

# “Dolore, nascita e morte” in una prospettiva multiculturale. Considerazioni formative su alcuni concetti chiave inerenti l’identità professionale degli infermieri

Carlo Orefice

## Introduzione

Questo lavoro fa tesoro di una prospettiva di tipo antropologico che riconosce il linguaggio della medicina come prodotto culturale e costruzione storica. A partire da questa constatazione, attingendo a delle esperienze di docenza universitaria<sup>1</sup> e di ricerca<sup>2</sup>, mi soffermo intorno ad alcuni concetti *sui* quali e *con* i quali gli infermieri hanno strutturato la loro identità professionale: quello di dolore, di nascita, di morte. Scelgo di usare determinate parole consapevolmente di operare una scelta estremamente riduzionista, muovendomi all’interno di un paradigma indiziario guidato più dalla plausibilità di quanto già altrove verificato che non dall’oggettività<sup>3</sup>. Il sapere infermieristico richiama infatti prepotentemente lessici che spaziano dalle pratiche cliniche

<sup>1</sup> Il presente lavoro si collega ad una pluriennale esperienza didattica maturata nei Corsi di Laurea in Infermieristica (Pedagogia Generale e Discipline demotnoantropologiche) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Firenze. Le “restituzioni” degli studenti riportate riguardano i laboratori riflessivi che hanno accompagnato, o concluso, i corsi tenuti dalla prof.ssa P. de Mennato, titolare dell’insegnamento di Pedagogia Generale.

<sup>2</sup> In particolare, mi riferisco alla creazione del *Laboratorio di Medical Education* (diretto dalla prof.ssa P. de Mennato), da poco nato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Firenze, con l’intenzione di sperimentare e introdurre nuovi modelli di apprendimento riflessivo nel campo della formazione dei professionisti della salute e della cura. Il *Laboratorio* infatti, attraverso una serie di attività di ricerca che si stanno portando avanti, la creazione di specifici prodotti didattici (anche a forte valenza multimediale) e la partecipazione ad attività di formazione e networking, si sta configurando come una struttura capace di promuovere l’innovazione nel campo della formazione medica e sanitaria, così come la riflessione consapevole sulle e nelle epistemologie professionali nei contesti sanitari. In tale ottica si inserisce anche la recente creazione di un *Archivio filmico per la formazione medica* che raccoglie e ordina, in una modalità opportunamente fondata e giustificata sul piano progettuale e metodologico, brevi sequenze video legandole ad alcuni dei temi specifici della formazione medica. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito web del Laboratorio: [www.laboratoriodimedicaeducation-unifi.it](http://www.laboratoriodimedicaeducation-unifi.it).

<sup>3</sup> Ho trattato parte dei contenuti qui proposti, in modo più articolato, in un recente lavoro a cui rimando (Orefice 2011), anche se in esso mi rivolgevo a *tutti* gli operatori della salute e della cura che operano in ambito sanitario e non solo agli infermieri.

ai linguaggi delle organizzazioni sanitarie, dai modelli assistenziali ai diversi modi di conoscere la malattia, arrivando fino ad una serie di problematiche di estrema attualità (l'errore medico, il consenso informato, l'accanimento terapeutico, ecc.). Nonostante questa eterogeneità di problematiche però, è a partire da una riflessione su questi tre concetti (dolore, nascita, morte) che credo sia possibile mettere a fuoco alcuni dei problemi che l'esperienza degli infermieri (soprattutto studenti alle loro prime esperienze di tirocinio) continuamente chiama in causa quando si incontra/scontra con un paziente migrante<sup>4</sup>. E' infatti a partire dall'idea di dolore, nascita e morte, che gli infermieri possono iniziare a capire il perché di quelle difficoltà che emergono tra le "nostre" abitudini, credenze o saperi tradizionali e/o scientifici sull'assistenza e le "loro", per raccontare le difficoltà relazionali e le tensioni emotive che possono accadere nell'incontro/scontro con l'altro. In definitiva, per sottolineare gli spazi di "malessere" che un'assistenza poco attenta alla dimensione culturale dell'altro può provocare.

In questa analisi, la prima cosa da fare è sgomberare il campo dall'idea (molto più persistente di quanto si possa pensare) che una professionalità deputata all'assistenza e al sostegno (soprattutto in ambito ospedaliero), come è quella dell'infermiere, possa sostenersi principalmente su una preparazione specialistica e tecnica. Questa impostazione, non solo ci ripropone una medicina che riesce a rispondere alla malattia (e al malato) solo con le certezze (improbabili) di un fisso proceduralismo e con rappresentazioni statistico-epidemiologiche della patologia, ma implicitamente, come evidenzia Canevaro, fa in modo che "la situazione oggettiva di chi si trova in stato di bisogno viene valutata in base alla concezione culturale di chi presta aiuto, trascurando quasi completamente la situazione culturale e personale di colui che si trova in condizioni di necessità" (2000:167). Questo limite appare paradossale se si pensa che il *Codice di deontologia degli infermieri* (febbraio 1999), non solo fornisce numerose indicazioni di massima su come selezionare e affrontare le conseguenze della complessità che caratterizza il mondo del "prendersi cura", ma adotta in maniera netta una prospettiva particolarmente attenta ai valori culturali, etici, sociali, politici ed economici di individui che provengono da realtà culturali "altre"<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Va qui sottolineato, ed è bene farlo all'inizio del presente lavoro, che ogni gruppo -compresi i gruppi etnici- è in rapporto con altri "creando diversi tipi di relazioni interculturali caratterizzate dalla complementarità, la simmetria, la equità, la cooperazione, ma anche dalla competizione, l'asimmetria, lo scontro, la lotta" (Menéndez 2006:27). Rispetto dunque ai processi di salute/malattia/cura sui quali normalmente, come studiosi, siamo portati a riflettere, quello che è importante fare non è tanto studiare tali processi in termini di interculturalità (che esiste nella realtà sociale dei gruppi, al di là del fatto che decidiamo di studiarla o di darvi una qualche denominazione tecnica), ma "registrar(li) per apprendere dalla loro pratica" (ibid.).

<sup>5</sup> Nello specifico, nell'Art. 2 viene detto che "l'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto a uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia" (art. 2.3), e che "agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo" (art. 2.4).

Se assumiamo quindi “come problema centrale della sfera professionale di competenze – e, dunque, come momento fondativo dell’azione degli infermieri e motore della prassi clinica – non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull’autonomia della persona malata, considerata *in toto*, in una prospettiva di tipo olistico” (Motta 2002, p. 34), diventa prioritario allora sperimentare occasioni per de-costruire e ri-costruire il nostro modo di agire e di interpretare la realtà ogni volta che questa, limitata da una razionalità di tipo *tecnico*, ci appare con delle caratteristiche così deformanti da non farci entrare in contatto con l’altro. Da questo punto di vista, per aiutare a trasformare un “tecnico” in un professionista con forti competenze relazionali ed educative, e per fare definitivamente nostra l’idea che la malattia deve essere pensata come un *fatto da interpretare* e non come un oggetto da curare, le Comunità di Pratiche (CdP) appaiono un prezioso aiuto. Esse infatti valorizzano l’idea secondo la quale i processi di costruzione della conoscenza si caratterizzano, sia a livello individuale che collettivo, come prodotto di una co-costruzione e di una negoziazione tra individui, gruppi di ricerca e saperi che sono storicamente e culturalmente collocati<sup>6</sup>. Ma perché questo avvenga, uno dei requisiti strategici fondamentali è il cosiddetto “repertorio condiviso”. Quale è dunque tale repertorio, e come questi professionisti lo possono riconoscere? Come anticipato, abbiamo detto che esso può strutturarsi attorno a tre concetti specifici: quello di dolore, di nascita, di morte, ed è dunque a partire da questi che è possibile erodere i modelli culturali dominanti che hanno reso possibile il paradigma della razionalità tecnica, per domandarsi: *che cosa apprendere per essere infermieri?*

Se la teoria, come ci ricorda la Benner (2003, p. 2), è “un potente strumento di spiegazione e predizione” perché “dà forma ai quesiti e consente l’esame sistematico di una serie di eventi”, è anche vero che la disciplina infermieristica ha costruito se stessa identificando quelle proprie condizioni necessarie e sufficienti affinché le situazioni reali si potessero verificare. Che fine abbia fatto, e come recuperare, tutto quello che non rientrava in queste condizioni “necessarie e sufficienti”, è in parte materia di indagine del presente lavoro.

<sup>6</sup> Una Comunità di Pratiche è un incontro spontaneo e/o organizzato tra professionisti (nel nostro caso operanti nella medesima area ma in setting differenti: infermieri di chirurgia generale, ortopedia, urologia, ecc.) che, attraverso una pratica riflessiva, critica e scientifica di esperienze apprese durante la propria attività professionale, formulano nuove conoscenze e nuovi saperi che, adeguatamente validati, verranno poi implementati in qualità di *best practice*.

Per un approfondimento su tali tematiche si rimanda, in bibliografia, ai lavori di Mezirow (2003), Cipolla e Artioli (2003), Gherardi e Nicolini (2004), Fabbri (2007).

*Una conoscenza situata e co-costruita*

Abitualmente, tendiamo a concepire la conoscenza quasi esclusivamente come conoscenza di leggi e di regole invarianti, ovvero indipendenti dal contesto, dagli spazi e dai tempi. Tale visione ha prodotto l'illusione che la conoscenza sia proceduralizzabile, formalizzabile, del tutto manifesta e a-contestuale. Naturalmente non è sempre così, e molti studenti, anche all'inizio del loro percorso di tirocinio, lo evidenziano con convinzione.

Ho concluso il primo tirocinio del C.d.L. in Infermieristica, svolto in A.D.I., sul territorio del quartiere 1 di Firenze. Il primo impatto a livello personale è stato piuttosto devastante, psicologicamente e fisicamente. Ho avuto una risposta emotiva personale un po' ritardata. Dopo circa una settimana e mezzo di tirocinio ho cominciato ad andare oltre la memorizzazione delle procedure e a guardare solidamente chi subiva le procedure che poi avrei eseguito io. La maggior parte delle persone che ho curato e medicato erano in stato vegetativo da anni, da anni non vedevano più il passare del tempo né su di loro né sui propri figli, che giorno dopo giorno condividono con loro la propria vita. Ho terminato il mio primo ciclo di tirocinio e ho capito concretamente quale splendido mestiere è quello dell'infermiere. Non ci dobbiamo limitare a medicare una gamba malandata o a infondere una terapia in vena. Il vero lavoro dell'infermiere è prendersi cura dell'equilibrio fisico e psicologico e sociale della persona che assistiamo, e con prendersi cura significa cercare di ascoltare più che parlare, significa sorridere e complimentarsi per un traguardo raggiunto (sempre con grande fatica), significa comporre un numero e chiamare il figlio o la figlia che non sentono da più di una settimana. Quant'è vero che basta una sola carezza per tranquillizzare un anziano che soffre, che basta un sorriso per farli sorridere a loro volta. La realtà del territorio è quanto di più angosciante abbia immaginato di vedere con questa professione.  
(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2011/12)

La riflessione di questo studente contiene *in nuce* il problema che qui sto discutendo. Se infatti si comincia ad *“andare oltre la memorizzazione delle procedure”*, ci accorgiamo che, contrariamente a quanto il modello della razionalità tecnica ci propone, l'universo delle possibilità nelle quali ci troviamo non è finito e numerabile, per cui per risolvere un problema *non* è sufficiente selezionare, tra i mezzi e gli strumenti a nostra disposizione, quello che meglio si adatta a determinati fini (*medicare una gamba malandata o infondere una terapia in vena*), né è possibile pensare che noi, in quanto osservatori che fanno parte di quel medesimo sistema, siamo capaci di conoscere limiti e strutture vivendo in una sorta di *“tranquillità professionale”* (*la realtà del territorio è quanto di più angosciante abbia immaginato di vedere con questa professione*). Ritorno dunque alla mia riflessione di partenza. Se le teorie scientifiche non riescono sempre a contemplare la risoluzione di tutti i problemi emergenti dall'esperienza, perché questi si caratterizzano come unici e mutevoli,

Una signora (...) era ossessionata dal suonare il campanello; mi ricordo che io ci sono andato quattro volte ed una mia collega altrettanto, ogni volta per

motivi futili: una volta che gli arrivava troppa luce, un'altra volta troppo poca, un'altra volta che sentiva caldo e così continuando. L'ultima volta avevo capito che voleva parlare così mi sono seduto accanto a lei nel letto per una ventina di minuti, ascoltandola, rassicurandola, incoraggiandola di non arrendersi alla malattia (...). Appena sono uscito dalla stanza non ha più suonato il campanello per le restanti tre ore.

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2009/10)

e se è fondamentale che a decidere su delle ipotesi sia non il teorico, ma principalmente i professionisti che poi utilizzeranno quelle conoscenze,

Nel mio reparto si è presentato un caso di un signore di nazionalità marocchina che non voleva farsi fare l'igiene dalle donne. Su questa cosa ci sono state varie polemiche in reparto, infatti vi erano operatori che cercavano di trovare una soluzione, anche rivolgendosi agli altri reparti, in quanto noi eravamo per la maggior parte donne, altri invece proponevano di lasciarlo stare in modo che quando poi ne avesse avvertito il forte bisogno sarebbe stato disposto a farsi lavare anche dalle donne. Perché obbligare una persona? Perché metterla in imbarazzo quando possiamo trovare delle soluzioni? Per fortuna alla fine ha "vinto" chi diceva di contattare altri reparti.

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2010/11)

ecco che il modello delle Comunità di Pratiche, insieme ad altri modelli che oggi si stanno elaborando rispetto alla questione cruciale del comportamento organizzativo, mette in atto -prima ancora che teorizzare- l'idea fondamentale che l'apprendimento è prima di tutto esperienza concreta, e come tale si può certo prefigurare ma non predeterminare o schematizzare troppo rigidamente. Bastano questi pochi esempi per confermare l'idea che la conoscenza è sempre incarnata in un *qui* e in un *ora*, e che quando le gerarchie e le procedure sono troppo formalizzate molti problemi ci possono apparire del tutto irrisolvibili perché le linee che potrebbero portare a una loro risoluzione, più o meno agevole, non si piegano al nostro tipo di formalizzazione<sup>7</sup>.

Ma credo ci sia di più. Dal momento che in questo continuo processo di negoziazione noi non solo costruiamo un sapere che è scientificamente "valido", ma anche maggiormente "riconosciuto" perché condiviso da coloro che ne usufruiranno (gli infermieri), le Comunità di Pratiche nel comparare, in azione, dei percorsi di sviluppo alternativi, allargano la nostra comprensione anche intorno ad un altro problema, quello inerente il rapporto infermiere-medico. Non è qui mia intenzione discutere di un problema così articolato, ma nel soffermarsi su quali siano quelle condizioni, e da cosa siano dovute, che limitano o agevolano i

<sup>7</sup> Quando, più avanti nel presente lavoro, parlerò di alcuni di quei concetti intorno ai quali si è andata costruendo l'identità professionale degli infermieri, questo aspetto ricomparirà con tutte le sue ambiguità. Risulterà infatti evidente che prendersi in carico i bisogni assistenziali dei pazienti significa, anche, saper leggere i significati che stanno dietro al soddisfacimento di bisogni primari apparentemente semplici e umili (il lavarsi, il mangiare, il muoversi, ecc.) e, in maniera speculare, saper leggere (se il nostro agire educativo non fosse risultato efficace) riflessivamente i presupposti che hanno mosso la nostra interpretazione.

vari processi di negoziazione, elaborazione e fruizione dei saperi in una determinata comunità professionale, questo rapporto non può essere taciuto.

Un persistente luogo comune tende infatti a considerare e pensare che l'infermiere, non identificandosi con gli obiettivi primari dell'organizzazione sanitaria di cui fa parte, non avendo molto potere nel fissare il livello formale e la direzione che il lavoro deve avere e, come anticipato, dovendo spesso eseguire compiti che sono stati razionalizzati in una maniera così forte da risultare meccanici e senza significato, sia una sorta di lavoratore alienato all'interno di un sistema professionale più grande di lui<sup>8</sup>.

Ho tristemente notato che la figura professionale dell'infermiere è oggi giorno ancora fortemente svalutata. Tante persone guardano infatti l'infermiere con l'ottica obsoleta del "supporto del medico talvolta anche un po' cialtrone" e non come figura complementare a quella del medico, con le proprie responsabilità, competenze, conoscenze e la propria autonomia. L'assenza di tale fiducia spesso pregiudica fortemente l'assistenza, ma purtroppo ancora adesso poco viene fatto in questa direzione perché, nonostante le numerose campagne di sensibilizzazione (forse non abbastanza incisive), l'ignoranza riguardo la figura dell'infermiere è ancora fortemente radicata nella popolazione italiana. (Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2010/11)

Nonostante tale stereotipo, mi sembra che l'infermiere oggi sia perfettamente consapevole dell'importanza del suo ruolo (che non percepisce come un mero supporto tecnico-assistenziale) e dell'importanza della complessa rete relazionale della quale generalmente è intessuta la sua attività cura.

Ritengo quindi che debba essere grande lo sforzo profuso dall'infermiere per conquistare la fiducia del paziente e che le nuove generazioni di infermieri (me compresa) non debbano scoraggiarsi davanti alla constatazione di questa realtà e limitarsi ad accettare la situazione così com'è, ma che debbano lottare affinché gli venga riconosciuta la dignità di professionisti. (ibid.)

<sup>8</sup> Sarebbe interessante riflettere in maniera articolata sul perché la nostra società viva, ormai da tempo, una mancanza di personale infermieristico quasi cronica. Mi domando se tale crisi abbia, tra i suoi motivi fondativi, oltre al fatto che le nostre società sono sempre più individualistiche, anche quello che non siamo quasi più capaci di produrre "cultura" intorno a ciò che non sia specialistico e tecnologico, per cui quando cerchiamo di abbandonare questo modello, ne riproponiamo un altro, che nel nostro caso coincide con lo stereotipo dell'infermiera provocante e disinibita. La cosa lascia ancora più riflettere se si scopre che per una volta, a proporre un'immagine così sessista e discriminatoria, non è l'Italia ma la progredita Svezia. Qui infatti i dirigenti dell'ospedale *Södersjukhuset* di Stoccolma hanno pubblicato sul web un annuncio che informa come l'Istituto sia alla ricerca di aspiranti infermiere (solo per i mesi estivi) che, oltre a possedere professionalità e competenza, devono anche essere sexy e seducenti. Benché i vari dirigenti si siano affrettati a dire (sempre stando alle notizie riportate) che il loro scopo rimane "reclutare soprattutto infermiere competenti", e che si è trattato soprattutto di "una trovata di marketing", il dubbio sulla capacità del modello bio-medico di pensare "altro" da sé al di fuori di questi schemi in parte rimane. Per approfondimenti: [www.corriere.it/esteri/12\\_febbraio\\_22/tortora-ospedale-svedese\\_19d34400-5d52-11e1-8d58-29f34aaed5a4.shtml](http://www.corriere.it/esteri/12_febbraio_22/tortora-ospedale-svedese_19d34400-5d52-11e1-8d58-29f34aaed5a4.shtml) (accesso verificato il 24 febbraio 2012).

Come vedremo in seguito, quando affronteremo sinteticamente alcuni dei problemi che possono nascere nel rapporto infermiere/paziente migrante, anche in questo caso il rapporto medico/infermiere appare conflittuale non solo e non tanto perché mette a confronto due soggetti diversi, ma soprattutto perché impone che, in un modo o nell'altro, a dialogare siano due differenti sistemi strutturali: quello dei medici, fortemente connotato da una "razionalità tecnica", e quello degli infermieri i quali, radicando la propria prassi nei bisogni assistenziali del paziente, sarebbero più portati ad instaurare un "clima di fiducia" e di compartecipazione che passa generalmente attraverso condotte più "semplici" (una parola o un gesto, uno sguardo).

Il giro visite nel mio reparto si effettua andando di stanza in stanza con un enorme carrello giallo in cui vengono inseriti, in spazi appositi, le cartelle cartacee dei degenti. Sul carrello gigante è posto un computer portatile da cui il medico può accedere tramite Galileo (un programma apposito) alle informazioni, anche quelle più personali e riservate della persona che il medico stesso in quell'istante sta visitando. Il medico si rivolge alla persona assistita con un tono elevato, in ogni stanza ci sono due persone. Il medico entra nella stanza, concede un buongiorno alla prima persona da visitare e, a causa del tono della voce, sveglia anche la seconda persona posizionata sul secondo letto (che magari dormiva). Il medico, dopo una visita fisica al malato, si pone dietro il carrello gigantesco per scrivere le proprie osservazioni nella cartella virtuale del malato, attraverso il computer portatile; lascia vedere alla persona sdraiata sul letto soltanto il suo volto e parte del torace, il suo corpo è totalmente dietro il carrello. Si creano delle barriere materiali tra il medico e la persona visitata che, essendo sdraiata, trova difficoltà ad individuare la posizione del medico.

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2010/11)

Le Comunità di Pratiche, anche in questo caso, possono essere degli strumenti fondamentali per riflettere su quello che Freidson (2002) ha chiamato "*la dominanza medica*", e per far lavorare assieme forme diverse di sapere in azione che possono coesistere anche nell'ambito di una (irrisolvibile?) dissonanza.

### *Ri-costruire l'identità professionale degli infermieri attraverso l'analisi di tre concetti chiave*

Dalle riflessioni degli studenti sopra indicate, un dato appare chiaro: una "buona assistenza" non significa erogare uguali quantità e qualità di prestazioni a tutti i pazienti, ma dare a ciascuno secondo il *proprio* bisogno. Ma quale è, e come si misura (se si misura), questo *bisogno*?

La nostra società occidentale attuale, che a ragione viene chiamata "liquida" (Bauman 2011), si presenta continuamente nella sua forma plurale, asimmetrica e dinamica: forme, modelli e tendenze le conferiscono l'aspetto di una enorme rete di significati che impongono all'operatore sanitario non solo di sviluppare nuove competenze, ma di riflettere sulla sua formazione lungo tutto l'arco della propria vita professionale.

I pazienti oggi, sono diversi, perché diverse sono le malattie e le patologie con cui si trovano a dover combattere, perché diversi sono i canoni imposti dalla società, e quindi diversi sono i valori e ciò che una persona si aspetta dall'infermiere. Oggi abbiamo a che fare con un mondo affollato ed in costante cambiamento fatto di persone eterogenee, di sesso, colore, nazionalità, credenze e tradizioni religiose (...). Pensando al tirocinio ed analizzando le persone che mi sono trovata di fronte (dalla persona anziana, alla donna con il burqa, all'uomo che non voleva farsi lavare se non dalla moglie, e così via), ho capito che siamo immensamente diversi e complicati, e che solo attraverso la conoscenza e la comprensione di tutte le componenti di un individuo potrò dare il meglio di me stessa nella mia futura attività.  
(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2011/12)

In tale contesto, le problematiche cui va incontro un paziente migrante sono tante: capire e imparare una nuova lingua, ricostruire una vita senza una adeguata rete di protezione familiare e comunitaria, superare l'abbandono e la nostalgia per la propria terra, affrontare la solitudine e il pregiudizio, ecc<sup>9</sup>. A questo si aggiunge la difficoltà di incontrare un "contenitore" culturale dove depositare, e poi condividere, la propria identità<sup>10</sup>, e dove trovare dei riferimenti culturali da riprodurre attraverso pratiche quotidiane<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> L'idea che l'esperienza migratoria rappresenti un evento capace di minare, anche profondamente, lo stato di salute del migrante nel paese di accoglienza, è ormai comprovata da numerosi studi. Tale attenzione sugli effetti che i processi migratori hanno sulla salute degli immigrati ci ricorda nuovamente che gli infermieri, e non solo loro, devono dotarsi di "strumenti interpretativi" (oltre che dei tradizionali strumenti clinici) attraverso i quali collocare la sofferenza del migrante in una dimensione che tenga conto non solo del *disease* (ovvero della malattia così come è intesa dalla scienza medica), ma anche della *illness* (cioè della percezione soggettiva del "sentirsi malato"). Per un approfondimento su tali tematiche si rimanda, in bibliografia, ai lavori di Mazzetti (2003) e Baldi (2011).

<sup>10</sup> Strutturare la propria identità è un processo che non solo si costruisce e si negozia continuamente, ma che è anche soggetto ad una "verifica" culturale. In un mio saggio di prossima pubblicazione (Orefice 2012), ho riflettuto su come le categorie di genere, le rappresentazioni della persona sessuata e la ripartizione dei compiti che conosciamo nelle nostre società occidentali non siano fenomeni con valore universale generati da una natura biologica comune, ma appunto costruzioni culturali. Queste problematiche mi sembrano particolarmente pertinenti per quanto qui stiamo discutendo, in quanto investono questioni di importanza fondamentale in ambito sanitario (la procreazione assistita, il ruolo delle donne immigrate, le conseguenze dell'allungamento della vita, i diritti delle "minoranze", ecc.) che riguardano direttamente (anche) gli infermieri.

<sup>11</sup> Il migrante, per non perdere la sua identità, "ricostruisce" uno spazio simbolico della sua cultura d'origine attraverso modi e azioni che richiamano la sua tradizione. Nei contesti di cura il corpo, *testimone* di una realtà e *memoria* di una condizione, comunica molte volte questo possibile disagio in numerosi modi, ricordandoci così che esso è simultaneamente un prodotto fisico e simbolico, naturale e culturale e inserito in un preciso contesto storico (Orefice 2011, pp. 123-132).

Primo passo quindi è capire chi abbiamo di fronte, spendere quei cinque minuti in più parlando con i familiari o con il paziente stesso; nel caso in cui il paziente sia extracomunitario capire il livello della lingua innanzitutto attivandoci, sempre nei limiti, a risolvere questo ostacolo, capire il vissuto del paziente, chi era, cosa faceva, perchè ora sta qui, che malattia ha, conoscere parzialmente almeno la cultura di provenienza, tenendo conto di eventuali riti o semplici comportamenti che potrebbero forse in qualche modo aiutarlo a sentirsi a proprio agio, individuare la professione e il ramo sociale da cui proviene (...); perchè è vero che in linea di massima chi è ricoverato in un ospedale è un paziente, ma prima di essere un paziente era un uomo che aveva una posizione sociale e culturale.

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2011/12)

Per gli infermieri dunque, focalizzare l'attenzione sulle differenze e le similarità tra le culture in relazione alla salute, alla malattia, agli schemi di cura e ai valori di una particolare società, appare fondamentale per risolvere le attese assistenziali dell'utente. Non penso comunque che questa figura professionale debba risolvere il suo compito in una contestualizzazione di tipo *descrittivo* ed *esplicativo* circa le diverse abitudini culturali attorno all'assistenza<sup>12</sup>, ma più propriamente studiare le dinamiche relazionali, le possibili incomprensioni, i pregiudizi che si vengono a creare quando incontra pazienti portatori di cornici culturali differenti, in modo che -in un processo di tipo *ermeneutico*- il bisogno di assistenza possa essere "pre-compreso", cioè intuito prima che possa manifestarsi in un modo conflittuale. Questa logica trascende le risposte dicotomiche caratterizzate da un approccio infermieristico riduzionista, e fa emergere un conflitto da interpretare dove tendenzialmente altri vedono solo un compito da svolgere o un problema da evitare.

Appare dunque evidente che gli infermieri si trovano spesso ad affrontare problemi sconosciuti, e che questo incontro/scontro procura a volte la sensazione che se per un verso si è aperti alla possibilità di provare a cambiare i propri schemi di significato per interpretare in un modo più profondo una determinata situazione, dall'altro si vive con paura per le conseguenze che quell'agire potrebbe avere. Questa "modalità" ci ricorda nuovamente che l'esperienza, spesso, appare molto più complessa della teoria, e che l'agire professionale non è legato soltanto funzionalmente alla cura del paziente, ma è influenzato anche dal modo in cui gli altri giudicano/potrebbero giudicare l'operato del soggetto.

In estrema sintesi, mi sembra si possa dire che non esiste una metodologia di nursing che vada bene per tutti, ma che è necessario cercare, anche attraverso l'utilizzo di competenze trasversali, di risolvere le attese assistenziali

<sup>12</sup> Sapere per esempio, come un giorno si premurava di ripetermi una studentessa durante una lezione, che è necessario conoscere cosa fanno le donne cinesi che vivono a Prato durante il parto e quali sono, in quei momenti, le ragioni di un loro determinato comportamento, non permette *necessariamente* di capire quali sono i processi di condizionamento socio-culturale in atto nelle diverse comunità interessate, quali le pratiche di prevenzione adottate, oppure di indagare il problema dell'efficacia di specifiche terapie durante la gravidanza.

dell'utente (soprattutto se migrante). Le narrazioni degli studenti riportate ci ricordano, con la loro combinazione di incomprensioni reciproche e “buone pratiche”, che il nursing è un processo di ricerca scientifico e di *costruzione di senso* che mette continuamente in una relazionale dinamica l'infermiere, i diversi utenti, la comunità e l'ambiente, e che in tale relazione i modelli culturali di riferimento, il tempo storico-sociale e i vissuti dei protagonisti hanno un ruolo fondamentale nella risoluzione positiva del rapporto.

Al tirocinio ho notato che le persone anziane, con i loro “antichi” valori e soprattutto la loro credenza religiosa, spesso assumo atteggiamenti che per noi possono sembrare aggressivi, ma che per loro sono solo delle abitudini quotidiane della loro vita passata. (...) Vi sono poi i pazienti che hanno diversi credi. Alcuni di loro la mattina o la sera prima di addormentarsi hanno bisogno di avere un po' di tempo per pregare, forse in maniera piuttosto esplicita come fanno le persone di religione islamica. Noi infermieri, prima di tutti, dobbiamo accertarci del credo della persona che abbiamo in carico, al fine di favorire nel miglior modo possibile la possibilità di esercitare la propria fede con libertà, naturalmente rispettando dei limiti...

Visto che viviamo in un mondo sempre più interculturale, dove la “razza” non esiste più, “l'altro” non deve essere visto come nemico, un invasore, ma accolto come persona, per altro soggetta a una patologia che ha bisogno di immediata ed efficiente assistenza.

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2010/11)

### *Il dolore*

Il primo passo verso la consapevolezza della malattia va ricercato in una sensazione di malessere e di disagio, la cui esperienza più rudimentale e primordiale risiede proprio nel dolore. Questa esperienza è sicuramente condivisa con il regno animale, ma noi uomini non vi reagiamo in modo puramente biologico, essendo le nostre risposte legate anche alla cultura del nostro gruppo di appartenenza.

Come ho già avuto modo di sottolineare altrove (Orefice 2011:142-149), riflettere su questo aspetto significa non solo approfondire le basi anatomiche e fisiologiche della concezione del dolore, ma anche domandarsi come questo influisca sulla condotta di chi ne è assalito, sui suoi valori e sulla trama sociale e culturale in cui è immerso. In questo processo di *interpretazione*, l'infermiere è avvantaggiato rispetto al medico, non solo per una vicinanza strategica al malato e al suo dolore, ma anche perché, a differenze di quest'ultimo, non è vincolato da una diagnosi fisica e quindi il suo sguardo può essere più pronto a coglierne i diversi significati. Nel momento infatti in cui l'approccio medico diventa condizionato da una *pre-comprensione* del dolore, il professionista non solo stabilisce se una persona sia malata o meno, ma decide anche se debba sentire dolore. La stessa *terapia del dolore* mostra, a volte, questo evidente limite di riferirsi al fenomeno, piuttosto che al soggetto che lo prova, considerando appunto quest'ultimo come un semplice oggetto da controllare

attraverso tecniche farmacologiche e chirurgiche. Diversamente, quando questo non appare possibile, mediante la *gestione e il controllo del dolore* si tende invece a considerarlo come parte della persona e del suo vissuto, per cui oltre che del soggetto si tiene conto anche del suo ambiente familiare e del suo vissuto. Questa “ambiguità”, rispetto alla “misurazione” del dolore, evidenzia in maniera palese i limiti di quella razionalità tecnica di cui stiamo discutendo, ed appare evidente nel racconto di uno studente che riveste la duplice veste di “paziente” e di “studente-tirocinante”.

Nella mia esperienza personale mi sono già confrontata con questo aspetto, ogni volta che mi sono recata nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale; in particolare qualche anno fa, quando ancora frequentavo il Corso di danza (la danza rappresentava per me un qualcosa di molto importante), avevo un continuo dolore al ginocchio. Mi sono recata dal mio medico, cui ho descritto, oltre alla sede del dolore, anche la mia esperienza con la danza, arricchita di molti particolari che pensavo potessero essergli utili per fare la diagnosi e anche per capire la mia sofferenza, non solo per il dolore; alla fine il medico, come se non avesse la minima percezione di quello che provavo, mentre ha iniziato a compilare la ricetta, mi ha detto: “Quindi, ti devo prescrivere un antidolorifico?” La mia delusione è stata grande, anche perché tutta la mia sofferenza è stata banalizzata, racchiusa e conclusa in un piccolo pezzo di carta.

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2010/11)

Può apparire inopportuno parlare di un “dolore infermieristico”, come se tale fenomeno riguardasse, rispetto alla restante équipe sanitaria, soltanto gli infermieri, eppure è proprio da questo senso di “esclusività” che credo possa partire una concettualizzazione del dolore da parte degli infermieri originale e feconda. Non trattandosi infatti di una questione solo formale, l'assunzione del principio della centralità e soggettività della persona comporta decisioni cliniche metodologicamente coerenti e ci riporta, come già affermato in riferimento al processo diagnostico, all'idea che anche nella fase della pianificazione (cioè della scelta di obiettivi ed interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica) è necessario rinunciare ad un modello rigidamente deterministico per la definizione dei protocolli di intervento, privilegiando invece risposte operative non standardizzabili. Non dico naturalmente che l'infermiere possa o debba sottovalutare l'importanza clinica di quello che vede e misura il medico, ma che essendo più libero di cogliere altri aspetti del dolore (sociali, simbolici, ecc.) può confermare quella premessa fatta precedentemente che lo vuole “ascolta(re), informa(re), coinvolge(re) la persona e valuta(re) con la stessa i bisogni assistenziali” (Codice di deontologia degli infermieri, 4.2).

La Sig.ra (...) ha 76 anni, vedova da 30 anni, è affetta da insufficienza arteriosa agli arti inferiori. All'età di 23 anni adotta suo figlio che all'epoca aveva 8 anni. La precoce morte di suo marito l'ha costretta a crescere suo figlio da sola, senza l'aiuto di terzi e si è sempre data da fare: prima operaia, poi sarta, poi insegnante di italiano, poi cameriera ecc. ecc. La morte del padre

ha risvegliato nel figlio il terrore dell'abbandono e della solitudine, tanto che si è attaccato emotivamente a sua madre in modo tale da non volere altre persone nella sua vita oltre a lei. Non si è sposato, non ha fatto figli. Adesso la madre soffre di un dolore lancinante, non può più camminare perché le ulcerazioni a seguito dell'ipoperfusione di sangue alle estremità inferiori le hanno causato la gangrena di piedi e tibie, ha tendini e ossa esposti, continuamente infetti. Pur sotto morfina 24 ore su 24, purtroppo non si riesce più neanche quella a darle sollievo dal dolore. Rifiuta il ricovero, gli interventi che potrebbero far cessare il dolore continuo (della scala VAS da 1 -dolore minimo- a 10 -dolore massimo- ha sempre un 8) per non allontanarsi dal figlio, per non preoccuparlo ulteriormente, per non pesare ancor di più sulla sua sfera emotiva. La Sig.ra (...), per paura di pesare ancora di più sul figlio, ha deciso letteralmente di "morire di dolore". L'infermiera che affiancavo, ed io, i primi giorni pensavamo che si rifiutasse per paura dell'intervento, per paura di sentire ancor di più il dolore. L'infermiera che l'ha sempre seguita continuava a dirmi che era inutile parlarle, che ormai era inamovibile nella sua decisione. Ci aveva provato, ma probabilmente non aveva ascoltato abbastanza. Un giorno tornammo come sempre per medicarle le gambe e proprio quel giorno il figlio non era in casa e avevamo appuntamento con il medico per la visita congiunta. Il dottore era in ritardo tanto che è arrivato dopo 45 minuti. In questi 45 minuti abbiamo avuto modo di parlarle, di chiedere del marito, del figlio. Lei raccontava la sua vita, si lamentava della decadenza del suo corpo un tempo florido e prosperoso, parlava dell'impossibilità di trovare soluzioni che andassero bene sia a lei che a suo figlio. Non aveva mai parlato del figlio in quei termini. Ci spiegò quanto fosse spaventata all'idea di doverlo lasciare, quanto fosse terrorizzata all'idea di un intervento chirurgico. A questo punto l'infermiera cambiò discorso, io invece le chiesi: "ma allora non si vuole operare per via del suo figliolo, non perché non abbia fiducia nell'intervento!" "Bambina -rispose- fosse per me le gambe me le sarei fatte tagliare 2 anni fa! Lo vedi come mi son ridotta? Cosa vuoi che me ne fregghi di avere due gambe inutili che mi impediscono addirittura di dormire la notte o di andare al bagno da sola quando potrei avere 2 protesi, brutte eh!, ma che mi renderebbero la mia vita e la mia gioia?" La Sig.ra (...) non aveva mai parlato di quel che avrebbe voluto per se stessa, è bastato farle una domanda per capire che aveva solo bisogno di una mano ma non per se stessa, ma per suo figlio.

Abbiamo parlato con il medico, abbiamo parlato con il figlio, poi con tutti e tre insieme, "a tavolino", abbiamo messo insieme tutto e il giorno (...) è stata operata. So che ha ripreso 20 chili, che la notte dorme, che fa fisioterapia accompagnata dal figlio tutte le volte. Chissà, forse se non l'avessimo ascoltata come e dove sarebbe adesso, come starebbe suo figlio. L'infermiera ha il dovere di andare oltre. Spesso i pazienti neanche si rendono conto di quel che hanno bisogno, siamo noi che dobbiamo capirlo, noi dobbiamo e possiamo aiutarli. (Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2011/12)

Questa capacità di "ascolto" dell'infermiere, che nei confronti del paziente migrante necessita ancora di maggiore più attenzione, ci permette di paragonare questa figura (al pari degli altri professionisti della salute e della cura) ad un etnografo (Good 1999) che sente parlare il paziente, ne ascolta i silenzi, le omissioni, le posture e le espressioni, ricordandoci così che anche il dolore, come la malattia, non è soltanto un fatto biologico.

Esistono molti tipi di sofferenza: esiste quella fatta di urli, strilli, pianti e lamenti, quella silenziosa oppure malinconica, la sofferenza “senza veli”....insomma esiste una sofferenza diversa per ciascuna persona del mondo. Ognuno di noi ha quindi il diritto di scegliere come poter affrontare il proprio “dolore”, ed è proprio in questo contesto che si inserisce la figura del professionista come guida nella gestione di tale sentimento. L’infermiere non deve scegliere come affrontare la sofferenza al posto di altri, ma deve offrire il proprio aiuto per cercare di abbattere ciò che impedisce alla persona di essere felice, anche nei casi più estremi, come ad esempio quello di una malattia terminale.  
(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2010/11)

### *La nascita*

Una importante occasione di incontro tra culture nei contesti sanitari è rappresentata dal periodo della gravidanza e dal parto. Come già ho avuto modo di accennare nel paragrafo precedente, il crescere dei fenomeni di stabilizzazione migratoria ha portato sempre più donne straniere ad affrontare questa esperienza nei Paesi di accoglienza. Il momento della nascita ci interessa particolarmente, non solo perché costituisce il passaggio dalla vita organica condivisa fisiologicamente con la madre alla vita organica indipendente del figlio/a, ma anche perché è un evento naturale che si innesta come punto di raccordo tra la natura e la cultura, nel senso che viene vissuta e gestita secondo modalità culturali differenti.

Questo aspetto, ha fatto in modo che negli ultimi anni i consultori e gli ospedali di molte importanti città italiane si organizzassero per fronteggiare problemi e questioni sollevate dalla presenza di giovani donne di nazionalità straniera che chiedevano, e tuttora chiedono, di essere aiutate nel percorso di gravidanza, così come nel periodo immediatamente successivo al parto. A fronte di ciò, la necessità -sempre più pressante- è dunque quella di riformulare l’approccio alla maternità nelle strutture ospedaliere in modo che si tenga sempre più conto di alcune variabili connesse alle culture di appartenenza delle partorienti, del tipo di domande e di preoccupazioni specifiche poste da queste donne, del rapporto (spesso controverso) che esse intrattengono con l’ospedalizzazione e con l’autorità medica, fino ad arrivare a difficoltà di tipo linguistico-comunicativo. Anche in questo caso, il racconto di uno studente che riveste la duplice veste di “paziente” (non italiano) e di “studente-tirocinante”, ci offre spunti di riflessione.

Sono uscita dalla porta, quelle due infermiere che mi hanno accompagnata non c’erano più e piano piano sono arrivata al mio lettino da sola. Poco dopo è passata un’infermiera, mi ha vista nel letto, si è avvicinata e mi ha detto: “Senti, non sono io che ti devo aiutare a camminare e a vestirti, qui con te deve stare la tua mamma!” Le ho detto che purtroppo mia mamma al momento sta in Russia e quindi non può affiancarmi. Allora l’infermiera si è espressa più chiaramente, dicendomi che a quel punto anch’io avrei dovuto partorire in Russia. Ho risposto che invece non potevo farlo dato che il mio marito è italiano, che sta in Italia e io sto qui con lui. L’infermiera non sembrava convinta anzi, si è arrabbiata ed ha esclamato che “tutti gli stranieri sono uguali, perché non appena vengono in Italia, iniziano a comandare”, dopodiché mi

ha consigliato (mettiamola così) di tornare al mio paese. Allora sono rimasta senza parole...

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2009/10)

Questo momento così significativo dell'incontro interculturale, non sempre esente da tensioni e disturbi comunicativi, mi pare che anche in questo caso abbia valenze molteplici che attengono in maniera molto forte con l'identità professionale dell'infermiere.

In primo luogo, affidarsi per una questione così importante e delicata nelle mani di un infermiere autoctono (meglio se donne, preferite nella maggior parte dei casi), significa per una donna poter maturare verso la comunità di accoglienza un debito di riconoscenza e un sentimento di fiducia che potrà trasferirsi anche ad altre situazioni<sup>13</sup>. Inoltre, se si pensa che nei momenti del parto e della gravidanza gli uomini immigrati (padri, fratelli, ecc.) molto spesso risultano esclusi per ragioni essenzialmente legate alle tradizioni culturali d'origine che pensano al parto come una "cosa da donne", questa esperienza può rappresentare anche un momento di incontro più libero e meno controllato delle donne con la cultura di accoglienza<sup>14</sup>. E' quindi sempre il corpo, in questo caso femminile, a rappresentare non solo il bilancio di un'esperienza migratoria che va ascoltata e decifrata, ma anche simbolicamente un *terreno di confine* (attraverso cui passano figli, fluidi, ecc.) che facendo leva sulle specificità di genere, sulle comuni e forti esperienze della maternità e dell'educazione dei figli, ecc., permette alle donne di diventare soggetti attivi nel recupero di saperi tradizionali e nell'individuazione di nuove strategie per affrontare i conflitti e delle tensioni in ambito sanitario.

In secondo luogo, anche per l'infermiere condividere con queste donne un momento così importante ed intimo, conoscerne le ansie e le emozioni, può rappresentare un modo per conoscere i migranti sotto un altro punto di vista<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Durante la nascita il momento della separazione madre-figlio è difficoltoso e può presentare inconvenienti che mettono in pericolo le vite della madre, del bambino, o di entrambi. Questo "margine di rischio" – e la sua necessità di controllarlo – può essere seguito attraverso vere e proprie "ritualizzazioni" che consentono di agire in maniera più idonea per evitare il rischio dell'evento. Per un approfondimento su tali tematiche si rimanda, in bibliografia, ai lavori, anche se non recenti, di De Martino (1975 e 1981).

<sup>14</sup> Anche se in linea generale questo incontro è spesso mediato dagli uomini della famiglia della donna immigrata, si deve evidenziare che è in forte crescita un fenomeno di assimilazione da parte degli uomini delle donne immigrate rispetto ad una serie di comportamenti che ritroviamo, maggiormente presenti e strutturati, nei padri occidentali (maggiore partecipazione al percorso della gravidanza e del parto, maggiore collaboratività dei diritti della donna e dei figli, in particolare delle bambine, ecc.).

<sup>15</sup> Questo processo di "accettazione" e "riconoscimento" è naturalmente duplice, in quanto anche per le donne immigrate questo momento di incontro (a volte traumatico, a volte positivo) con le strutture socio-sanitarie del Paese di accoglienza, le può portare ad aprirsi alla conoscenza di aspetti sconosciuti del contesto di immigrazione, disponendosi verso di esso in modo meno difensivo.

Tutt'altra cosa rappresenta, invece, un interesse da parte dell'infermiere verso la cultura e la nazionalità del paziente con lo scopo di aiutarlo a guarire più efficacemente e più rapidamente. Sapere chi si ha davanti (in senso etnico e culturale), non per "poterlo mandare al paese di provenienza", ma per capirlo meglio e quindi essergli più utile. (ibid.)

È questa una strada sicuramente difficoltosa, e come gli infermieri sanno piena di momenti di sconforto e di resistenza, ma che vale la pena percorrere. Nelle narrazioni di questi studenti è presente *in nuce* l'idea, del tutto auspicabile e da coltivare, che il periodo della gravidanza e del parto può assumere la forma di uno spazio di interazione tra le culture, uno spazio non solo molto più produttivo di quello che ci viene presentato nei teatrini della politica, ma anche più femminile che maschile, dove le donne rivestono un ruolo cruciale di mediazione tra codici e di riduzione dello scontro tra ordini di riferimento e valori diversi.

Vorrei infine chiudere questa breve riflessione sulla nascita con una narrazione che non proviene direttamente dagli studenti con i quali ho avuto a che fare in questi anni, ma che rappresenta un eccellente esempio di come la cosiddetta "conoscenza pratica" del corpo infermiere non possa essere solo teorica e scientifica, in quanto tocca ineludibilmente gli aspetti metodologici, filosofici ed etici dell'assistere. L'esempio riportato riguarda la gestione della sessualità e il controllo della capacità riproduttiva da parte delle donne immigrate (non di tutte, naturalmente, e non solo di queste), aspetti prettamente legati all'agire infermieristico. Esso è importante perché "interpreta" uno specifico problema legandolo indissolubilmente alle problematiche di genere, ad uno stato sociale di sottomissione e debolezza, alla possibilità e capacità, da parte delle donne, di negoziare col partner l'utilizzo di un metodo contraccettivo, nonché a specifici modelli culturali di riferimento rispetto alla maternità e al ruolo femminile nella famiglia e nella società.

Edith è una giovane nigeriana; ha 25 anni e da circa tre si prostituisce in una città del nord Italia. Si è appena rivolta all'ospedale per un'interruzione di gravidanza. E' la quarta volta. Gli operatori ormai la conoscono, e si chiedono cosa fare. E' possibile che non ci sia modo di farle capire come si fa a non avere figli, senza ricorrere all'IVG?

C'è una psicologa che si offre di parlare con lei, e che riesce a stabilire un rapporto cordiale. Così viene a scoprire che Edith sa benissimo come fare per evitare le gravidanze indesiderate. Prende regolarmente la pillola e fa usare il preservativo ai suoi clienti. Solo che, dopo un po' di mesi, si preoccupa: le "medicene" che prende le faranno male? Sarà ancora in grado di avere figli? Allora interrompe ogni metodo contraccettivo, fino all'inizio della gravidanza. A quel punto si rassicura: può ancora avere figli. Va a fare l'IVG e ricomincia da capo. (in Mazzetti, 2003, p. 110)

*La morte*

Nel suo *Frammenti di etica* (1922), Benedetto Croce scrive:

«Che cosa dobbiamo fare degli estinti, delle creature che ci furono care e che erano come parte di noi stessi? “*Dimenticarli*”, risponde, se pure con vario eufemismo, la saggezza della vita. “*Dimenticarli*”, conferma l’etica. “*Via dalle tombe!*”, esclamava Goethe, e a coro con lui altri spiriti magni. E l’uomo dimentica. Si dice che ciò è opera del tempo; ma troppe cose buone, e troppo ardue opere, si sogliono attribuire al tempo, cioè ad un essere che non esiste. No: quella dimenticanza non è opera del tempo; è opera nostra, che vogliamo dimenticare e dimentichiamo...».

Comincio da questa riflessione perché una, forse la più potente e prepotente, contraddizione che segna inesorabilmente il sapere infermieristico riguarda proprio il problema del “fine vita”. Non mi riferisco qui a conflitti ideologici o a impostazioni di tipo religioso, e non voglio ricondurre il discorso dietro gli steccati della liceità e dell’illeceità, ma a quella realtà della morte, a quel bisogno, tutto umano, di una *finitudine sensata*, che chiede risposte alla scienza, ai medici, alle strutture ospedaliere e, forse, in una maniera ancora maggiore, agli infermieri che, per statuto, “accompagnano” molto spesso il malato verso il suo ultimo viaggio. In Italia (come in quasi tutti i Paesi industrializzati), oltre il 70% della popolazione muore in regime di ricovero presso strutture sanitarie, dove quindi passa l’ultima parte della vita<sup>16</sup>. In tale contesto, l’infermiere non può non assumere una funzione fondamentale, poiché si assume spesso la principale responsabilità di gestire la presa in carico del paziente e la risposta ai suoi problemi, garantendo a lui e ai suoi familiari l’appropriatezza dell’assistenza, delle cure e della relazione di aiuto.

Ho già evidenziato come la morte e il morire rappresentino, oggi come ieri, eventi a forte impatto socioculturale, e come siano accompagnati da un complesso di comportamenti, atteggiamenti, riti, rappresentazioni e simboli che vanno interpretati (Orefice 2011). Quello che vorrei fare qui è riflettere meglio sull’approccio degli operatori sanitari (nel nostro caso gli infermieri) all’assistenza al morente, affrontando la questione in una duplice ottica.

La prima riguarda la cosiddetta “*oggettivazione professionale*” cui questi sono portatori, che spesso sfocia in comportamenti e atteggiamenti di professionalità esasperata e di deriva tecnicistica (e può portare fino all’accanimento terapeutico) e che è figlia, anche lei, del modello della *razionalità tecnica* di

<sup>16</sup> A fronte delle riflessioni che qui faccio, e limitatamente alla mia esperienza didattica, mi sembra alquanto paradossale questo dato. Di un paziente infatti che compare nelle statistiche quando è vivo, quando si ammala, oppure quando è morto, si sa moltissimo, ma molto meno conosciamo su come muore, sul tipo di assistenza che gli viene assicurata in questi momenti, oppure sui problemi che incontra sia lui che, di riflesso, i suoi familiari. Questo limite mi sembra sia in parte il prodotto di una organizzazione sanitaria, come è appunto la nostra, pensata ed organizzata principalmente su variabili di tipo economico, piuttosto che sui bisogni degli utenti e sulle esigenze dei diversi operatori che le danno forma e sostanza.

cui stiamo discutendo. Se infatti il morire sfugge alla verifica sperimentale, in quanto il ricorso esasperato alla tecnologia *non* permette di dare un significato alle malattie (che ripropongono sempre le medesime domande: “perché io?”, “perché ora?”, “perché in questo modo?”), evitare di pensare alla morte, o di parlarne, non immunizza dal suo potere e non contribuisce a trovare altri margini di soluzione.

Ricordo che al primo anno, durante situazioni drammatiche come la morte di alcuni pazienti, vedendo i familiari afflitti dalla perdita di un loro parente, provavo anch'io quella sensazione di dolore...Trattenevo le lacrime ma era forte in me quella voglia di piangere per sfogare ciò che io provavo in quel momento.

È proprio in quei momenti chiedevo agli infermieri: “Come fate ad essere così forti e freddi di fronte a queste situazioni”, e un infermiere una volta mi rispose: “vedrai, piano piano anche tu creerai la tua corazza, che ti permetterà di affrontare in questo modo le situazioni...”

(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2009/10)

Nonostante infatti si faccia di tutto per dare un significato alla malattia e alla morte attraverso un ricorso esasperato alla tecnologia, le storie narrate direttamente dalla voce degli infermieri illustrano chiaramente che esiste un carico di decisioni e di scelte che pesano, al di là dell'organizzazione formale, su questa figura professionale, ed essi chiedono (come fanno i pazienti) di sottrarsi a vecchie e superate visioni ontologiche sulle quali la medicina è andata costruendosi. In definitiva, mi sembra che l'ostracismo cui assistiamo quotidianamente ottiene, come unico risultato, la limitazione degli strumenti utili per fronteggiare la morte dandole un senso, e così facendo pone il singolo operatore davanti ad una mancata elaborazione emozionale che finisce molte volte per travolgerlo.

E vengo dunque al secondo aspetto da trattare. Esso riguarda il tentativo di rimettere in discussione le forme e le modalità dell'assistenza, specialmente in ospedale, allo scopo di porre una maggiore attenzione ai valori culturali che si manifestano durante l'accompagnamento del morente. Benché infatti vi siano una serie di atti formali che decretano la cessazione della vita, esistono anche una serie di momenti (che vanno dalla conservazione del cadavere alla sua tumulazione) che costituiscono le fasi che ne ritualizzano la costruzione culturale, dimostrando così che gesti, atteggiamenti e orazioni, non solo servono al malato per dare un qualche senso di vita alla sua condizione e alla sua contingenza, ma diventano anche fondamentali, una volta che la morte di questo è giunta, per dare ai vivi la possibilità di elaborare il lutto, per assegnare al defunto una collocazione definitiva, per ritrovare e rinsaldare radici comuni e per risolvere conflitti rimasti latenti<sup>17</sup>. In quest'ottica, leggere le rappresentazioni simboliche

<sup>17</sup> Prendendo a pretesto lo schema di Van Gennep (*I riti di passaggio*) già altrove utilizzato (Orefice 2011, pp. 149-151), è possibile individuare, in linea generale, degli specifici riti di separazione o preliminari (comprendono il lavaggio e la preparazione della salma e i diversi

della morte come un universo di significati che servono a spiegarla, può aiutare a de-costruire quella “oggettivazione professionale” che ingabbia molti dei comportamenti degli infermieri, che altro non sono se non una sorta di “traduzione operativa” dei significati che la propria comunità professionale tende a dare all’evento morte. Ritornano qui in modo prepotente le potenzialità pedagogiche che le Comunità di Pratiche, orientate ad un “educare alla morte” così inteso, possono avere nel momento in cui garantiscono all’infermiere, anche attraverso eventi di pratica quotidiana, l’emergere di certi vissuti emozionali e una riflessione circa la costruzione culturale della sua e dell’altrui idea di morte.

In questo ambito mi sembra particolarmente importante che le Comunità di Pratiche riflettino anche sulla stessa “coreografia della morte”, in quanto l’aumento del progresso scientifico e tecnologico di cui si sta discutendo ha avuto, necessariamente, un riflesso sulle pratiche esteriori del lutto che sono permesse (o non permesse) in ambito sanitario. La paura e il rifiuto della morte infatti, dovuti a quella incapacità di riuscire a darne un significato ricorrendo ad un esasperato uso della tecnologia, ha fatto in modo che le formule (anche le nostre) di lutto venissero limitate al massimo, o si semplificassero, per non tradire questo fallimento che il modello bio-medico racchiude in se. Eppure la morte è lì, ripugnante e vergognosa, e i rituali del lutto che ne tradiscono la presenza, anche se ritenuti “imbarazzanti”, la ricordano quotidianamente, e se ci ostiniamo a deluderli finiscono spesso per causare il contrario di quella comprensione e protezione sociale che avrebbero invece dovuto favorire<sup>18</sup>.

### *Conclusioni: le sfide formative*

Con il presente lavoro ho posto l’attenzione su alcuni concetti attraverso e sui quali l’identità professionale degli infermieri si è andata strutturando. Nel sottolineare che questo sapere, nel momento in cui ha pensato e guardato il corpo principalmente come un’insieme di organi osservabili e misurabili in virtù dell’evoluzione della tecnologia applicata alla medicina, ha iniziato a dare “per scontato che tra i requisiti di una professione rientri la capacità di agire sulla base di un corpo di conoscenze al tempo stesso astratto, autonomo, ed in qualche misura esoterico” (Fargion 2002, p. 24), ho evidenziato i limiti

procedimenti di trasporto della medesima fuori dalla casa o dal luogo di morte), *di margine o liminari* (comprendono la preghiera al morto prima della sepoltura o cremazione e la sepoltura), *di aggregazione o postliminari* (comprendono le preghiere dopo la sepoltura o cremazione, le differenti espressioni delle condoglianze, il periodo del lutto, i pranzi che seguono i funerali, la trasformazione del morto in antenato, la chiusura del lutto e le feste commemorative).

<sup>18</sup> Oltre che alla mancanza di spazi deputati, e alla non competenza del personale medico nel trattare la salma di un morto proveniente da un altro contesto culturale, una delle risposte che si sente sovente dare in alcune strutture sanitarie (per certi versi a ragione) per evitare la messa in atto di cerimonie funebri troppo “forti”, è legata proprio a questioni di ordine pratico collegate alla normativa vigente in Italia. Per un approfondimento su tali tematiche si rimanda, in bibliografia, al lavoro di Manca (2005) e Baldi (2011).

di questo modello. Analogamente, ho fatto mia l'idea che la presenza di un'utenza straniera, sempre più massiccia, nei nostri contesti sanitari, ha permesso invece di iniziare a "recuperare" -non senza fatica e contraddizioni- parte di quegli elementi che questo modello della bio-medicina ha tenuto in disparte. A fronte dunque di una crescente diversificazione etnica e culturale, agli infermieri è stata chiesta non solo una fondamentale e urgente capacità relazionale che si pone, abbiamo visto, come una competenza trasversale rispetto alle specifiche competenze tecniche possedute, ma anche di ripensare sempre meglio il tradizionale rapporto operatore (soggetto) – paziente (oggetto).

Affrontare i contesti di cura in una prospettiva multicultural significa infatti ripensare nuove epistemologie per ri-comprendere le professioni sanitarie, attraverso nuovi modelli che prendono forma nelle relazioni professionali costruite dagli operatori medesimi nel corso delle loro pratiche professionali quotidiane. Non si tratta però di una "riflessività" che si sviluppa a livello intrapersonale, ma all'interno di un processo tacito<sup>19</sup> che spinge gli operatori a riflettere sulla "dimensione personale dell'esperienza professionale" (de Mennato 2005, p. 21). Questo aspetto, di fondamentale importanza, richiama a sé la dimensione tacita della conoscenza condivisa all'interno di una comunità professionale sulla quale si costruisce il senso dell'agire professionale di ciascun operatore. Si impone dunque un "cambio di rotta" nei confronti di quell'*individualismo onotologico ed epistemologico* (Freidson 2002) che vuole il professionista della salute tendente a privilegiare, nelle sue pratiche, uno stile di assistenza che vede i pazienti come soggetti dipendenti, marcando così sempre più quella asimmetria nello spazio di cura che pone da una parte coloro che possiedono le conoscenze e il potere, e dall'altra i pazienti bisognosi di terapie. Rispetto al paziente migrante (ma non solo), superare tale asimmetria significa quindi riuscire da un lato a mettere in comunicazione due sistemi rappresentazionali diversi (quello prodotto dal sapere professionale e quello "profano"), dall'altro progettare nuovi dispositivi formativi -mediante la partecipazione attiva delle diverse professionalità comprese nei contesti di cura- attraverso i quali "riconfigurare" una identità professionale diversa da quella che l'esclusiva "padronanza pratica e scientifica" fornisce.

Il processo di riconfigurazione dell'identità professionale degli operatori della cura deve quindi prevedere non solo le istanze di un proprio sapere spe-

<sup>19</sup> Si fa qui riferimento ad un sapere che non è rigidamente formalizzato, ma che dialoga con un complesso insieme di natura relazionale, emozionale, cognitiva e professionale di cui ogni professionista è portatore, e la cui valorizzazione e utilizzo possono nascere tramite un esercizio alla riflessività intersoggettivamente costruito e condiviso. I nuovi orientamenti epistemologici, sagomati intorno alle professioni della cura e che aderiscono a un modello di pedagogia costruttivista, considerando infatti questi professionisti come *produttori di conoscenze*, cioè capaci di riconfigurare la propria identità professionale e di costruire il proprio sapere all'interno di un processo di incorporazione critico-trasformativo di contenuti, codici e modelli di cultura della cura. Rimando, per una lettura approfondita su questi aspetti, ai lavori di de Mennato (2005 e 2011), Melacarne (2006) e Schön (2006).

cialistico, ma anche la comprensione del *punto di vista* del migrante, il quale elabora rappresentazioni culturali della propria condizione di malato che possono portare, anche se in alcuni casi appaiono profondamente diverse da quelle dell'istituzione medico-sanitaria nella quale questo si trova, *comunque* ad un'aumento dell'efficacia dell'intervento terapeutico. Va ricordato, a tale proposito, che avvicinarsi ai sistemi di significato del paziente immigrato non sempre permette una piena esplicitazione e comprensione di quanto questo intende comunicare. Da qui la necessità, da parte dell'operatore, di interrogarsi sulla validità del modello relazionale trasmesso dalla bio-medicina, così da incorporare nel proprio *habitus* professionale una capacità ermeneutica-interpretativa che gli permetta di *decifrare* non solo i significati emessi dal paziente immigrato, ma anche il suo modo, culturalmente condizionato, di narrare i sintomi e di attribuire le cause agli eventi di cura.

A partire da queste premesse appare quindi possibile ripensare l'identità degli infermieri (e dei diversi professionisti della cura) in una prospettiva multiculturale, cioè una prospettiva che è resa possibile attraverso momenti di scambio e di negoziazione sociale, attraverso le quali questi operatori possono riflettere sul proprio agire e sulle proprie pratiche adottate nel lavoro di cura con i propri pazienti.

Ma c'è di più. Intraprendere un processo di condivisione tra punti di vista diversi espressi dai vari infermieri intorno a concetti quali quelli di dolore, morte e nascita (oltre che inerenti l'idea di salute e di malattia), così come negoziare possibili soluzioni rispetto a tali concetti, significa andare contro un'orientamento nelle pratiche sanitarie, abbiamo visto molto diffuso, che vuole i luoghi di cura sempre più razionali e scientifici, e le procedure e i sistemi di controllo sempre più complessi. Il prodotto di questo atteggiamento ha reso sistematica l'idea che le strutture sanitarie debbano *necessariamente* rappresentare delle comunità ansiogene, che vengono percepite dalla persona sofferente come una ulteriore minaccia nei confronti di quanto questa ha di significativo in ambito relazionale, familiare, sociale, lavorativo e materiale.

Mio nonno, (...), cittadino albanese, ricoverato all'Ospedale Maggiore di (...) per una sospetta massa neoplastica che gli stava "soffocando" il cervello. Fatti gli esami diagnostici del caso, appurato e diagnosticato dunque la presenza di questo enorme male che stava cominciando ad inglobargli l'intero emisfero sinistro del cervello, si decise dunque di procedere all'intervento chirurgico. Tutto ciò significava soltanto una cosa, una lunga degenza, lunghissima, nella speranza di arrestare la progressione del cancro (uso il termine cancro e non tumore maligno perchè credo renda molto meglio sensazioni di dolore e terrore). Non scorderò mai l'espressione vuota di mio nonno durante uno dei suoi primi momenti da ricoverato in quella stanza di quell'ospedale, tanto lontano e sconosciuto dalla sua amata terra. La cosa più terribile nel decorso della sua malattia fu sempre un continuo altalenare tra momenti di impressionante lucidità, costellati di vecchi ricordi, aneddoti e vecchie nozioni vissute e apprese chissà quanti anni prima, con momenti invece di disarmante disorientamento, allucinazioni, e una lunga serie di frasi incompiute che lasciavano spazio all'imbarazzante e doloroso silenzio di chi gli stava intorno. Curioso era però che sia durante i momenti di lucidità, che durante i momenti di perdita di

concezione spazio-temporale, veniva sempre espresso un unico desiderio, in modo più calmo nel primo caso, in modo più agitato nel secondo, ma sempre mio nonno chiedeva di poter tornare a casa sua, sempre si lamentava di come spesso e volentieri veniva trattato non in modo gentile ed educato dal personale medico-infermieristico, dirò la verità più dal personale infermieristico, di come non riusciva a farsi intendere quando aveva bisogno di qualcosa, vuoi per le grossolane difficoltà linguistiche, ma molto anche per il poco tempo (a loro detta) degli infermieri. Allora succedeva spesso che lo trovassimo accucciato in un angolo del letto, in una posizione completamente innaturale e scomoda, che chiedeva invano un sorso d'acqua da alcune ore.

Era curioso (per usare un eufemismo) vederlo in quello stato, irricognoscibile, mio nonno che fino a tre mesi prima del ricovero era su un palcoscenico a svolgere la sua professione di attore, mio nonno imponente figura maschile, carismatico, intraprendente, solare, allegro, considerato da tutti uno dei più grandi nomi del cinema e del teatro nazionale, ora la stessa persona era lì su quel letto, taciturno e triste, senza più una identità, senza più sapere dove fosse o cosa avesse, a volte senza più ricordi, uno dei tanti pazienti di un vecchio reparto di neurochirurgia di un vecchio ospedale del nord Italia, lontano migliaia di chilometri dalla sua casa, dalla sua gente che tanto lo amava.  
(Uno studente, CdL in Infermieristica, a.a. 2011/12)

Appare evidente che per limitare il più possibile situazioni come quelle narrate siano necessarie specifiche competenze relazionali, capacità di ascolto e di comunicazione, competenze professionali cioè di tipo riflessivo che si configurano, come abbiamo visto riferendoci alle Comunità di Pratiche, soprattutto attraverso percorsi personali di riflessione sull'esperienza e di confronto-incontro con i saperi esperti formalizzati a livello scientifico, o incarnati nella pratica professionale (de Mennato 2011). È in tale ottica che la relazione di cura può diventare un luogo nel quale avviene un processo di elaborazione continua di significati, di punti di vista, convinzioni e credenze<sup>20</sup>, un luogo cioè nel quale tutti i soggetti coinvolti – l'infermiere, i diversi professionisti sanitari, i mediatori culturali<sup>21</sup>, il paziente immigrato, la sua fami-

<sup>20</sup> Una ultima considerazione conclusiva. Accogliere i punti di vista altrui non significa, aprioristicamente, in virtù della difesa della multiculturalità di cui qui stiamo discutendo, legittimare valori e pratiche che la comunità sanitaria del paese d'accoglienza non tollera (un esempio emblematico è rappresentato dalle pratiche di mutilazione dei genitali femminili), ma formulare scelte clinico-terapeutico-assistenziali razionalmente giustificabili attraverso la costruzione-decostruzione-ricostruzione di significati ed esperienze mediante momenti di negoziazione e di comunicazione condivisa, anche con la partecipazione del paziente immigrato. Per un approfondimento su tali tematiche si rimanda, in bibliografia, al lavoro di Morrone e Mazzali (2000).

<sup>21</sup> Il poco spazio a mia disposizione non mi permette di affrontare in maniera organizzata una discussione circa la figura del "mediatore culturale" che, come il lettore avrà verificato, nel mio discorso non viene mai analizzata. Benché io condivida e creda che la presenza di tale figura sia importante per facilitare il contatto, l'interazione e lo scambio all'interno dei contesti sanitari (e non solo), è altrettanto fondamentale però, se si vuole adottare *realmente* una prospettiva multicultural, che tale figura non diventi semplicisticamente un catalizzatore su cui addossare la responsabilità e il peso della relazione di cura transculturale che, come detto, deve essere "patrimonio comune" di tutti gli attori coinvolti. Il rischio insomma, che anche io

glia, i rappresentanti delle rispettive comunità, ecc. – sono chiamati ad aprirsi all’incontro, alla conoscenza e al rispetto delle reciproche diversità.

### *Riferimenti bibliografici*

- AA.VV., *Le parole ultime. Dialogo sui problemi del “fine vita”*, Bari, Dedalo, 2011.
- F. Baldi, *Dinamiche transculturali e soggettività di confine nei luoghi della cura*, Siena, Cantagalli, 2011.
- Z. Bauman, *Modernità liquida*, Roma-Bari, Laterza, 2011.
- A. Belpiede (a cura di), *Mediazione culturale. Esperienze e percorso formativi*, Torino, Utet, 2002.
- P. Benner, *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: l'apprendimento basato sull'esperienza*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- F. Cambi, *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Roma, Carocci, 2001.
- A. Canevaro, A. Chierigatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Roma, Carocci, 2000.
- C. Cipolla, G. Artioli (a cura di), *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*, Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Codice di deontologia degli infermieri*, Federazione Nazionale Collegi Infermieri, 1999.
- E. De Martino, *Morte e pianto rituale*, Torino, Boringhieri, 1975.
- E. De Martino, *Sud e magia*, Milano, Feltrinelli, 1981.
- P. de Mennato, *Una epistemologia del lavoro di cura*, in P. de Mennato, A. Cunti (a cura di), *Formare al lavoro sociale*, Milano, Guerini, 2005, pp. 17-47.
- P. de Mennato, *La complessità del pensiero di cura*, in P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla cura. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2011, pp. 21-122.
- L. Fabbri, *Comunità di pratiche e apprendimento. Per una formazione situata*, Carocci, Roma, 2007.
- S. Fargion, *I linguaggi del servizio sociale. Il rapporto teoria-pratica nelle rappresentazioni del processo di lavoro degli assistenti sociali*, Roma, Carocci, 2002.
- G. Favaro, M. Fumagalli (a cura di), *Capirsi diversi. Idee e pratiche di mediazione interculturale*, Roma, Carocci, 2006.
- E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- S. Gherardi, D. Nicolini, *Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni*,

condivido, è che in presenza di tale figura l'operatore possa de-responsabilizzarsi delegando a tale figura una serie di competenze che invece devo appartenergli in modo strutturale. Per un approfondimento su tali tematiche si rimanda, in bibliografia, ai lavori di Belpiede (2002), Favaro e Fumagalli (2006), Luatti (2006) e Baldi (2011).

- Roma, Carocci, 2004.
- B. J. Good *Narrare la malattia : lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999.
- L. Luatti, *Atlante della mediazione linguistico-culturale. Nuove mappe per la professione di mediatore*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- D. F. Manara (a cura di), *Infermieristica interculturale*, Roma, Carocci, 2004.
- M. C. Manca, *Le cerimonie funebri come riti di passaggio*, Milano, FrancoAngeli, 2005.
- M. Mazzetti, *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*, Carocci, Roma, 2003.
- C. Melacarne, *La formazione nei contesti della cura. Un'esperienza di ricerca sulle epistemologie professionali degli infermieri*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2006.
- E. L. Menéndez, *Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici*, "AM, Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 21-22, ottobre 2006, Argo, Perugia, pp. 25-52.
- J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- A. Morrone, M. Mazzali, *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Milano, FrancoAngeli, 2000.
- C. P. Motta, *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Roma, Carocci, 2002,.
- C. Orefice, *Costruire la consapevolezza dei modi di 'stare al mondo'*, in P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla cura. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Pensa MultiMedia, Lecce, 2011, pp. 123-176.
- C. Orefice, *Riconoscere la diversità. La costruzione culturale del "genere"*, in Ceccatelli G., Panerai A., Tirini S. (a cura di), "Orizzonti di genere. Sperimentazioni multidisciplinari su un concetto in evoluzione", Pisa, Edizioni ETS, 2012.
- D. A. Schön, *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- S. Spinsanti, *Bioetica e nursing: pensare, riflettere, agire*, Milano, McGraw-Hill, 2001.
- B. C. Tortolici, A. Stievano, *Antropologia e nursing. Due mondi si incontrano*, Roma, Carocci Faber, 2008.

