



g r a f o

La gestione dell'ambiguità: Per una lettura antropologica della professione infermieristica

Author(s): Donatella Cozzi

Reviewed work(s):

Source: *La Ricerca Folklorica*, No. 46, Genere, sessualità, gestione del corpo (Oct., 2002), pp. 27-38

Published by: [Grafo s.p.a.](#)

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/1479913>

Accessed: 13/10/2012 16:26

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at
<http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



Grafo s.p.a. is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *La Ricerca Folklorica*.

<http://www.jstor.org>

La gestione dell'ambiguità

Per una lettura antropologica della professione infermieristica

*A Nadia, Domenico, Annalisa,
Sandra, Marco e Valeria*

L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore e di scultore, con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo ma con il corpo umano.

Florence Nightingale, 1858

1. Cura e lavoro della cultura

Prendersi cura di corpi carenti. O comunque del sostegno di persone che, sotto qualsiasi aspetto o capacità, non appaiono socialmente o fisicamente in grado di dispiegare una pienezza di funzioni o di rapporti con l'ambiente e le relazioni che le circondano. Questa non è una definizione del nursing fornita dalla teoria dell'assistenza infermieristica¹, ma una definizione personale, che esplicitamente intende collocare il nursing all'interno di coordinate antropologiche. Coordinate tra l'altro, come vi rendete conto, che richiedono di essere problematizzate. Basti l'accenno, – qui con una valenza suggestiva – a Geertz (1987), e a quanto accomuna le teorie costruttivistiche, ovvero l'affermazione secondo

la quale la natura biologica dell'uomo sarebbe caratterizzata da lacune e carenze, tali che la sua sopravvivenza sarebbe veramente problematica senza l'intervento della cultura. Chiamata ad intervenire per rimediare le lacune della natura biologica dell'uomo, la cultura non solo si prospetta come un fattore biologicamente irrinunciabile, ma consente la produzione di saperi, sul corpo ed il suo funzionamento. Il lavoro della cura e del prendersi cura, allora, concretizzerebbe, nella pratica, una virtù riparatoria e poietica (Remotti 1999) di notevole valenza culturale. Ma il costruttivismo e la sua epistemologia del “vuoto” sul quale interviene la cultura, può essere superato con una più opportuna teoria della plasticità e della malleabilità, anche sulla scorta dei recenti sviluppi delle neuroscienze (Favole, Allovio 1999), per cui la cultura interviene attivamente nella costruzione biologica dell'uomo. Allora, carenza e incompletezza rimandano al modificare e al dare forma: come l'educare alla salute, pianificare tenendo conto del contesto dell'individuo malato e della sua rete di risorse. Ancora, rimandano al modellamento culturale del corpo umano. Se nessuna società sfugge ad una “incisione” culturale del corpo (tramite tatuaggi, scarificazioni, circoncisioni, deformazioni dei caratteri secondari, chirurgia plastica, piercing...), il nursing legato alla riabilitazione, allo svezamento respiratorio, al post-operatorio della laringectomia, all'accettazione dell'immagine corporea successiva ad una amputazione, o quello che sostiene l'adattamento ad una nuova condizione, deve affiancare il lavoro della cultura all'intervento sulla fisiologia corporea. Da dodici anni mi occupo di antropologia per infermieri. Questo breve intervento, si occupa invece, di antropologia degli infermieri, e soprattutto, vista ancora la netta prevalenza femminile all'interno della professione (nei corsi gli iscritti di sesso maschile continuano a non superare la quinta parte) di

¹ La definizione di nursing dipende dalla scuola teorica alla quale si fa riferimento (vedi nota 4). Che lo si concepisca come “una arte e una scienza”, (F. Nightingale) o come significativo processo terapeutico interpersonale, (H. Peplau), possiamo dire che “funzione specifica dell'infermiera – quella di assistere l'individuo sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o di prepararlo ad una morte serena) atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà o delle condizioni necessarie, e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a conquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza” (V. Henderson 1964). Un ulteriore caratteristica di molti modelli del nursing cosiddet-

to umanistico, – l'enfasi sulla relazione interpersonale tra care givers e pazienti, considerata terapeutica in quanto si basa sulla reciproca fiducia e la relazione di aiuto: “Nell'ambito dell'assistenza infermieristica questa relazione si può descrivere pertanto come un rapporto di scambio verbale e non verbale che permette la nascita di un clima di reciproca fiducia, di rispetto reciproci, necessari al paziente per soddisfare i suoi bisogni fondamentali, per rapportarsi meglio alla sua realtà, alle sue emozioni, ai suoi conflitti, ai suoi valori, ai suoi limiti, alle sue aspettative, ma necessario anche all'infermiere per essere autentico nei suoi atteggiamenti e gratificato nel suo operare” (D. Redigolo, K. Kaldor e R. Illica Magrini, 1994: 105).

antropologia delle infermiere. Ora che questa occupazione ha assunto un certo spessore temporale nella mia vita, sento senz'altro di poter dire dell'importanza che ha avuto l'incontro – all'inizio abbastanza casuale² – con questa professione. Mi ha fatto apprezzare la didattica dell'antropologia culturale in un contesto professionalizzante, ha sfidato ogni mia imperfetta capacità di dimostrare la tenuta teorica della disciplina in un ambito applicativo, mi ha incentivato ad affinare strumenti e a esplorare dimensioni abbastanza inconsuete per l'analisi antropologica. Accademicamente parlando, i corsi di discipline demotnoantropologiche nella formazione professionalizzante sono considerati ancillari quanto la formazione medesima. È certo una questione di punti di vista, e di storia disciplinare tutta italiana. Personalmente, non condivido tale posizione, in primo luogo occupandomi di antropologia medica: il nursing è un campo di studi degno e proficuo come qualsiasi altro. Possiede il proprio linguaggio esoterico, le proprie pratiche, i propri sistemi simbolici, caratteri che ne costruiscono identità locali e storiche. La storia evolutiva della professione si intreccia con le vicende sociali e politiche della condizione femminile. L'evoluzione scientifica, globalizzante, del nursing riflette insieme le esigenze dell'assistenza che impiega raffinate tecnologie biomediche, o è al servizio della medicina di punta, quanto la differenziale allocazione di risorse destinate alla cura della salute nel mondo. Altrettanto diverse sono le motivazioni che portano le donne a diventare infermiere³ a seconda della cultura nazionale di appartenenza, e della posizione che

le donne vi occupano. Se ci si occupa di studi sulle donne, il nursing presenta anche la peculiarità di essere tra le poche discipline i cui teorici sono tutti di sesso femminile⁴. Dell'antropologia per infermiere/i, credo basti appuntare come essa abbia assunto negli ultimi 15 anni una certa importanza, entrando nei corsi di insegnamento, prima nelle Scuole professionalizzanti, poi nei diplomi universitari, ora nelle lauree triennali come strumento conoscitivo per aumentare la comprensione della dimensione culturale in gioco all'interno di ogni evento concernente la sfera della salute/malattia, a partire dalla quotidianità della vita lavorativa. Risorsa, ancora, per comprendere e affrontare la dimensione multiculturale della nostra società. Le infermiere, infatti, incontrano sempre di più pazienti le cui percezioni del corpo, del self, e degli atteggiamenti sociali e di significato della salute/malattia possono essere differenti rispetto a quelli da loro condivisi. Ma va sottolineato come la differenza non è solo legata ad una alterità culturale: la sensazione che ad incontrarsi siano due mondi significativamente diversi spesso si ottiene anche osservando infermiere/i giovani che entrano in relazione con anziani, e con persone segnate dalla marginalità. Va rimarcato come il nursing in generale, ed anche quello italiano – nonostante l'orientamento più umanistico di alcune sedi di formazione –, rimane fortemente agganciato ad un paradigma scientifico biomedico. Il primo fattore di ambiguità che va registrato riguarda il fatto che l'infermiera, nelle teorie e nella pratica, costituisce una interfaccia tra i medici e i pazienti. Si tratta di un confronto che si può definire culturale, per i vari elementi messi in gioco, e che fanno dell'infermiere un vero e proprio mediatore culturale (Cozzi, Nigris 1996: 4-7). Ma è una mediazione spesso conflittuale, sia a livello del singolo infermiere, sia a livello di categoria, nell'attualità impegnata a rivendicare una propria autonomia di funzioni e decisionali, complementare e non più subordinata alla figura del medico⁵. Una rivendicazione che inevitabilmente affronta il proprio passato di obbediente, se non servile, subordinazione, si scontra con la distribuzione dell'autorità per genere e specializzazione (ancora la maggioranza dei medici in reparto è di sesso maschile), deve tradurre in pratica l'importanza etica dell'assistenza olistica e personalizzata, fortemente penalizzata dall'organizzazione delle aziende sanitarie e degli ospedali. In questi ultimi la gestione dei tempi e degli

² Annoto qui il mio debito di riconoscenza nei confronti di Roberto Lionetti, che prima della partenza di un viaggio di lavoro in Africa mi introdusse a sua sostituzione nei corsi di antropologia che teneva nelle Scuole per Infermieri a Trieste e a Udine.

³ Se in Italia ha prevalso, fino agli anni '80, una motivazione che aveva quale elemento vettoriale l'essere di aiuto agli altri, configurandosi anche come "missione" – eredità di una assistenza di matrice religiosa, contro la quale, e per sostituirla con una etica della professione, hanno lottato generazioni di infermiere/i – è interessante esaminare quali sono le motivazioni che spingono le giovani ad intraprendere la professione in altre nazioni. Cfr. G. Somjee (1991) per l'India; J. Hendry e L. Martinez (1991) per il Giappone; P. Holden (1991) per l'Uganda.

⁴ Sono le cosiddette teoriche del nursing, ovvero coloro che, da Florence Nightingale, "madre" fondatrice della riforma del nursing moderno ad oggi, hanno coniugato la dimensione pratica del nursing con la riflessione teorica.

⁵ Sull'autonomia professionale insiste, ad esempio, il CD-rom Info infermieri. Guida interattiva al nuovo corso di laurea per infermiere, Regione Friuli-Venezia Giulia 2002, con il patrocinio dell'Agenzia Regionale della sanità, le Università di Trieste e di Udine e il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Friuli Venezia Giulia. Pubblicato per far conoscere la nuova professionalità dell'infermiere ed incentivare le iscrizioni al corso di laurea, il CD vuole riscattare dallo stereotipo della subalternità la figura dell'infermiere, presentando le possibilità di carriera e di specializzazione.

⁶ Non c'è nulla da fare: se in un reparto, ad esempio, di ortopedia, quindi con pazienti che hanno compromesse capacità motorie, sono ricoverate 40 persone e le infermiere di turno sono solo tre, qualsiasi assistenza centrata sulla persona diventa impossibile. Qualche ulteriore breve accenno per collocare la professionalità infermieristica nel quadro macrosociale italiano. L'abrogazione del mansionario, come descrizione dei compiti assegnati ad una specifica categoria professionale, che connotava la subordinazione infermieristica, è avvenuta solo nel 1999, con la L. 42. Ripercorrere la vicenda normativa italiana della professione significa ricordarla sia con le trasformazioni del concetto di salute (con la L. 833/1978 si ha la prima, strutturata riforma sanitaria, in cui la salute non è più vista solo come assenza di malattia: cambia la visione, sino a quel momento organicistica, di essa e si inizia a parlare di prevenzione e riabilitazione), sia con le vicende della storia italiana (dal Regio Decreto 1310/40, che accompagnerà gli infermieri professionali sino al 1974, per il quale era ovvio che ci fosse qualcuno, il medico, che dicesse a qualcun altro cosa fare e non fare; alla riforma ospedaliera del 1968 – la Legge Mariotti – che porta notevoli sviluppi, ribadendo l'importanza di una formazione adeguata; alla facoltà concessa solo nel 1971 ai soggetti maschi di iscriversi alle scuole per infermieri professionali, grazie ad una norma che superava l'incostituzionalità delle normative precedentemente vigenti, che riservavano l'accesso alle sole donne; fino al D.L. 502 del 1992, che riforma il Servizio Sanitario Nazionale aziendalizzandolo, e in cui si profila il passaggio alla formazione universitaria. Numerose sono le polemiche in proposito. Ci si stupisce che, per fare l'infermiere, diventi necessario questo percorso di studi: "... tanto, per fare l'infermiera...". Vengono maggiormente valorizzate le figure di tecnico (di laboratorio, di radiologia, della riabilitazione...). L'abolizione del mansionario, e l'accesso al titolo universitario, trovano molti ostacoli e contrarietà in una parte del mondo medico, che accusa la categoria infermieristica di voler attentare alla salute del cittadino, equivocando una maggiore autonomia come la capacità di diagnosticare e prescrivere terapie, ricoverare e dimettere i pazienti. Contemporaneamente al varo dei diplomi universitari, si verifica un brusco calo nazionale delle iscrizioni a questo corso di studi: alla fama ancillare e stereotipata della professione – gli infermieri sono ancora considerati "gli schiavetti" di tutti, adattabili a qualsiasi situazione e, in quanto donne, solitamente sono meno agguerrite nel difen-

dere la propria professionalità – si aggiunge l'abolizione dell'aiuto economico, sotto forma di pre-salario, accordata agli studenti iscritti alle Scuole professionali, sostituito dal pagamento delle tasse universitarie. In alcune sedi formative della Lombardia, gli studenti iscritti venivano pagati più di un milione di lire al mese. Il calo delle iscrizioni, il numero chiuso dei corsi universitari e la limitazione del turn-over ospedaliero, trascina ulteriori difficoltà, affrontate in modo diverso dalle singole realtà provinciali o regionali. Solo per un esempio, ampio spazio viene dedicato in tutti i primi sei mesi del 2002 sugli organi di stampa locali alla carenza di infermieri professionali nelle strutture del Friuli Venezia Giulia. L'assessorato alla Sanità del Friuli Venezia Giulia in un primo momento delinea, quale soluzione, l'assunzione di infermieri stranieri, provenienti ad esempio dalla vicina Slovenia, anche in deroga alle leggi vigenti sull'immigrazione. Questo viene accolto come un attacco vagamente offensivo perché svalorza la formazione universitaria dell'infermiere, la professionalità raggiunta, e mostra di non essere a conoscenza dei motivi che portano alla fuga dei neo-diplomati dalle strutture pubbliche verso le più remunerative strutture private. Successivamente l'Assessorato promuoverà iniziative per la valorizzazione del nuovo titolo di studio universitario. Per una bibliografia parziale su questi temi, cfr. De Monte S. (1999-2000); per la storia sociale infermieristica italiana, cfr. C. Calamandrei (1983); O. Passera (1993).

⁷ Si tratta di una figura infermieristica che ha il compito di coordinare gli interventi nei confronti di casi multiproblematici. Ad es.: un paziente cronico anziano temporaneamente ricoverato in una unità di terapia intensiva. Il case manager in prospettiva della dimissione deve verificare se sussistono le condizioni per il reinserimento in famiglia; verificare l'autonomia del paziente, contattare i servizi sociali e il volontariato, il medico di base, i servizi sanitari del distretto, predisporre l'assistenza domiciliare, o esaminare le possibilità di inserimento in una RSA. Nei più vari ambiti sanitari sono moltissimi/e gli infermieri/e che già compiono queste funzioni, ma senza alcun riconoscimento specifico e spesso al di là delle loro funzioni.

⁸ L'impiego del termine transculturale, utilizzato in questo momento da diverse correnti di pensiero, non solo infermieristiche, richiederebbe una analisi puntuale. Per l'ampiezza delle attività che si coagulano intorno alla scuola transculturale di M. Leininger, si veda il sito: www.tcns.org.

spazi ospedalieri continua a schiacciare il paziente-come-persone nel letto di Procuste della standardizzazione, e dei reparti usualmente troppo affollati, con un rapporto infermiere-utente che di fatto rende impossibile proprio quella qualità dell'assistenza personalizzata che permetterebbe il dispiegarsi delle capacità del nursing⁶. Inoltre, incontriamo uno stridente contrasto tra la tradizione professionale americana (dotata di autonomia e prestigio), il punto di riferimento manualistico e teorico prevalente nel nursing, e la storia della professione in Italia.

Una situazione sociale entro la quale diventa ambiguo e difficile applicare la grande voga dell'olismo, inteso come approccio globale, biopsico-sociale al paziente. Un paradigma che ha attraversato il nursing mondiale nel corso degli anni '80 e '90, allo scopo di coniugare la tecnica dell'assistenza all'approccio relazionale e alla conoscenza del contesto del paziente, soprattutto ora che, anche in Italia, si vanno profilando nuove figure come quella dell'infermiere di comunità o il case manager⁷. Collocato entro numerosi contesti istituzionali, in primis ospedalieri, l'approccio olistico rimane spesso una petizione di principio, che si stenta a trasferire nell'operatività, come notano gli studenti stessi. Una delle affermazioni più frequenti di queste/i ultimi, riferite all'antropologa nei non luoghi dell'attività didattica coagulati intorno alle macchinette del caffè, nei corridoi, sulle scale, è la seguente: "Ci riempiono la testa con l'importanza di una assistenza olistica, e poi, quello che vediamo in reparto, durante il tirocinio, è completamente diverso, anche da parte dei nostri futuri colleghi". Ad incrementare la domanda di conoscenza antropologica, e al contempo ad alimentare gli equivoci sulle relazioni tra nursing e antropologia culturale, recentemente, e in particolar modo negli Stati Uniti, si è diffuso un vasto 'movimento' transculturale, che ha il valore anche di scuola teorica (e come tale è presente nei curricula italiani, tra le teorie del nursing⁸). Scopo dichiarato di questo movimento, attraverso l'opera infaticabile di divulgazione della sua fondatrice, Madeleine Leininger, è quello di incentivare la conoscenza di specifiche culture tra le infermiere, attraverso la ricerca. Questo per sviluppare la comprensione dei modi culturali attraverso i quali ci si prende cura della propria salute, per promuovere una efficace educazione e il miglioramento delle condizioni sanitarie, per aumentare la capacità professionale del nursing. Fin qua, ci sembra di condividere un'aria di famiglia con alcuni caratteri dell'antropologia

medica. Invece, l'essenza della produzione scritta del movimento transculturale⁹ culmina in lunghe checklists composte da quelli che gli antropologi chiamerebbero tratti culturali, propri di culture specifiche, ognuna trattata come insieme coeso, consensuale e separato – insomma, una precisa riproduzione di quanto Amselle (1990), rimproverandolo all'antropologia, ha chiamato paradigma discontinuista. Si assiste attraverso vademecum orientativi per facilitare la professione, ad una reificazione, attraverso gli atteggiamenti e le pratiche destinate alla cura della salute, del concetto di cultura. Ogni tanto è sconcertante notare come studenti e professionisti siano avidissimi di queste liste, e le richiedano con insistenza. Se commettete l'errore di mostrarne una, magari per criticarla, potrete vedere che tutti prendono voracemente appunti, chiedendone enfaticamente una fotocopia. Questo induce due riflessioni. La prima si riferisce alla sete di strumenti e di conoscenze che permettano di affrontare e di entrare in relazione con la diversità: sono il segno di un vuoto curricolare, appartenente al passato oppure contingente. La seconda riflessione si colloca piuttosto sul piano cognitivo e di acquisizione delle conoscenze: si crede ingenuamente che queste liste di esempi e comportamenti siano sufficienti per comprendere ed affrontare la differenza culturale, che non servi altro, che questo non implichi in alcun modo un mutamento di sguardo e quindi l'esercizio di una autoriflessività che modifichi anche la propria operatività. Che insomma, conoscere le differenze culturali sia l'equivalente del capire le funzioni del rene nel bilancio idroelettrolitico. Marianella Sclavi (2000), attraverso l'etnometodologia e la lezione di Bateson, chiamerebbe questo atteggiamento "la fatica di essere persone ordinarie", che porta ad un ascolto passivo, incapace di suscitare una posizione da esploratore di mondi possibili e da narratori interculturali. Infine, un nursing transculturale che sia in grado di trasferire nella propria operatività l'ascolto attivo della diversità, dove nulla è ovvio, dove l'attenzione massima è per la persona nel suo complesso e non per singoli organi, apparati o malattie, e il non-standard è quasi una regola, andrebbe a confliggere con la crescente standardizzazione dei protocolli infermieristici, che hanno avuto ed hanno un ruolo importante nel costruire una professionalità con basi scientifiche (la recente teoria dell'evidence based, ovvero prati-

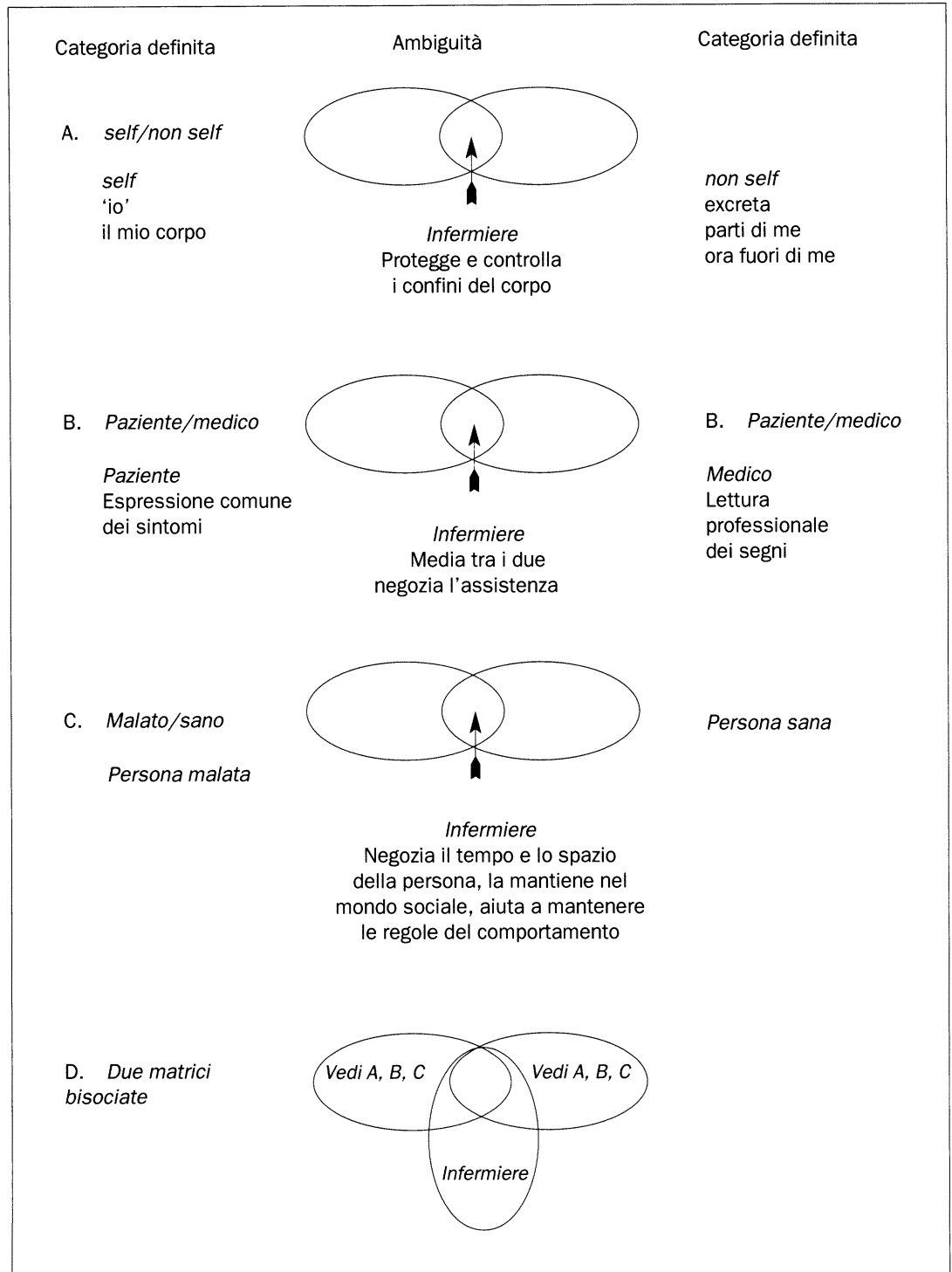
ca e teoria del nursing sono basate sull'evidenza dell'efficacia assistenziale e sul raggiungimento dei suoi obiettivi). Una via di uscita da questa empassa, come meglio vedremo nella seconda parte di questo scritto, sarebbe che l'antropologia culturale non venisse considerata solo come una disciplina esterna alla professione che trasmette alcune conoscenze utili, ma che l'infermiere/a ne impari i metodi etnografici per applicarli nella propria attività, nell'osservazione e nell'ascolto attivo delle persone verso le quali porge il suo lavoro di cura. Come un etnografo, l'infermiere/a è immersa nella comprensione del mondo del paziente, e una assistenza culturalmente sensibile può avere luogo solo se non si delega totalmente all'esperto o al mediatore culturale 'professionista' tale conoscenza.

Manipolare i corpi: le custodi dei confini

Cosa fanno le infermiere? Portano padelle, risponderebbe una voce – e una esperienza – del senso comune dura a morire. In una ri-scrittura della storia del nursing in chiave femminista (molto diversa rispetto alle versioni correnti che evidenziano i continui progressi e l'autonomia conquistate), Gamarnikov (1991) afferma che il nursing moderno si colloca "senza alcuna ambiguità all'interno di una mistica della femminilità costruita da un punto di vista patriarcale". Questo, perché il modello ideale della professione incorpora tutti gli attributi femminili tradizionali, quali la passività, la docilità (agli ordini del medico), la "missione" e l'auto-sacrificio, la devozione e la subordinazione. A cominciare da Florence Nightingale (1820-1910), che riteneva che ogni donna prima o poi sarebbe diventata infermiera, avrebbe cioè avuto la responsabilità della salute di qualcuno. I compiti prescritti ad una infermiera sarebbero quindi identici a quelli svolti da una qualsiasi donna entro le pareti domestiche, e le qualità insite nell'aver cura sarebbero prettamente femminili. Un lavoro da donne, che ha a che vedere con gli aspetti più prosaici dell'aver cura dei corpi altrui: alimentarli, pulendo anche la bocca, lavarli, pulirli dalle deiezioni corporee, soprintendere all'eliminazione di queste ultime, sorvegliare l'integrità delle mucose, aiutarli a muoversi, sorregarli, predisporre per il loro riposo, vegliarli, sempre più spesso, star loro vicino mentre muoiono. Pulire il vomito. Asciugare il sudore. Raccogliere lo sputo. Cambiare bendaggi, o lenzuola, o biancheria macchiate di sangue. Dal prosaico alla pulizia

⁹ Tra gli altri, si veda: M. Leininger (1978); R.E. Spector (1991); R.P. Rawlings, S.R. Williams, C.K. Beck (1993); M. Andrews e J. Boyle (1999); J.N. Giger e R.E. Davidhizar (1999). Per un esempio italiano, cfr. Barelli (1995). Cfr. anche Macor (2000-01).

FIGURA 1
(A, B, C, DA LITTLEWOOD
1991, P. 184 MODIFICATO)



che richiede competenze specializzate: l'eliminazione del muco attraverso l'aspirazione tracheo-bronchiale, e, nei laringectomizzati, l'educazione alla pulizia individuale della valvola posta in comunicazione con la trachea¹⁰. Inoltre, l'eliminazione della sepsi, la pulizia delle ferite infette, purulente, delle dolorosissime (e maleodoranti) piaghe da decubito. Corpi che si sfanno, ancora in vita. Corpi mutili. Corpi vecchi, impietoso specchio del tuo futuro. Corpi di bambini che in tutto dipendono. Corpi di cui sorvegliare ciò che entra e ciò che esce, legato all'alimentazione e alle infezioni¹¹. Non è a caso che l'agiografia di molte sante riferisca episodi di umiliazione riferiti ad uno qualsiasi di questi gesti di cura¹². È una dimensione del fare che in un orizzonte culturale determinato richiama sentimenti come l'umiltà, l'amore orientato verso il prossimo, la disponibilità, la datività disinteressata. Attributi che continuano a giocare un pessimo servizio alla professione. Ma questi attributi, per compiti e caratteristiche personali, di "femminilità in azione", resero possibile ai riformatori durante l'Ottocento di rivendicare formazione, impiego e carriera per le donne. E non più legate al miserrimo, contaminato e contaminante servizio domestico delle epoche precedenti, svolto da dickensiane megere sporche e inclini al vizio, ma ridefinite all'interno dell'ambito delle cure e organizzato in una gerarchia, che ambiva ad attirare tra le sue fila giovani delle classi medio-alte. Dal punto di vista dei medici, l'ideologia della femminilità

serviva a distinguere tra forme di cura egemoniche e subalterne, e a salvaguardare il proprio dominio e controllo, a riproduzione del rapporto padrone-serva.

La costruzione di genere all'interno del nursing, come nota ancora Gamarnikov (1991), si presenta tuttavia come un fenomeno molto più complesso di quanto potrebbe suggerire la dicotomia dominio-subalternità fin qui suggerita. A rendere problematico questo rapporto è appunto, secondo l'autrice, l'incrociarsi reciproco di due sguardi, quello del medico e quello dell'infermiera. Se per i medici era cruciale l'obbedienza delle infermiere ai loro ordini e disposizioni, collocando l'accento sul proprio potere, per queste ultime l'obbedienza implicava (ed implica) una ri-definizione delle disposizioni mediche come compiti infermieristici, nell'ambito dell'organizzazione del reparto, della gerarchia infermieristica e degli obiettivi pedagogici e assistenziali da ottenere. Inoltre, il nursing, nato come costruito professionale occidentale favorito da particolari circostanze storiche, viene diversamente interpretato e compreso in culture diverse. Come scrive Somjee (1991), a proposito del nursing in India, "il termine nurse, evoca reazioni differenti in differenti culture, nonostante il fatto che in ognuna di esse si inizia con l'immagine di qualcuno che maneggia le cose socialmente meno desiderabili come una padella" (o vaso da notte, che dir si voglia). Gli excreta sono ambigui: parte e non più parte di noi stessi, transitano dal nostro essere interno a quello esterno attraverso i margini del corpo fisico. Il ruolo dell'infermiera consiste meno nel controllo di ciò che è contaminante, quanto invece nell'interpretare, molto spesso inconsapevolmente, i testi, i copioni sociali, che rafforzano il nostro concetto di controllo dei margini corporei. Molta della pratica del nursing sembra svilupparsi come un esercizio retorico dei codici di controllo culturale che implicano il corpo. Non solo per ciò che riguarda gli excreta, ma per la trama di regole che ne fissano le posture, il comportamento non verbale, nell'ambito ospedaliero la mobilitazione del paziente a letto¹³, il regime degli spazi accessibili, e sotto quali condizioni, per i ricoverati¹⁴, a condividere la regolamentazione del corpo politico, riferito alla dimensione di regolazione, al controllo, alla sorveglianza, al dominio dei corpi (M. Lock e N. Scheper-Hughes 1990). E molta pratica del nursing può essere interpretata come un esercizio metaforico costruito attorno al controllo di cui necessita, almeno

¹⁰ Quanto questo tipo di secrezioni sia considerato 'sporco' – anche testimoniato dal lavoro di ricerca attualmente in corso di V. D'Amico, effettuato con un gruppo di laringectomizzati di Trieste (per la tesi di D.U. per Infermiere). Quella della pulizia della valvola – una operazione così intima che nessuno degli intervistati la lascerebbe compiere neppure da un familiare.

¹¹ Rimando ad un magnifico schema, come metafora culturale e per l'antropologia del contagio, sui legami nella catena delle infezioni (con porte di entrata, di uscita) in un diffuso manuale di nursing (K.C. Sorensen e J. Luckmann 1981, vol. 1: 551). Per l'antropologia del contagio, cfr. Caprara (1996).

¹² Esempio, nella sua ripugnanza, quello riferito a proposito di Santa Teresa di Lisieux, che, impegnata nella assistenza dei tubercolotici, leccava il loro sputo.

¹³ Per un esempio, il capitolo dedicato alla

biomeccanica e alla mobilitazione del paziente in K.C. Sorensen e J. Luckmann (1981).

¹⁴ Se non si è costretti a rimanere allettati, si 'apprende' nel giro di poche ore la mappa dei luoghi accessibili del reparto, quali sono esclusivi per gli operatori, quali per la trasgressione (fumare), quali situazioni di movimento generano fastidio o vengono riprese (es.: per gli infermieri sarebbe preferibile che il paziente restasse a letto durante il giro delle medicazioni/terapia, o il controllo della temperatura – benché a chi scrive siano stati infilati termometri nell'orecchio anche al volo, mentre transitava in corridoio; oppure, è tollerato ma non ben accolto che i ricoverati si aggirino, anche lontano dai reparti, come presso i distributori di bevande, sorreggendo il flacone che raccoglie i fluidi di drenaggio dalle ferite). Per una panoramica sulle strategie di nidificazione in ospedale, cfr. D. Nigris (1996).

secondo la sociologia parsonsiana, il deviante per definizione, cioè il malato. Noi sappiamo che questa visione non è pervasiva: basti pensare a quelle realtà operative improntate ad un notevole livello di complessità e dinamismo, come l'assistenza domiciliare, l'area critica ed i servizi di salute mentale. Ma rimangono numerosi i contesti ospedalieri per i quali le riflessioni che seguono hanno una loro validità.

Littlewood (1991:170), ad esempio, definisce il nursing come "il lavoro con persone che trasgrediscono alcune aspettative sociali inerenti l'attività e la responsabilità personali: ovvero, individui che sono malati". L'infermiera mantiene 'incapsulata' la persona rispetto al più ampio mondo sociale durante lo stato temporaneo di malattia. Questo ne fa una figura ambigua, custode dei testi sociali impliciti che sanzionano ogni devianza dalla norma, e al tempo stesso mediatrice e tutrice del paziente e del suo innesto in un sistema prevalentemente biomedico. Una figura che negozia concetti profani e professionali, lo sporco e il pulito, nel controllo degli orifici e dei confini del corpo secondo le istanze normalizzatrici della "cura". Inoltre, il fatto di maneggiare excreta, almeno nel nostro ambito culturale, non le fa percepire come appartenenti all'ambito dello 'sporco'; piuttosto le colloca in un orizzonte liminare, ora angelicato, ora lubrico, a seconda degli stereotipi prevalenti nei diversi momenti storici. Ora è una figura angelicata, avendo a che fare con materie che nessun altro vorrebbe toccare (si prenda ad esempio i romanzi rosa della serie Harmony Bianca), ora è considerata essere troppo a contatto con la corporeità altrui, specie se del genere opposto, per non suscitare immagini di disponibilità e promiscuità sessuale (come in numerosi B movies italiani degli anni '70)¹⁵. Ricordo qui una famosa citazione da Mary Douglas (1975:178): "Il corpo è un modello che

può valere per qualsiasi sistema circoscritto: i suoi confini possono servire a raffigurare tutti i confini minacciati e precari. Il corpo è una struttura complessa: le funzioni delle sue diverse parti e le relazioni tra di loro forniscono una gamma di simboli per altre strutture complesse. Noi non possiamo interpretare i rituali che riguardano gli escrementi, il latte materno, la saliva e così via, se non siamo preparati a guardare al corpo come ad un simbolo della società e vedere i poteri e i pericoli su cui si fonda la struttura sociale riprodotti in miniatura nel corpo umano". Ancora B. Turner (1984) ricorda che il corpo come rappresentazione simbolica fornisce una serie di omologie formali tra l'ordine sociale ed il mondo della realtà esterna. Gli orifici del corpo sono collocati ai margini tra il self e il mondo esterno, e quindi sono particolarmente adatti a simbolizzare le frontiere della comunità, del corpo politico. Si sorvegliano i confini, le entrate e le uscite, si temono le assimilazioni forzate. La costruzione culturale della propria umanità, oltre all'esercizio di marcare i corpi, può porre l'accento su una disciplina alimentare, con la proibizione di certi cibi, o la ritualità centrata sulla purificazione, la repulsione¹⁶. Basti menzionare le attività che educano il bambino al corretto controllo degli sfinteri (nel posto giusto e al momento giusto) e ai significati sociali della pulizia e della corretta gestione del corpo. La manipolazione di ciò che è contaminante, porta ad una specializzazione per compiti in molte culture, come è per coloro che hanno il compito di toccare e seppellire i cadaveri. Infine, a proposito della gerarchia simbolica tra le varie parti del corpo, va notato che i medici specialisti in gastroenterologia o in urologia godono, soprattutto nel mondo anglosassone, di uno status inferiore rispetto ad altri. Se ricordate, anche la personalità ha subito un ordinamento legato agli excreta: basti pensare alle personalità "anali retentive", parsimoniose se non averse, di Freud. In ospedale, richiedere la padella può essere interpretato – e vissuto – come un parziale ritorno alla dipendenza dell'infanzia. Collude con la modalità di infantilizzazione del paziente, che appare così diffusa¹⁷, e al contempo lo rende passibile di umiliazione e vergogna, se succede che si chiami troppo spesso, o non si chiami prontamente perché l'oggetto venga ritirato. Il controllo delle funzioni escretorie permette di classificare le persone tra continenti (in controllo) e incontinenti (fuori controllo), che, come sappiamo, costituisce il discrimine per accettare

¹⁵ Per una ricerca sugli stereotipi nella rappresentazione culturale della professione infermieristica, cfr. Suter (1996).

¹⁶ Obeyesekere (1985), a proposito della lunga tradizione buddista di meditazione su ciò che è repellente, sull'impurità per costruire una idea della transitorietà del corpo e del mondo. Così si esprime un suo informatore: "Il corpo – colmo di feci, puzza come un topo morto: il corpo [...] è come un vaso da notte usato per sei mesi, quindi puliscilo spesso e mantienilo pulito. L'uomo comune [...] deve evocare la propria putrescenza mediante varie

metafore repellenti, la maggiore delle quali è costituita dalle feci". Gli escrementi sono stati incorporati in varie cosmologie (cfr. i Dinka nella monografia di Lienhardt) a simbolizzare la natura ciclica degli eventi. Sul legame tra escrementi, forme di parentela e oscenità, Firth (1936).

¹⁷ Secondo chi scrive, questa modalità di comportamento ci comunica quanto Parsons, con tutti i suoi limiti, collocando l'accento sulla transitoria deresponsabilizzazione del ruolo di malato, abbia individuato nell'infantilizzazione del malato una caratteristica tipica della nostra cultura.

o meno molte persone anziane all'interno delle residenze assistite. L'incontinenza è vergognosa, umiliante, degradante, animale, stigmatizzante, colloca chi ne soffre 'fuori posto', costringe a faticosi comportamenti di nascondimento, evitazione, prevenzione, limita la mobilità. Le persone 'normali' evitano questa categoria di individui, e la nostra propensione a trasformare condizioni fisiche e patologiche in imputazioni morali fa spesso mettere insieme l'incontinenza con la debolezza morale. Molte persone – specie anziane – che assumono diuretici in combinazione con terapie cardiovascolari, temono di non avere una toilette a disposizione al momento opportuno. E accade di sentire di frequente il commento da parte delle infermiere che queste persone non rispettano i tempi di assunzione, ne alterano la scansione per assecondare la propria strutturazione del tempo. Quanto più è accentuata una disabilità, tanto più essa rende l'individuo dipendente dal contesto. Una frase tipica di apertura mattutina è spesso: "È andato di corpo?". Così materiale, questa domanda porta a riflettere sulla legittimazione delle professioni di cura a saltare ogni rituale o *savoir faire* di introduzione, a vantare diritti dialogici particolari (salendo sull'autobus la mattina, non vi sognereste mai di rivolgervi così al primo estraneo che incontrate). Infine, intorno alle padelle, si intrecciano conflittualità di vario tipo: tra infermiere e pazienti, tra infermiere/i, per demarcare diritti acquisiti (l'anzianità in reparto o la gerarchia: più è elevata, minore è la frequenza nello svolgere questo servizio), o per opporsi al cambiamento ("E dopo, chi porterà le padelle?" compare a titolo polemico su un articolo in una rivista di settore, che si schiera contro l'accesso alla formazione universitaria degli infermieri, nel timore che i nuovi titolari non vogliano più svolgere il compito¹⁸).

La riforma ottocentesca del nursing definisce l'assistenza infermieristica come un gesto di cura che parte dall'ambiente che circonda il paziente: luce, aria pura, pulizia. Quindi, la pulizia è il primo contributo del nursing all'igiene e al benessere del paziente. E, nella continuità storica, la custodia e la vigilanza sull'igiene dei corpi rimane tra i primi compiti che vengono insegnati alle allieve/i. Eppure, sono molti gli infermieri che ancora

pensano alle operazioni legate all'igiene come a una "tecnica", non consapevoli del fatto che ogni contatto con il corpo altrui è un porsi in relazione con la persona. L'oggettivazione non verbale, ovvero il toccare il corpo del paziente (anche per le operazioni più semplici, come l'igiene, infilare l'ago della flebo, ruotare il corpo per cambiare i traversi della biancheria del letto...) senza rendersi conto che ogni contatto è relazionale, magari scorrendo con la/il collega e non rivolgendo la propria attenzione al paziente, rimane uno dei comportamenti più diffusi¹⁹. La gestione del corpo rimanda alle immagini sociali del corpo. Nadia Urli (1995-96; 2000), in una documentata ricerca, esplora le differenti visioni del corpo presentate da un ampio campione di infermieri professionali. Da questo lavoro emerge tutta l'ambiguità che il corpo riveste per la professione infermieristica, la pluralità degli atteggiamenti e dei comportamenti messi in atto. In parte questa ambiguità viene a crearsi durante la formazione, quando essa è sbilanciata verso un approccio biomedico all'assistenza. Il passaggio da una visione riduttiva del corpo come macchina, meravigliosa nel suo funzionamento, ma pur sempre macchina, verso una complessità bio-psico-sociale diviene in questo caso particolarmente difficile. La fisicità dell'assistenza viene esplorata attraverso il contatto terapeutico con il corpo dell'assistito, le paure del contagio (spesso più simbolico che reale), le categorie definitorie dello 'sporco' e del 'pulito' usate per controllare gli excreta, i ruoli e i simboli, i modelli che compaiono in filigrana, quando si discorre, ad esempio, dei casi assistenziali più impegnativi, e che maggiormente evocano una macchina il cui funzionamento si è inceppato. Soprattutto non consentono quell'incrociarsi di sguardi che fa circolare mutuo riconoscimento (ad esempio, alla domanda: "ha mai avuto la sensazione di operare su un corpo-macchina?" si risponde: "Con i pazienti comatosi; mettono a disagio perché manca qualsiasi risposta"; "Con gli psichiatrici per la loro aggressività e con i tetraplegici in Casa di Riposo; lì ti sforzi di dire che sono persone ma alla fine non hai riscontro come per gli altri"; "Nelle intramuscolari, dove sei tu e il muscolo e nelle medicazioni dove la ferita è solo una parte del corpo"). Particolarmente interessanti sono gli esempi raccolti a proposito del contatto con la pelle del paziente, da parte dell'infermiere. La pelle: l'imbarazzo che suscitano le malattie cutanee che provocano desquamazione, perdita di

¹⁸ *Infermieri in Università?*, "Rivista dell'Infermiere", 1992, n. 2.

¹⁹ E angosciati, per esperienza personale, soprattutto se avvengono nell'igiene

pre-operatoria, e, senza dire che stanno per eseguire una tricotomia, vedi due infermiere brandire un rasoio, avvicinandosi alle tue parti intime.

tessuto, alterazione dell'immagine della persona, fanno eco all'importanza che essa riveste nelle relazioni interpersonali. Le alterazioni della cute costituiscono l'esempio privilegiato di ciò che può rendere una persona 'screditata', secondo la definizione di Goffman, particolarmente sensibile verso il proprio stigma con il pudore che lo accompagna. Questo aspetto si rivela attraverso il ricorso alla ritualizzazione: l'uso dei guanti e dei presidi di protezione, indipendentemente dal pericolo di contagio, o il rifiuto a lavorare presso particolari istituti, benché esso venga disapprovato dagli infermieri, in quanto non in sintonia con i valori della professione. Ecco due testimonianze: "Ricordo in Emergenza un paziente con desquamazione della cute e che perdeva pezzi del corpo: lì c'era un atteggiamento repellente che toccava tutte noi. Un giorno una collega, mentre lo lavava, si trovò un capezzolo in mano... uscì piangendo dalla stanza. Per fortuna il paziente era in coma e noi usavamo la protezione completa"; "... ho soccorso un barbone con eczema... mi dicevo: come? Studio per aiutare e ho paura a toccare?". "La nozione occidentale di persona si inserisce in questo rapporto complicando il quadro, laddove l'infermieristica teorica propone da un lato la centralità della persona come soggetto delle cure, ma non entra nella riflessione culturale circa l'uso di questi termini e rimanda a generici dettami etici per la loro applicazione" (Urli 1995-96: 181).

Dall'ambiguità all'exotopia

Littlewood (1991: 184) riassume attraverso una mappa di opposizioni (vedi fig. 1, A, B, C) i motivi di ambiguità che abbiamo finora affrontato. L'assistenza ha tra le sue manifestazioni quella di

proteggere i margini del corpo, sostenendo il paziente nella definizione tra self e non self, attraverso l'eliminazione degli excreta. Media tra il paziente e il medico, e le loro reciproche esigenze. Negozia il tempo e lo spazio del paziente, adattandoli alle scansioni dell'organizzazione ospedaliera. Media tra salute e malattia, traducendo reciprocamente i codici del paziente e del medico e le reciproche aspettative e regole di comportamento. In breve, mutuando una definizione da Bateson (1976; 1984; 1997) e Sclavi (2000), l'infermiere/a è un esperto delle premesse implicite della nostra cultura, per quanto riguarda la gestione di quanto sta dentro/fuori al corpo, la salute/malattia, il rapporto medico/paziente. Collocato tra queste categorie definite come oppositive, tuttavia deve provvedere una mediazione. In questo risiede l'ambiguità dell'assistenza infermieristica. Verrebbe anche da dire che tutto questo condanna all'ambiguità il nursing. Ma proviamo ad esaminare le categorie oppositive proposte da Littlewood, che appunto definisce il ruolo del nursing come la gestione dell'ambiguità, da un ulteriore punto di vista. Lo spunto proviene dalle riflessioni di Bateson sui nessi tra forme di conoscenza e forme di convivenza, cornici e doppi vincoli, a partire dagli archi di possibilità che diamo per scontati e dei quali non siamo consapevoli, entro i quali si inscrivono i nostri comportamenti. Da un punto di vista fenomenologico, l'uscita da queste cornici implicite, di cui noi siamo parte e che sono parte di noi, implica quel cambiamento sistemico e autoriflessivo che viene definito come deuterioapprendimento. Le abilità, il *savoir faire* che servono a cambiare abitudini percettivo-valutative ben radicate, dal risolvere un indovinello ad affrontare un conflitto intraculturale o interculturale in termini di rispetto e riconoscimento reciproco, a individuare i doppi vincoli dell'alcolista o aiutare lo schizofrenico e i suoi interlocutori a metacomunicare²⁰, e, aggiungiamo, a condurre una assistenza che tenga conto delle premesse implicite degli attori coinvolti (pazienti, loro entourage, medici, altre figure dello staff e dei servizi socio-sanitari), sia per quanto riguarda la clinica che le esigenze psicologiche e relazionali, vengono comunemente ascritte a principi esplicativi misteriosi quali "doti innate", "empatia", "speciale sensibilità", "intuito", e così via. Si tratta, invece, di una particolare sensibilità alla "pertinenza dei contesti ai significati", messa in opera attraverso l'osservazione e l'ascolto attivo, il coinvolgimento e il distacco. Non solo riguarda la competenza nei confronti delle

²⁰ Riprendo da Sclavi (2000: 17) il bell'elenco sommario dei casi a cui Bateson ha dedicato la sua attenzione (con eccezione dei gatti e dei delfini, che qui non compaiono): "Lo svezzamento dal seno materno non solo come frustrante sottrazione, ma come occasione per nuove affascinanti esperienze, l'imparare ad allacciarsi le scarpe con rapidità e scioltezza o ad annodarsi il cravattino a farfalla o ancora imparare la nostra lingua natia o una lingua straniera, riuscire a risolvere un indovinello, inventare una barzelletta, affrontare un conflitto intraculturale o interculturale in termini di riconoscimento e rispetto reciproco, riuscire ad individuare e sconfiggere i doppi vincoli dell'alcolista o

aiutare lo schizofrenico e i suoi interlocutori a metacomunicare, individuare la struttura della comunicazione dello scienziato che produce la nevrosi sperimentale nel cane, comporre un'opera d'arte o fare un'invenzione scientifica, diventare un buon osservatore e narratore della vita quotidiana. Questo elenco sommario [...] è sufficiente per farci rendere conto di due cose: primo, che ognuno di noi ha praticato e pratica il deuterioapprendimento chi più in un'area che nell'altra, chi in modo più sistematico chi meno; secondo, che nessuno di noi sulla base della cultura occidentale in cui è stato educato e di cui è parte, è in grado di spiegare "come ha fatto".

cornici culturali condivise, ma racchiude l'invito ad esplorare altri mondi possibili, altre cornici. Allo stesso modo possiamo guardare alla figura creata da Littlewood. Un primo modo di interpretarla è letterale. Abbiamo a che vedere con due matrici bisociate, in rapporto oppositivo, sia semantico che percettivo-valutativo A, nella fig. 1, ci sembra la più discutibile). L'infermiere, e il nursing, vengono collocati nella porzione intermedia condivisa spazialmente dalle due matrici. Né di qua né di là: nel mezzo. Possiamo parlare di ambiguità nel senso che questo schema classificatorio da per scontate le cornici di riferimento, ma cerca di mantenersi neutrale: l'imbarazzo, lo spiazzamento, il conflitto, qualche volta il ridicolo di alcune esperienze, non solo del manipolare sostanze corporee sgradite, viene ignorato²¹. Vengono ignorati soprattutto i modi di far fronte a queste situazioni, le situazioni di interfaccia. Per farla breve, all'infermiere non viene attribuita nessuna matrice percettivo-valutativa. Se invece di rimuovere i fattori di conflitto o imbarazzo (come capita che gli infermieri/e facciano...), essi vengono valorizzati – perché comunicano qualcosa di quel particolare paziente, del modo di funzionare di quel particolare servizio, delle nostre o altrui concezioni di salute/malattia, di come si 'diventa' infermieri, eccetera) si ampliano i punti di vista. Possiamo allora leggere le due matrici bisociate in un altro modo: diventano un arricchimento per la comprensione di un evento, per l'apprendimento reciproco, per l'esplorazione, attraverso gli indizi di più vaste dissonanze cognitive ed emozionali, di mondi possibili. E solo in questo caso potremo parlare propriamente dell'infermiere come mediatore culturale, che costruisce dei ponti, e tracciare un solco sottile ma significativo tra quanto distingue la tecnica, la routine della prestazione e gli altri significati ed azioni dell'assistenza infermieristica. Il diagramma (fig. 1, D) che suggeriamo, non modi-

fica granché quelli precedenti, se non nell'intento di sottolineare come l'infermiere/a, A: partecipa, prima che mediare, alle cornici di riferimento degli attori coinvolti; B: la sua negoziazione tra significati e pratiche non è ingenua, né neutrale. Oltre a quanto lo/a caratterizza come individuo, con le proprie matrici percettivo-valutative, esiste il confronto con una categoria professionale e con una disciplina; C: l'ambiguità di cui si è trattato finora può trasformarsi da semplice fattore di liminalità, in evidenziazione delle funzioni, degli scopi e del compito culturale dell'assistenza infermieristica. Un ultimo appunto: il tema dell'empatia, che così tanto posto occupa nel nursing. Essa, nei termini in cui viene concettualizzata dalla teoria infermieristica, è qualcosa di più del "mettersi nelle scarpe dell'altro". In effetti, viene a far parte del lessico esoterico della disciplina – e per questo, interpretandone il significato in puri termini emotivi, la maggior parte dei medici non la comprende negli stessi termini degli infermieri, e la giudica spuria ed ostacolante gli scopi della clinica. Diventa una advocacy tra il paziente e il medico, tra il paziente e le strutture sanitarie. È una dinamica di coinvolgimento e distacco. Forse molti equivoci che derivano dall'uso comune del termine potrebbero essere evitati se si rendesse esplicito un ulteriore passaggio logico: quello dall'empatia alla exotopia. Ove- ro, nel senso attribuito da Bachtin, non solo il "metterci nelle scarpe dell'altro" (che facilmente può trasformarsi in "pretendere che l'altro si metta nelle nostre scarpe"), ma lasciare all'altro il diritto di essere "altro", diverso da noi. L'exotopia comprende l'empatia, ma la disancora dalla soggettività emotiva, dal ritenere che la nostra comprensione abbia valore universale e dal rischio dell'assimilazione, puntando alla parità dei diritti dialogici, e al diritto alla diversità. È un modo per imparare a connettersi con se stessi e gli altri, di dislocarci, permettendoci di capire 'le stesse cose' in modo diverso. Non sono capace di riscrivere il diagramma della figura 1 topograficamente inscrivendovi l'exotopia, ma senz'altro non la considero un fattore di ambiguità. Il raccordo compiuto da Sclavi (2000) da Bateson (la differenza tra pensiero analitico, che mette a fuoco i termini della relazione, lasciando la relazione sullo sfondo, e pensiero analogico, che al contrario mette a fuoco la relazione, lasciando i termini sullo sfondo) a Bachtin (con la sua teoria della dialogicità), ci permettere di cogliere una premessa epistemologica importante: le emozioni su cui si basa l'empatia non ci informano su cosa stiamo guardando,

²¹ Di queste esperienze è intessuta la vita professionale, ed è un peccato che la produzione infermieristica sia ancora così 'etnograficamente' silenziosa. Tra le eccezioni, oltre a qualche tesi di laurea (tra le quali segnalo, in particolar modo Natascia D'Andrea, *La depersonalizzazione del paziente anziano istituzionalizzato* (D.U. per Infermiere di Udine, a.a. 1998-99; Francesca Azzanutto, *Un approccio sociale e antropologico alla sindrome di burn-out. Prime ipotesi e un esempio di ricerca*, Cristina Bernardon, *Comunicazione verbale e non verbale nell'approccio alla persona in Pron-*

to Soccorso (D.U. per Infermiere di Udine, a.a. 1999-2000), segnalo i materiali raccolti da N. Urli per la tesi di laurea, poi confluiti in N. Urli (2000). Ad esempio, a proposito della percezione del corpo macchina, si riferisce questa esperienza di spiazzamento: "Una allieva raccontava in una pausa dell'intervista, il suo stupore in una terapia intensiva, quando girandosi verso un box-letto, si trovò osservata da un paziente lasciato in stato di coma il giorno prima e ritornato cosciente durante la notte: "ebbi come uno spavento, un sussulto... non mi aspettavo quello sguardo!".

ma su come stiamo guardando. Ci informano su come siamo dinamicamente impegnati a costruire i contesti di cui siamo parte. Rileggere, da questo punto di vista, gli esempi forniti nel secondo paragrafo, non rimanda semplicemente a metafore di controllo, o di liminalità, o di ambiguità, ma ci costringe ad avventurarci ai confini del sistema di cui siamo parte, andando incontro ad una esperienza di bisociazione: "Ogni atto culturale vive essenzialmente ai confini: in questo sta la sua serietà e importanza; distolto dai confini, esso perde terreno, diventa vuoto e borioso, degenera e muore. In questo senso possiamo parlare della sua autonoma partecipazione o partecipe autonomia. Soltanto in questa sua concreta sistematicità, cioè nell'immediato riferirsi e orientarsi nell'unità della cultura, il fenomeno cessa di esse-

re un nudo fatto puramente presente, acquista rilevanza e senso e diventa una sorta di monade che riflette in sé tutto e in tutto è riflessa" (Bachtin, 1979:20). Conclusione. Non dite più, per favore, che le infermiere portano padelle. E se, malauguratamente, vi dovesse capitare di trovarvi nelle circostanze che necessitano di questo, esercitate le vostre capacità di (deutero)apprendimento: riflettete su tutto ciò che è implicato nelle cure femminili, su quanto si coagula attorno ai nostri excreta, e all'esercizio di un lavoro di cura che, nel dolore, nella impossibilità, nella crisi, cerca di mantenere il vostro mondo in ordine, di dargli un senso al di là di quello che voi potete dargli. Un ordine culturale, beninteso, con tutte le connessioni, contraddizioni e incoatività che questo può significare.

Riferimenti bibliografici

AMSELLE J.L. 1990, *Logiques métis-ses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Paris, Payot (trad.it. *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Torino, Bollati-Boringhieri).

ANDREWS M., BOYLE J. 1999, *Transcultural concepts in nursing care*, Philadelphia, Lippincott.

BACHTIN M. 1979, *Eстетica e romanzo*, Torino, Einaudi.

BARELLI P. 1995, *Nursing transculturale*, "Neu", n. 4, pp. 17-25.

BATESON G. 1976, *Verso una ecologia della mente*, Milano, Adelphi (ed. or. *Steps to an Ecology of Mind*, New York, Ballantine, 1972).

BATESON G. 1984, *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Milano, Adelphi (ed. or. *Mind and Nature. A necessary Unity*, New York, Dutton, 1979).

BATESON G. 1997, *Una sacra unità*, Milano Adelphi (ed. or. *A Sacred Unity. Further steps to an Ecology of Mind*, New York, Harper Collins, 1991).

CALAMANDREI C. 1983, *Storia dell'assistenza infermieristica. Storia, teoria metodi*, Roma, La nuova Italia Scientifica.

CAPRARA A. 1996, *Similitudine e contiguità. Elementi di antropologia del contagio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1/2, pp. 89-109.

COZZI D., NIGRIS D. 1996, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e analisi socioantropologica per il nursing*, Milano, Colibri.

DE MONTE S. 1999-2000, *Un nuovo infermiere: dai mansionari al profilo professionale*, Tesi di Diploma Universitario per Infermiere, Università degli Studi di Udine, Facoltà di Medicina e Chirurgia, relatore D. Cozzi.

DOUGLAS M. 1975, *Purezza e pericolo. Una analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, Bologna, Il Mulino (ed. or. *Purity and Danger. An analysis of the concepts of pollution and taboo*, Harmondsworth, Penguin Books, 1970).

FAVOLE A., ALLOVIO S. 1999, *Plasticità e incompletezza tra etnografie e neuroscienze*, in Remotti F. (a cura di) 1999, *Forme di umanità. Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*, Torino, Paravia, pp. 169-208.

Firth R. 1936, *We the Tikopia*, Boston, Beacon Press.

GAMARNIKOV E. 1991, *Nurse or woman: gender and professionalism in reformed nursing 1860-1923*, in P. Holden e J. Littlewood, *Anthropology and nursing*, London, Routledge, pp. 110-129.

GEERTZ C. 1987, *Interpretazione di culture*, Milano, Il Mulino (ed. or. *The interpretation of cultures*, New York, Basic Books Inc, 1973).

GIGER J.N., DAVIDHIZAR R.E. 1999, *Transcultural nursing*, St. Louis, Mosby.
HENDERSON V. 1964, *The nature of nursing*, New York, The Macmillan Co.
HENDRY J., MARTINEZ L. 1991, *Nursing in Japan*, in P. Holden e J. Littlewood, *Anthropology and nursing*, London, Routledge, pp. 56-66.

HOLDEN P. 1991, *Colonial Sisters: nurses in Uganda*, in P. Holden e J. Littlewood, *Anthropology and nursing*, London, Routledge, pp. 67-83.

HOLDEN P., LITTLEWOOD J. (a cura di), *Anthropology and nursing*, London, Routledge.

LEININGER M. 1978, *Transcultural nursing. Concepts, theories and practices*, New York, Wiley.

LOCK M., SCHEPER-HUGHES N. 1990, *A critical-interpretive approach in medi-*

- cal anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, in T. Johnson e C. Sargent (a cura di), *Medical anthropology. A handbook of theory and method*, New York, Greenwood Press, pp. 47-72.
- MACOR C. 2000-01, *Etnopsichiatria e nursing*, Tesi di Diploma Universitario per Infermiere, Università degli Studi di Udine, Facoltà di Medicina e Chirurgia, relatore D. Cozzi, correlatore N. Urli.
- MARRINER A. 1989, *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana (ed. or. *Nursing theorists and their work*, St. Louis, Mosby, 1986).
- NIGRIS D. 1996, *L'identità ignorata. Osservazioni sociologiche sul paziente ospedalizzato*, in D. Cozzi, Nigris D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e analisi socioantropologica per il nursing*, Milano, Colibri, pp. 333-343.
- OBYESEKERE G. 1985, *Depression, Buddhism and the work of culture in Sri Lanka*, in A. Kleinman, B. Good (a cura di), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross cultural psychiatry of affect and disorder*, Berkeley, University of California Press, pp. 134-152.
- PASSERA O. 1993, *Assistenza infermieristica. Storia sociale*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- REDIGOLO D., KALDOR K., ILLICA MAGRINI R. 1994, *Il processo comunicativo nella relazione di aiuto*, Firenze, Rosini.
- RAWLINGS R.P., WILLIAMS S.R., BECK C.K. 1993, *Mental Health-Psychiatric nursing*, St. Louis, Mosby.
- REMOTTI F. (a cura di) 1999, *Forme di umanità. Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*, Torino, Paravia.
- SCLAVI M. 2000, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Milano, Le Vespe.
- SOMJEE G. 1991, *Social change in the nursing profession in India*, in P. Holden e J. Littlewood (a cura di), *Anthropology and nursing*, London, Routledge, pp. 31-55.
- SORENSEN K.C., LUCKMANN J. 1981, *Nursing di base*, 2 voll., Milano, Casa Editrice Ambrosiana.
- SUTER N. 1996, *Stereotipi nella rappresentazione culturale della professione infermieristica*, in D. Cozzi, Nigris D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e analisi socioantropologica per il nursing*, Milano, Colibri, pp. 368-378.
- TURNER B. 1984, *The Body and society*, Oxford, Blackwell.
- URLI N. 1995-96, *L'ambiguità del corpo. Uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*, tesi di laurea in antropologia culturale, Facoltà di Lettere e Filosofia, Università degli Studi di Trieste, relatore C. Pignato, correlatore D. Cozzi.
- URLI N. 2000, *L'ambiguità del corpo nelle professioni infermieristiche*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana.