichiarazione di bisogni fisici, sociali e psicologici, ad aiutare e assistere la persona a preservare la sua autonomia, fin quando possibile, come chiarisce Edoardo Manzoni.

I primi contributi si collocano in questo ambito di *humanities cares*, per cui parlare di Alzheimer (e dei caffè-Alzheimer analizzati da Casella Paltrinieri), di disturbi del comportamento alimentare (soprattutto di anoressia nel saggio di Fantauzzi-Capelli) e anche di fine vita (particolarmente nei malati terminali di cancro e nella somministrazione di cure palliative

illustrate da Meynet), significa, in primo luogo, mettere il curato nelle condizioni di affidarsi al (e fidarsi del) curante, stabilendo insieme un processo terapeutico nel rispetto della sua dimensione soggettiva e sociale; in secondo luogo, vuol dire condurre l'operatore a mettere a nudo le proprie emozioni, sensazioni e percezioni a contatto con il corpo del malato, conscio dei limiti e delle potenzialità della sua professione, ma anche del ruolo che riveste.

L'altra parte dei saggi rientra nell'ambito dell'*infermieristica transculturale*, ovvero in quel dominio dell'assistenza che oggi si pone di fronte a culture differenti da quella italiana, occidentale ed europea, constatata l'evidente presenza sul territorio nazionale di una sempre crescente popolazione immigrata. Come comportarsi dinnanzi a saperi tradizionali, rappresentazioni della malattia e del corpo ulteriormente differenti, condizionati dalla cultura di origine? Il problema dell'assistenza si riduce a una difficoltà di comunicazione con il malato straniero (come si domanda criticamente Le Breton) oppure a una più profonda esigenza di comprensione semantica e culturale della sua malattia e, soprattutto, del percorso sociale e individuale che l'ha determinata?

Dalle basi epistemologiche fondanti l'*ethnonursing* alle teorie, anche nazionali, più contemporanee dell'antropologia medica applicata all'infermieristica (come propone il saggio di Fantauzzi), diversi contributi sottolineano la necessità di considerare, oggi soprattutto, l'indissolubile binomio tra "antropologia e assistenza", che permette di offrire all'operatore competenze culturalmente appropriate e adeguate al setting di cura.

Da qui l'originalità di aver reso saggi scientifici alcune ricerche di giovani laureati in Infermieristica che, anche grazie a ricerche etnografiche svolte in missioni umanitarie in Africa (in collaborazione con la Onlus *Prati-care*), hanno osservato, indagato e vissuto personalmente le peculiarità di un sistema di cura differente da quello di appartenenza, hanno affiancato gli infermieri locali (che svolgono anche il ruolo di medici, in totale assenza degli stessi), cercando di comprenderne le divergenze rispetto all'impianto biomedico in cui sono stati formati (si vedano i contributi di Bonichon e Bianco relativamente alla missione in Senegal e quello di Milan sul Kenya).

Ciò ha permesso una riflessione comparativa con l'assistenza dell'*Altro* "a casa nostra", la valutazione dei bisogni e delle peculiarità del migrante malato (soprattutto in ambito psichiatrico, come illustrano Castaldo e Crepaldi) o della donna incinta straniera (nelle due ricerche, in aree geografiche differenti, di Giacalone e Milan), come anche di determinati rituali che, pur appartenendo specificatamente al sapere tradizionale, culturale e religioso, sfociano nell'ambito sanitario e bioetico, con cui l'operatore è costretto a confrontarsi e a misurarsi (il tema della circoncisione di comunità immigrate proposto da De Stefano ne è una testimonianza).

Se si richiede oggi un'assistenza culturalmente competente è anche perché l'Italia accoglie nuovi laureati infermieri e operatori sanitari provenienti da altri paesi, i quali portano con sé una formazione talora differente ma spesso complementare rispetto agli infermieri autoctoni, pur con problemi di inserimento e di occupazione attualmente sempre più presenti (come illustra la ricerca effettuata da Pantiru).

All'opera è accluso, in appendice, un glossario con alcuni tra i più importanti e utili concetti-chiave dell'antropologia medica e dell'infermieristica, tratti prevalentemente da opere specialistiche. Esso vuole essere un utile strumento di lavoro e di riflessione analitica per comprendere (e saper essere e agire) direttamente sul campo.

Rivolta agli studenti di Infermieristica e professioni socio-sanitarie, a educatori professionali, antropologi e scienziati sociali, a professionisti dell'ambito medico e infermieristico, l'opera si pone l'obiettivo di far riflettere, attraverso la valutazione di ricerche etnografiche e indagini qualitative, sull'importante ruolo dell'operatore sanitario. Egli è chiamato oggi a nuove sfide e alla necessaria acquisizione di una maggiore competenza non solo tecnica ma soprattutto culturale e relazionale, che gli strumenti dell'antropologia medica possono fornire.

In questo modo sarà forse possibile guardare al di là del corpo del "paziente", assistendo la *persona* nella sua dimensione olistica, difendendone la vita e il diritto a essa; e anche dinanzi alla morte, garantirle benessere e cura.

Torino, ottobre 2014



L' AVER CURA DEL TOCCARE

di *Patrizia Massariello e Valerio Dimonte*

La professione infermieristica, non unica tra quelle di cura, fa dell'incontro tra le mani e i corpi un momento particolarmente significativo. Il tocco è inevitabile, ma esso può essere o no intenzionato dall'obiettivo della cura. Questo specifico tipo di interazione deve essere curato, ovvero esso non può essere abbandonato alla naturalità, all'abitudine o all'oggettivazione tecnicistica inconsapevole. Chi cura deve sapere che parla sempre su più piani e che un contenuto si sprigiona sempre dal contatto con l'altro. Avere cura del toccare significa apprendere a essere costantemente consapevoli di sé nell'interazione fisica con l'altro. Che cosa dicono le mie mani? In questo breve saggio il tocco viene trattato come oggetto culturale ed esaminato nelle sue diverse dimensioni. Le radici interpretative cui si fa riferimento sono quelle di matrice prevalentemente fenomenologica, con il contributo di una lettura antropologica medica, approdando infine a una rassegna di esperienze tratte dalla letteratura specialistica che danno conto del valore del tocco sulla scena della cura infermieristica

PREMESSA

Quando entriamo sulla scena della cura, indossando gli abiti del curante e del curato, mettiamo in moto meccanismi trasformativi che sono ben disciplinati. Non siamo infermieri, medici, psicologi, fisioterapisti ecc., in maniera casuale. Rispettiamo un copione, storicizzato, e questo vale anche per il ruolo del protagonista, la persona assistita. La nascita di questo copione coincide con la nascita della clinica che rende l'individuo il soggetto

e l'oggetto della propria conoscenza. L'individuo "si dà" allo sguardo del curante, alla ricerca e nella speranza della nuova salvezza, ovvero della guarigione (Foucault, 1963, pp. 208-211) ed essa può derivargli dalla manipolazione esperta, diretta o mediata dagli strumenti e dall'esperienza stratificata nei secoli. Il corpo fisico viene toccato, indagato, perforato, tagliato, cucito e comunque curato. La cura, che porta alla salvezza del lenimento dalla sofferenza o alla guarigione si trova in questo incontro tra le mani del curante e il corpo significato e vivente del curato. La professione infermieristica, non unica tra quelle di cura, fa dell'incontro tra le mani e i corpi un momento di particolare significatività di cui qui si vuole dare descrizione. Il tocco è inevitabile, ma esso può essere o no intenzionato dall'obiettivo della cura, occorre allora stabilire la necessità di una cura di questo specifico tipo di interazione, che significa che essa non sia abbandonata alla naturalità, all'abitudine o all'oggettivazione tecnicistica inconsapevole. Chi cura deve sapere che parla sempre su più piani e che un contenuto si sprigiona sempre dal contatto con l'altro.

LA CORPOREITÀ E LA PELLE

Il corpo è un confine, è una definizione, è la rappresentazione dell'identità del soggetto e della società in cui egli è iscritto. C'è il corpo dell'anatomia e della fisiologia, quello della psicanalisi, quello della filosofia, dell'arte, in altre parole quello misurato e quello esperito. La coesistenza esperienziale del "corpo che ho" e del "corpo che sono" rappresenta in pieno l'ambiguità intrinseca al concetto di corporeità. L'approccio cui ci si riferisce è quello di Husserl che utilizza il termine *Koerper* per designare il "corpo-oggetto", il "corpo-rappresentazione": il corpo in quanto occupa un certo spazio e corrisponde a determinate misure, ovvero il corpo in quanto *res extensa*. Questa definizione vale per qualsiasi corpo, animato o meno, e quindi non può soddisfare la particolarità dell'esperienza fatta del "corpo che sono", del corpo proprio, del corpo vissuto che Husserl chiama *Leib*. Questo corpo rappresenta l'unità vissuta di percezione e di movimento ed è l'organo che permette di agire nel mondo percettivo. Poiché tale esercizio percettivo fa sì che io possa continuamente essere sia organo sia oggetto, ovvero sia *Leib* sia *Koerper*, percependo per esempio le mie mani mentre scrivono; ciò equivale a dire che nella nostra essenza siamo iscritti in una definizione instabile, reversibile, che ci vede sia come soggetti sia oggetti. In Merleau-Ponty l'eco della contrapposizione cartesiana tra *res extensa* e *res cogitans* viene poi superata nella concezione della *Chair*, la carne viva, la "carne del mondo", dove il concetto di corpo proprio, che controllo, viene superato dal concetto di inappropriabilità poiché la carne, a differenza del corpo,

non può essere di qualcuno. Essa rappresenta questo stare in bilico tra l'essere oggetto ed essere soggetto, mano che tocca e mano che è toccata (Merleau-Porty, 1976).

La scienza si interroga sulla definizione e cerca la spiegazione del funzionamento, della fisiologia e della patologia seguendo un processo di oggettivazione dei fenomeni studiando instancabilmente il *Koerper*, mentre il *Leib* sembra restare fuori da questo sguardo, nella sua soggettività straripante. Galimberti descrive così questa posizione:

"Il mondo-della-vita è soggettivo e corporeo, il mondo della scienza è oggettivo e astratto e la sua costruzione è possibile solo prescindendo da quell'universo di intuizioni in cui si articola il mondo-della-vita. [...] Nell'ambito dei fatti culturali che caratterizzano la vicenda umana, la scienza è dunque quell'episodio nato dalla possibilità di prescindere dal tempo e dal mondo percettivo e intuitivo che il corpo dischiude" (Galimberti, 1983, p. 85).

Le descrizioni della corporeità sono definite secondo diverse prospettive culturali che possiamo qui tentare di categorizzare:

1. dimensione biologica;
2. dimensione percettiva-propioceettiva;
3. dimensione relazionale.

La dimensione biologica e quella percettiva-propioceettiva attengono facilmente al *Koerper*, al corpo-che-ho, e ci conducono verso processi descrittivi di misurazione e quantificazione. Questo approccio permette di ottenere un'idea di finitezza, di limite che cominciò nel 1700 con lo studio dell'anatomia patologica attraverso "l'apertura dei cadaveri" (Foucault, 1963, pp. 150-155). La costruzione di una geografia dei luoghi del corpo, enumerabili, permise di ottenere un confine visibile collegando il sintomo osservato nella clinica con una modificazione tangibile e oggettivabile nell'organo studiato. La lettura della corporeità attraverso la dimensione biologica trova nella medicina il suo più completo sviluppo e promuove altresì la rassicurazione della possibilità di avere accesso a un insieme di eventi tutti potenzialmente conoscibili; in questa dimensione la morte è sempre presente, ma al contempo scongiurata (Foucault, 1963, pp. 150-155) attraverso la strumentazione, sempre più sofisticata, di cui la medicina si dota, facendo quasi intuire una speranza di infinito.

La dimensione percettiva-propioceettiva spinge l'attenzione sullo studio della pelle e quindi verso quella capacità di sentirsi e di sentire che caratterizza la sensorialità dell'individuo e che lo costituisce sin dal principio come essere biologicamente relazionale. È attraverso meccanismi neurologici coinvolgenti la pelle che, quando si nasce, si iniziano a sviluppare le

“sensazioni”; si ha bisogno di carezze, di calore e di tenerezza e tutto ciò passa attraverso questo filtro. Infatti, nel bambino pre-verbale la comunicazione avviene a livello cinestesico profondo, a livello cioè di sensazioni. I canali privilegiati sono il contatto fisico, il vezzeggiamento, le carezze. Il bisogno di carezze, vitale per il bambino, rimane indispensabile per tutta la vita (Mele, 2008; Montagu, 1989, p. 25). Dalle osservazioni e dagli esperimenti di Montagu emerge che la stimolazione cutanea nei neonati è di primaria importanza per il loro sviluppo fisico e comportamentale. Dagli studi di zoologia si evince che anche gli animali passano ore a leccare i loro cuccioli con amore, stimolando prima le loro funzioni biologiche e poi sviluppando azioni di accudimento e protezione. Galimberti afferma: “I corpi non vivono senza amore: muoiono perché non li accarezza più nessuno” (Galimberti, 1983, p. 85). La dimensione relazionale emerge allora in modo evidente nella lettura della corporeità che si sta sviluppando, centrata soprattutto su quell’involucro sofisticato e complesso che è la pelle. La pelle, essendo la parte più esposta, quella che reagisce alle situazioni esterne e interne, ha la funzione di comunicare con chi è vicino. Frasi come “lo sento a pelle”, “mi fa venire i brividi”, “è una questione di pelle” o “star bene nella propria pelle” indicano che prima che intervengano la mente e la ragione, si è già realizzato un altro livello di comprensione, che non prevede la menzogna. Si pensi a quando si arrossisce perché si è in imbarazzo, a quando si impallidisce perché si prova paura; la pelle non può mentire. È questo ciò a cui si riferisce Mantegazza con la frase “la pelle è telegrafo per il mondo esterno e specchio per il mondo interno” (Bassi, 1977, p. 3). Montagu sottolinea la grande sensibilità della pelle che ha la capacità di percepire tutte le sfumature, gli stimoli e i loro significati emotivi.

La dimensione relazionale per eccellenza è senz’altro quella erotica che attraverso lo sguardo dello psicanalista tedesco Fenichel viene così descritta:

“La pelle ha una funzione protettiva generale. Attutisce o allontana gli stimoli esterni. Allo scopo di proteggersi dagli stimoli interni quando sono disturbanti, l’organismo tende a trattarli come fossero esterni. Questa tendenza vale anche per gli impulsi repressi che cercano di scaricarsi. La pelle è un’importante zona erogena. Se l’esigenza di usarla come tale viene repressa, le tendenze pro e contro le stimolazioni cutanee trovano la loro espressione somatica in alterazioni cutanee. L’eterogeneità della pelle non si limita a stimoli tattili: le sensazioni di temperatura sono la fonte di un piacere erogeno, importante componente della sessualità infantile. L’erotismo della temperatura e quello orale appaiono strettamente uniti; dunque, gli appoggi narcisistici reclamati con urgenza da persone oralmente fissate sono pensati non solo come cibo ma anche come calore. Allo stimolo del toccare e a quello connesso con la temperatura si aggiunge lo stimolo della sofferenza

che può essere anch'esso un piacere cutaneo erogeno. La pelle è la parte esternamente visibile dell'organismo; è dunque il luogo dove si esprimono i conflitti dell'esibizionismo. Gli equivalenti dell'angoscia, intesa come uno stato simpaticotonico, possono esprimersi attraverso reazioni della pelle" (Fenichel, 1951)¹.

La pelle, come medium, come contatto tra il soggetto e il mondo esterno degli altri soggetti. La corporeità qui è pienamente espressa nella sua dimensione di *Leib*, di corpo significato, esperito nella storia del soggetto. Lo psicanalista francese Didier Anzieu ritiene che il primo legame che si costituisce tra il bambino e la madre abbia come motore il soddisfacimento del bisogno di calore e di contatto. Grazie all'appagamento di questo bisogno viene acquisita la percezione della pelle come involucro protettivo contro le angosce di perforazione. Alla ricerca di un superamento della scissione tra la dimensione corporea e quella psichica, l'Autore descrive l'Io-Pelle cui attribuisce

"tre funzioni: una funzione di involucro, contenitore e unificante del Sé; una funzione di barriera protettiva della vita psichica; una funzione di filtro degli scambi e di iscrizione delle prime tracce, funzione che rende possibile la rappresentazione di sé. A queste tre funzioni corrispondono tre raffigurazioni: il sacco, lo schermo, il setaccio" (Anzieu, 1985).

L'indispensabile passaggio alla rappresentazione simbolica aiuta a costituire una visione di sé, un'identità in cui il corpo e la sua pelle sono in un contatto peculiare/originale, modellato nell'intreccio tra la storia individuale e quello della cultura/e di riferimento. Il soggetto e l'oggetto della rappresentazione e dell'esperienza del corpo sono inscindibili: è il corpo a vivere l'esperienza nel mondo e a conoscere il mondo producendone rappresentazioni. Il concetto di "incorporazione" qui contenuto è una chiave di lettura nell'analisi del concetto di cura poiché, come suggerisce Csordas (1990), permette di superare le visioni dualistiche di mente e corpo, facendo riferimento a processi storici di costruzione della corporeità e intrecciando le capacità di percezione, rappresentazione e azione. La visione della cura che ne deriva è certamente dinamica e articolata sulle diverse dimensioni della corporeità.

¹ In particolare l'autore si concentra su quattro caratteristiche della pelle: 1. quella di copertura e protezione analizzando gli stimoli in arrivo, attenuandoli e trattando gli stimoli interni come se fossero esterni; 2. funzione esogena che non riguarda solo la tattilità, ma anche il dolore; 3. quella di presentazione di sé poiché è la parte visibile dell'organismo e lì hanno luogo esibizionismi e conflitti; 4. quella di canalizzatore delle reazioni di ansia.

a cura di
Annamaria Fantauzzi

Di corpo in corpo

ETNOGRAFIE TRA CURA
E ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Annamaria Fantauzzi
è docente di Antropologia
Medica e Culturale
all'Università di Torino,
Corso di Laurea in Scienze
Infermieristiche, Ostetriche
e Scienze della Formazione.
È inoltre assegnista di ricerca
alla *Maison de l'Homme de
Paris nord* e responsabile delle
missioni di *Etnonursing* in
Kenya, Marocco e Senegal,
in quanto presidente della
Onlus Prati-care.

Questo libro è una raccolta di saggi che hanno in comune l'intento di mettere al centro della cura e dell'assistenza la persona, intesa non come puro corpo o organismo biologico ma come costruito culturale, con un bagaglio storico, emotivo ed esperienziale da cui ogni professionista (sociale e sanitario in particolar modo) non può prescindere. I diversi contributi propongono l'analisi di un contesto di assistenza in cui un professionista sanitario, nella maggior parte dei casi un infermiere, si pone a contatto con una persona bisognosa di cura, intesa quest'ultima non esclusivamente come somministrazione di una terapia quanto piuttosto come predisposizione a osservare, ascoltare, interpretare la narrazione della malattia, la dichiarazione di bisogni fisici, sociali e psicologici, ad aiutare e assistere la persona a preservare la sua autonomia. I primi contributi si collocano in questo ambito di *humanities cares*, mentre i successivi rientrano nell'ambito dell'infermieristica transculturale, ovvero in quel dominio dell'assistenza che oggi si pone di fronte a culture differenti da quella italiana, occidentale ed europea, constatata l'evidente presenza sul territorio nazionale di una sempre crescente popolazione immigrata.



FANTAUZZI*DI CORPO IN CORPO CEA Q

ISBN 978-88-08-18179-4



9 788808 181794