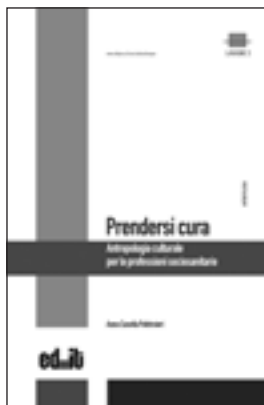




LAVAGNE 3



Proprietà letteraria riservata
© 2011 ed.it, Firenze-Catania
Via dei Rododendri, 1
50142 Firenze - Italy
<http://www.editpress.it>
info@editpress.it
Tutti i diritti riservati
Prima edizione: giugno 2011
ISBN 978-88-89726-72-3
ISBN eBook 978-88-89726-73-0
Permalink formato digitale:
<<http://digital.casalini.it/9788889726730>>
Printed in Italy

Progetto grafico e copertina: ed.it
Stampa: Atena.net - Grisignano (Vicenza)

ANTROPOLOGIA

Prendersi cura

Antropologia culturale
per le professioni socio-sanitarie

Anna Casella Paltrinieri

ed.it



Sommario

Prefazione	7
Introduzione. Prendersi cura	11
I. Scenari di senso	25
Salute, malattia, cultura, p. 25 - Antropologia e medicina: paradigmi interpretativi, p. 31 - Oggi: medici e stregoni, p. 43.	
II. Esperienza della malattia e richiesta di cura	67
Percorsi della malattia e percorsi del malato, p. 67 - Crisi della presenza, p. 72 - C'è ragione alla malattia?, p. 84 - Malattia ed esperienza del corpo, p. 94.	
III. Percorsi di cura	113
Problematiche dell'inserimento del malato, p. 113 - Percorsi di cura, p. 122 - Magia, medicina e cura, p. 140 - L'assistenza in situazione, p. 146.	
IV. L'operatore sanitario, una figura professionale con competenze culturali	189
Antropologia della cura e dispositivi clinici in ambito transculturale. Esperienze e riflessioni (a cura di Marta Provasi), p. 189 - Antropologia della cura, p. 233.	
Bibliografia	249

Prefazione

Questo testo rielabora le lezioni di antropologia culturale tenute al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche istituito dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia “Gemelli” dell’Università Cattolica, presso la Fondazione Poliambulanza di Brescia. Durante questi anni mi sono resa conto di quanto il sapere umanistico debba costituire il fondamento della formazione per gli operatori sanitari: temi come il rapporto col paziente, l’ospedalizzazione, l’accompagnamento nelle situazioni assistenziali, il mondo culturale e valoriale del malato, impongono riflessioni importanti a chi si prepara alla professione. Su questi argomenti si è discusso durante le lezioni, si sono poste questioni, abbozzate risposte. Nel corso degli ultimi decenni, come ben sappiamo, l’antropologia medica ha avuto largo sviluppo ed ha proposto schemi interpretativi spesso polemici ma sempre stimolanti e profondi. Mi sono, però, dovuta rendere conto di come essa non sia adeguatamente utilizzata dai futuri operatori sociosanitari, vuoi per il carattere molto specialistico delle sue analisi, vuoi per la scarsa diffusione di questo stile di pensiero riflessivo presso le istituzioni dedite alla cura. D’altro canto, lo specifico delle professioni di assistenza non consiste nell’analisi critica della struttura medica o nei paradigmi della biomedicina, quanto piuttosto, nella relazione di cura che l’operatore sanitario intrattiene col paziente. Ho perciò creduto necessario adeguare i contenuti

fondanti dell'antropologia medica (così come li ho capiti e rielaborati) ad un corso di laurea rivolto a persone che non hanno una specifica formazione antropologica e che si preparano ad assistere pazienti di varie culture e con varie situazioni personali, entro la cornice di organizzazioni sanitarie di ispirazione biomedica.

Ma il testo non ha solo una genesi accademica. Nel corso della mia, ormai lunga, carriera di antropologa sul campo, ho spesso visitato istituzioni sanitarie in America Latina, in Africa e in Oceania e sono entrata in contatto con guaritori tradizionali e operatori dei culti religiosi. Queste esperienze, pur non avendo costituito il fulcro delle mie ricerche, mi sono servite per cogliere, oltre alla relatività dei sistemi medico-terapeutici, anche la trama universale della relazione di cura. Infine, negli ultimi anni, ho dovuto, assieme ai miei familiari, assistere mia madre nel corso di una lunga malattia. Ho frequentato con lei ambulatori medici, ho ascoltato diagnosi, l'ho accompagnata nei consulti specialistici e, nell'ultima fase della sua malattia, presso l'hospice "Domus Salutis" di Brescia. Ho incontrato medici, infermieri, tecnici, volontari dell'assistenza ospedaliera. Ho osservato i loro comportamenti, le pratiche, le loro modalità di comunicazione, le loro reazioni. Mi sono posta domande, ho elaborato sentimenti ed emozioni, ho valutato stili di assistenza.

Gran parte delle riflessioni contenute in queste pagine si devono alle esperienze sui vari "campi": quelli delle comunità lontane e quelli, più vicini e sofferiti, degli ospedali che ho frequentato.

Il testo propone dapprima una ricognizione essenziale dei paradigmi che l'antropologia (sia clas-

sica sia critica) ha utilizzato per leggere le situazioni della medicina e della cura presso le varie culture, compresa quella occidentale. Si sofferma poi sulla nostra realtà, quella che, presumibilmente, gli operatori sanitari conoscono e praticano, cercando di mettere in risalto una serie di problematiche che riguardano l'assistenza. Ho dato ampio spazio all'analisi della condizione di malattia, intesa con le categorie demartiniane, come crisi della presenza, crisi che chiede risposte terapeutiche, di accoglienza e di "senso".

Ho cercato di individuare alcune situazioni assistenziali, come la cura del corpo, l'ospedalizzazione, il parto e la gravidanza, l'alimentazione, la morte. Nessuna di queste tematiche è stata esaurita nella sua complessità: l'intento è piuttosto quello di dare allo studente stimoli per l'approfondimento e paradigmi critico-riflessivi per la sua formazione professionale. Il testo comprende anche un paragrafo affidato all'antropologa Marta Provasi che lavora sul campo, presso l'Asl di Brescia, e che offre la sua esperienza di contatto con pazienti stranieri.

Infine, tutto il lavoro si colloca nel quadro di una "antropologia della cura" che, per quanto solo abbozzata, ha alcuni riferimenti precisi: l'idea dell'interdipendenza tra persone tutte soggette alla comune vulnerabilità, cifra della condizione umana; l'idea della sollecitudine e della compassione che costituisce la trama di ogni gesto di cura; l'attenzione al momento in cui i gesti divengono concreti; l'attenzione ai significati.

Ringrazio coloro che mi hanno a vario titolo, aiutato in questo impegno: i miei familiari, la dottoressa Giusy Stefanin e Paola Adusti, tutor del cor-

so di laurea, inconsapevoli ispiratrici di molte di queste pagine, il dottor Cesare Paltrinieri, medico d'altri tempi nel senso migliore del termine, le cui riflessioni sul sistema sanitario potrebbero benissimo trovare spazio in qualche testo classico di antropologia medica, gli studenti di infermieristica che si sono cimentati in tesi antropologiche.

Mia madre, Maria, ci ha lasciato una domenica d'estate, a sera inoltrata. Questo testo è dedicato a lei.

Introduzione. Prendersi cura

L'esistenza di ogni essere umano è resa possibile da una serie di condizioni: un ambiente favorevole, disponibilità di cibo e di riparo, strumenti utili al lavoro, relazioni sociali collaborative. Ognuna di queste condizioni, però, per essere davvero efficace, richiede un'attitudine di cura, vale a dire la messa in atto di gesti e azioni che abbiano lo scopo di conservare, custodire e proteggere tutto quanto ci è indispensabile per la vita. Pratiche di cura stanno all'origine delle tecniche che hanno permesso l'attività umana, fin dalle epoche arcaiche. Queste hanno riguardato lo spazio abitativo, la costruzione e manutenzione degli strumenti quotidiani, la domesticazione di animali, la produzione di cibo. Ogni popolo perciò, nella storia, si è misurato col problema di ricavare mezzi per la conservazione della vita e ciò è avvenuto per il tramite di gesti ripetuti che stabilivano una consuetudine e un'attitudine di cura nei confronti di tutto ciò che era necessario all'esistenza¹. Questo non ha costituito però, semplicemente, un sistema, per quanto sofisticato, di adattamento all'ambiente, ma ha offerto la cornice materiale entro la quale si sono poi organizzati i sistemi di senso: le tecniche di cottura dei cibi (che comprendono la raccolta e la trasformazione di alimenti naturali) rivelano, secondo la lettura di Lévi-Strauss, logiche di classificazione del mondo sociale, a loro volta rispecchiate nei miti e nelle regole di parentela². L'attitudi-

ne di cura costituisce, perciò, una modalità fondante della condizione umana, intesa nel suo significato più ampio: essere al mondo significa, anzitutto, prendersi cura delle cose e dell'ambiente, rendersene responsabili³.

Un significato ancora più pregnante si ritrova nella vita sociale. Questa si costituisce, infatti, sulla rete di reciprocità e di alleanza che regge le istituzioni (dalla famiglia, allo stato, alle associazioni). Essere al mondo significa anche vincolarsi a relazioni di interdipendenza con gli altri uomini⁴. Dipendiamo gli uni dal lavoro degli altri e, come ricorda Durkheim, la differenziazione del lavoro comporta la possibilità di sopravvivenza di persone (come i disabili) altrimenti condannate. Dipendiamo dalle decisioni di chi ha autorità su di noi, dalle cure di chi condivide con noi lo spazio e la vita quotidiana. M. Nussbaum nota, però, che le teorie sociali e politiche non considerano la condizione di dipendenza come connaturata all'umanità e preferiscono affidarsi alla finzione dell'autonomia individuale:

Tutte le concezioni della giustizia che si basano sull'idea del contratto sociale fanno ricorso ad un'ipotesi ideale che sembra innocente, ma che finisce per dare luogo a conseguenze problematiche. Quali che siano a questo proposito, le differenze tra i diversi padri fondatori di questa tradizione, tutti accettano il basilare principio lockeano di un contratto tra parti contraenti che nello stato di natura sono "libere, eguali e indipendenti". [...] Nella vita, naturalmente, le cose non stanno proprio così. Le persone in carne e ossa fanno il loro ingresso nella vita da neonati indifesi, e rimangono in uno stato di dipendenza estrema e unilaterale, sia dal punto di vista fisico che mentale, per

un periodo dai dieci ai vent'anni. All'altro estremo della vita, quelli che sono abbastanza fortunati da vivere sino a diventare anziani, andranno probabilmente incontro ad altri periodi di dipendenza estrema, tanto fisica quanto mentale, che potrà prolungarsi in qualche forma non meno di quanto fosse accaduto per i primi vent'anni. Anche negli anni intermedi della vita molti di noi vanno incontro a situazioni analoghe; può darsi che in queste fasi della vita vengano intaccate soltanto le nostre facoltà mentali o soltanto alcune delle nostre facoltà fisiche; ma tutto ciò può metterci nella condizione di chi si trova ad avere bisogno delle cure degli altri non solo quotidianamente, ma in ogni singolo momento. Infine, e questo è il punto centrale, vi sono molti cittadini che non hanno mai potuto disporre delle facoltà fisiche e/o mentali che sono richieste per godere di una piena indipendenza⁵.

Anche per A. MacIntyre è del tutto singolare il fatto che le scienze umane abbiano in larga parte trascurato di ragionare sulla sofferenza e sulla dipendenza che ne consegue:

L'uomo è vulnerabile alla sofferenza ed è un dato di fatto che la maggior parte di noi trascorre perlomeno una parte della propria vita afflitta da patologie di una certa rilevanza. Si tratta di situazioni che dipendono peraltro in misura assai limitata dalla nostra volontà. Molto spesso il nostro benessere personale, magari la nostra stessa sopravvivenza, sono legati significativamente ad altre persone: basti pensare alle malattie del corpo, alle lesioni, ai risultati di un'alimentazione inadeguata, alle patologie o ai disturbi mentali, alle conseguenze della violenza o della negligenza umana; questa dipendenza da altri soggetti umani in relazione alla nostra difesa e al nostro sostentamento è particolarmente evidente nel caso della pri-

ma infanzia e della vecchiaia. Questi due dati di fatto, la vulnerabilità e la sofferenza da un lato, dall'altro la dipendenza da altri uomini, nelle loro diverse e correlate manifestazioni paiono talmente evidenti da far pensare che non sia possibile dare una spiegazione credibile alla condizione umana senza riconoscere la centralità del loro ruolo. Eppure la storia della filosofia occidentale offre un quadro sostanzialmente diverso. A partire da Platone, fino a Moore, ai giorni nostri, con ben poche e isolate eccezioni, si registrano soltanto riferimenti secondari alla vulnerabilità umana e al dolore, e alla loro connessione con la nostra dipendenza dagli altri⁶.

Dunque, seguendo queste argomentazioni, la condizione umana è segnata dalla precarietà e dalla debolezza. Ed è la dimensione corporea, l'essere fatti di "carne", che costituisce la radice prima di questa vulnerabilità, di fronte alla quale la vita di ognuno è resa possibile dal fatto di poter contare su gesti speciali di assistenza⁷. Infatti, la vulnerabilità evidente nel bambino, nel malato, nell'anziano, nel disabile, determina una particolare condizione nella quale al danno biologico corrisponde l'indebolimento o la perdita delle competenze personali: e ciò comporta disagio fisico, psicologico, mentale e la necessità di ricorrere all'assistenza e alle cure degli altri al fine di ristabilire una condizione di normalità fisiologica e di autonomia.

Accanto alla reciprocità che le teorie sociali e politiche considerano alla base della convivenza, si deve perciò considerare un'altra forma di relazione interpersonale, quella della cura. Il prototipo di questo tipo di relazione, che non appare costituito dalla reciprocità simmetrica, è il rapporto che lega la

madre al bambino. Breve o lunga che sia, l'infanzia è considerata il periodo della vita durante il quale il neonato ha assoluta necessità di qualcuno che lo accudisca, si occupi della sua sopravvivenza, del suo benessere fisico e psicologico, gli offra percorsi di socializzazione per essere attrezzato alla vita adulta⁸. A. Montagu, medico e antropologo, partendo da queste considerazioni, interpreta la cura materna come una nuova gestazione, questa volta extrauterina, necessaria per permettere al bambino di acquisire capacità e competenze⁹.

“Prendersi cura” costituisce una forma particolarmente potente e altrettanto delicata di relazione sociale¹⁰. Ci sono, come si vede, aspetti peculiari. Anzitutto la relazione di cura è fondata sul riconoscimento della vulnerabilità e della dipendenza come cifra della condizione umana. Trae il suo fondamento non già dall'autonomia della persona, ma proprio dal suo contrario, dalla debolezza temporanea o permanente: il rapporto si stabilisce tra persone che non hanno le stesse capacità, la stessa autonomia e, quindi, lo stesso potere. Si definisce con caratteri quali la prossimità, la concretezza, distanti dall'imparzialità e astrattezza delle istituzioni¹¹. La reciprocità che ne deriva è differita (il bambino accudito restituirà l'assistenza ricevuta ai propri figli, il paziente preso in carico dal sanitario potrà a sua volta esercitare la cura nei confronti di altri)¹². Il maggior potere d'iniziativa di una delle due persone (la madre, il medico, l'operatore sanitario, l'assistente sociale) si giustifica con la necessità di raggiungere un obiettivo a vantaggio della persona più debole: permettere l'acquisizione di autonomia, superare la disabilità temporanea o, laddove que-

sto non fosse possibile, garantire comunque il massimo di integrazione e di interazione possibile. Dunque, colui che si assume il compito della cura si assume una “responsabilità” etica.

In quanto relazione speciale con scopi e modalità proprie, ricorda M. Nussbaum, la relazione di cura è un’applicazione della teoria della giustizia (rendere concreto e operante, anche per i più deboli, il principio della “vita buona”), ma è resa possibile solo dalla disponibilità personale di qualcuno che agisce “per compassione” e risponde alla debolezza della persona con l’intenzione di portare sollievo¹³. Dal punto di vista della disposizione mentale, dunque, la relazione di cura nasce dalla capacità di “rendersi presenti” al disagio dell’altro, e dal riconoscere nella dipendenza un aspetto fondamentale della condizione umana:

Senza la comprensione della dipendenza, non si capirà mai come agire nei confronti di chi è dipendente, che cosa può insegnarci chi è malato e perché rispettare chi si trova in una situazione che potrebbe un giorno essere la mia¹⁴.

Prendersi cura degli altri in condizioni di bisogno è un’attitudine universale ma ciò non significa che sia lasciata del tutto alla spontaneità. Al contrario, essa ha dato origine a forme culturalmente determinate ed ha obbligato ogni comunità a riflettere sulle sue implicanze psicologiche, antropologiche, etiche, giuridiche. Ogni comunità ha, del resto, costruito sulla malattia e sui percorsi di cura e di assistenza, propri concetti relativi alla ragione delle malattie, alla maniera di affrontare l’esperienza del disagio fisico, alla modalità più efficace ed eticamente corretta di stabilire una relazione di cura, ai vin-

coli professionali e morali che interessano i professionisti della cura. Le varie culture hanno stabilito l'estensione degli obblighi di assistenza (dando alle donne un compito fondamentale)¹⁵, le condizioni e le modalità della stessa, il significato da attribuire ai gesti e alle pratiche.

La relazione di cura può mantenersi prevalentemente nell'ambito della famiglia (come accade in molte società povere nelle quali questa si assume il compito e l'onere della assistenza ai bambini e agli anziani, senza essere sostenuta da alcun sistema di *welfare*) o vedere la presenza di persone ad essa dedicate. In particolare, ogni società ha selezionato degli specialisti della diagnosi e dell'assistenza, come le levatrici (*sage femmes, parteiras* ecc.), i guaritori, i medici-stregoni o gli sciamani: queste persone si sono mantenute in varie culture entro lo schema religioso-magico dal quale, del resto, anche la medicina è nata, oppure, a seguito di trasformazioni culturali e sociali, sono divenute professionisti laici della salute, nel quadro, come accade oggi, dell'orizzonte empirico della medicina e delle pratiche terapeutiche.

In tutti i casi, il comportamento sociale del prendersi cura, sia che si mantenga entro la rete delle relazioni interindividuali sia che si strutturi in forme istituzionali, impone riflessioni sui significati emotivi (come l'affetto, la dedizione, la compassione) sui significati giuridici (il diritto alla cura), sulle regole sociali, gli obblighi morali che ne derivano, sui significati culturali.

In breve, ogni società reale è una società in cui si dispensano cure e si ricevono cure; per questo essa deve scoprire le modalità con cui dare risposta a quelle condizio-

ni umane di bisognosità e di dipendenza in forme che siano compatibili con il rispetto di sé da parte di chi ne è beneficiario e con l'assenza di sfruttamento per chi le dispensa¹⁶.

Nel mondo occidentale sono molte le professioni che si occupano della persona, proprio a partire dalla sua condizione di sofferenza e di dipendenza: operatori sanitari, infermieri, persone che assistono i disabili. A queste si aggiungono spesso i volontari (coloro che prestano la loro opera coi malati terminali, nell'assistenza a domicilio, con gli anziani o i disabili).

La legislazione attuale affida agli infermieri il compito della cura¹⁷. Si richiede all'infermiere di essere in grado di organizzare il processo di assistenza al paziente, attraverso i vari livelli: raccogliere e classificare i dati rilevanti, identificare i bisogni assistenziali, formulare gli obiettivi, cui seguiranno le azioni infermieristiche e la loro valutazione. In quanto professionista della cura, l'infermiere conosce le pratiche del *nursing* inteso come scienza che, con metodi propri, realizza il protocollo adeguato e offre risposte ai problemi di salute presenti o che si potrebbero verificare¹⁸.

Il significato della professione infermieristica, come di quelle socio-assistenziali, sta, dunque, nella capacità professionale di comprendere la condizione di debolezza, e di intervenire coi mezzi adeguati al fine di ristabilire, se possibile, la normalità fisiologica, psicologica e relazionale¹⁹. Applicare una terapia, prestare assistenza ad un disabile o ad un anziano, non sembra essere più sufficiente: si richiede all'operatore sanitario la capacità di decifrare la condizione del paziente che ha in cura,

di mettere in campo azioni efficaci, di stabilire con la persona oggetto delle cure una vera “alleanza terapeutica”. Occorre, si afferma, ottenere la *compliance* del paziente sugli scopi e i metodi dell’assistenza nei suoi riguardi. Si chiede, infine, che l’infermiere (come in generale l’operatore sanitario) sappia mettere in atto processi di valutazione del proprio operato, al fine di migliorarlo.

La moderna figura professionale dell’infermiere e dell’operatore sanitario, incarna altresì la necessità di pensare la relazione col malato entro le mutate condizioni sociali che vedono, da diversi decenni a questa parte, l’approdo di pazienti (e di colleghi) stranieri. Questi portano spesso con loro tradizioni mediche distanti dalla medicina occidentale, ed esperienze di cura altrettanto eterogenee. Ci sono perciò, oggi, diverse culture relative alla salute/malattia e alla cura. Inoltre, molte comunità di immigrati, oltre a presentare patologie specifiche (legate, ad esempio, alla condizione di disagio psicologico o all’emarginazione) non sono in grado di avvicinarsi in maniera competente al sistema sanitario. L’infermiere si trova perciò, come scriveva a suo tempo M. Leininger, fondatrice del *nursing transculturale*, nella necessità di sviluppare consapevolezza relativamente alla differenza culturale:

Il *nursing transculturale* ha come cardine il concetto di *human care*, il prendersi cura, l’insieme degli atti di sostegno e di aiuto rivolti ad un individuo o ad un gruppo con dei bisogni, al fine di migliorare una condizione o uno stile di vita umano: esso è ovviamente riconosciuto come un fenomeno universale, ma le espressioni, i processi ed i modelli variano in base alle culture. Il *nursing transculturale* può aiutare a preservare il modo positivo e naturale in cui i vari

gruppi culturali promuovono la cura ed affrontano la malattia: è quindi una risorsa importante. Inoltre previene i problemi associati alle imposizioni culturali e all'etnocentrismo che possono minare la serenità e lo stato di salute degli utenti²⁰.

Se la professionalità dell'infermiere si esprime nell'essere in grado di "prendersi cura" del paziente (e non solo nella capacità tutta tecnica, di applicare una terapia), la formazione dovrà svilupparsi sui due versanti: l'indispensabile bagaglio di nozioni medico-farmacologiche; la competenza umanistica necessaria per entrare in relazione con la persona bisognosa di assistenza, per comprenderne la mentalità e per individuare gli scopi corretti dell'assistenza.

Poiché l'azione di cura viene pensata sempre più come azione integrata, essa richiede la convergenza di cognizioni mediche, terapeutiche ma anche filosofiche, psicologiche, antropologiche. E non si tratta, semplicemente, di aggiungere alle nozioni scientifiche alcune considerazioni o raccomandazioni di stampo più umanistico, quanto di raggiungere un livello di conoscenza e di comprensione più ampio e profondo, come quello offerto dal sapere che l'uomo ha elaborato su di sé.

Le scienze umane entrano nei curricula delle professioni sanitarie con lo scopo triplice di offrire strumenti per comprendere il mondo culturale del paziente, la sua esperienza di sofferenza, vulnerabilità, dipendenza; di permettere un processo di decostruzione dei costrutti culturali che ogni istituzione sanitaria mette in atto; di facilitare un processo di riflessività dell'operatore sanitario relativamente al suo agire.

In specifico l'antropologia culturale mette a confronto il punto di vista dell'operatore sanitario, le sue costruzioni culturali, col punto di vista di chi sperimenta la malattia e la disabilità. Come per ogni fenomeno umano, infatti, anche per la malattia si mettono in campo significati. Come intenda il paziente la sua condizione di debolezza, la sua vulnerabilità, quali rappresentazioni egli si faccia della malattia, come legga la relazione di cura, con quali conoscenze e aspettative entri in contatto con l'ambiente sanitario: tutti questi interrogativi costituiscono questioni importanti per l'infermiere, al pari di quelle riguardanti la tecnica terapeutica. In una relazione di cura che passa per la dimensione corporea, comprendere quali significati il paziente attribuisca al corpo, alla manipolazione dello stesso, quali siano i suoi vissuti, le sue convinzioni, è passaggio fondamentale per progettare l'alleanza terapeutica desiderata²¹. Se tocca all'operatore sanitario il compito di "riconoscere" il mondo culturale del paziente, di individuare le sue richieste, le sue emozioni, le sue domande, è chiaro che egli lo può fare solo se assume una mentalità meno appiattita sulla dimensione biologica della malattia e più attenta ai significati, alle cornici simboliche, riflessiva anche sulla sua modalità di azione²².

La formazione antropologica permette, infatti, di decodificare l'esperienza stessa dell'operatore sanitario e la cultura della istituzione nella quale opera. Ospedali, ambulatori, case di cura, servizi di assistenza domiciliare si costituiscono come mondi organizzativi, nei quali gli scopi e i valori sono decisi a partire da alcuni paradigmi culturali che sono, di regola, abbastanza distanti da quelli cui si riferisce il paziente e spesso, a lui poco comprensibili. An-

che a questo proposito, lo sguardo “critico” dell’antropologia permette all’operatore sanitario di assumere una posizione più libera, matura, capace di cogliere una situazione da prospettive diverse.

Infine, le scienze umane vanno al cuore dei problemi etici della moderna assistenza terapeutica: davanti a scenari sempre più complessi e nei quali la capacità di discernimento dell’operatore risulta fondamentale, esse aiutano ad individuare finalità e criteri etici e deontologicamente corretti.

Note

¹ Leroi-Gourham A., *Il gesto e la parola. Tecnica e linguaggio. La memoria e i ritmi*, Einaudi, Torino 1977.

² Lévi-Strauss C., *Le cru et le cuit*, Plon, Paris 1964 (trad. it., *Il crudo e il cotto*, Il Saggiatore, Milano 1966).

³ Pansera M.T., *L'uomo e i sentieri della tecnica. Heidegger, Geblen, Marcuse*, Armando Editore, Roma 1998, p. 36. Come scrive Pessina, ogni etica della relazione è un'etica della cura. Pessina A., *L'etica della cura*, in Palazzani L. (a cura di), *La bioetica e la differenza di genere*, Studium, Roma 2007, p. 156.

⁴ Viafora C., Zanotti R., Furlan E., *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, Franco Angeli, Milano 2007, pp. 11 ss.

⁵ Nussbaum M., *Giustizia sociale e dignità umana*, Il Mulino, Bologna 2002, pp. 108-109.

⁶ MacIntyre A., *Dependent Rational Animals, Why Human Beings Need the Virtues*, Carus Publishing Company, 1999 (trad. it., *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 3-4).

⁷ Nussbaum M., *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge-Mass., London 2006 (trad. it., *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna 2007, pp. 173 ss.). Viafora C., Zanotti R., Furlan E., op. cit., p. 9.

⁸ LeVine R., New S. (a cura di), *Antropologia e infanzia. Sviluppo, cura, educazione: studi classici e contemporanei*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

⁹ Montagu A., *Touching. The Significance of the skin*, Harpere & Row publisher, Princeton 1978.

¹⁰ Gensabella Furnari M., *La bioetica e i due toni della "voce differente"*, in Palazzani L. (a cura di), op. cit., p. 34.

¹¹ Viafora C., Zanotti R., Furlan E., op. cit., p. 9.

¹² Godbout J., *Le langage du don*, Fides, Montréal 1996 (trad. it., *Il linguaggio del dono*, Bollati Boringhieri, Torino 1998, pp. 31 ss.).

¹³ Nussbaum M., *Upbeavals of Thought. The intelligence of Emotions*, Cambridge University Press, Cambridge 2001, pp. 414 ss. Nussbaum M., *Le nuove...*, op. cit., pp. 173 ss. Manara D.F., *Infermieristica transculturale*, CarocciFaber, Roma 2004, p. 67. Goff J.Y., *Penser l'euthanasie*, Presse Universitaire de France, Paris 2004 (trad. it., *Pensare l'eutanasia*, Einaudi, Torino 2006, p. 143 citando Van Zyl).

¹⁴ D'Avenia M., *Presentazione*, in MacIntyre A., *Animali razionali...*, p. XIV.

¹⁵ Lazure H., *L'Infirmière*, in Dufresne J., Dumont F., Martin Y. (a cura di), *Traité d'anthropologie médicale (L'institution de la santé et de la maladie)*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, Québec 1985, p. 632.

¹⁶ Nussbaum M., *Giustizia sociale...*, op. cit., p. 109.

¹⁷ In specifico dal Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n. 739, dalla Legge 26 febbraio 1999 n. 42 (*Disposizione in materia di professioni sanitarie*), dalla Legge 10 agosto 2000, n. 251, dal Codice deontologico della professione infermieristica e dagli Ordinamenti didattici dei corsi universitari. È abrogato il DPR 14/3/74 n. 225 (definito "Mansionario"). Manara D.F., op. cit., pp. 21-24. Que-

sta importante trasformazione è sancita dall'inserimento delle scienze infermieristiche negli studi universitari e dalla creazione del corso di laurea nel 2001. Tortolici C.B., Stievano A., *Antropologia e nursing*, CarocciFaber, Roma 2008, pp. 73-74.

¹⁸ Manara D.F., op. cit., pp. 21-24 e p. 67.

¹⁹ Zanotti R., *Filosofia e teoria del nursing*, Summa, Padova 2003, p. 69. Tortolici C.B., Stievano A., op. cit., p. 96.

²⁰ Leininger M., McFarland M.R., *Infermieristica transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*, Cea, Milano 2003. Stievano A., *L'infermieristica transculturale*, in Tortolici C.B., Stievano A., op. cit., pp. 91-108.

²¹ Mazzetti M., *Il dialogo transculturale*, CarocciFaber, Roma 2006, pp. 31-33.

²² Russo M.T., *Scienze della natura e scienze dello spirito: contrapposizione o integrazione?*, in «Tutor, rivista della Società italiana di Pedagogia medica», vol. 1, n. 2-3, settembre-dicembre 2001, p. 84.