

BUONE PRASSI – BEST PRACTICES

I PROCESSI INCORPATI DI COSTRUZIONE DELLA CONOSCENZA NELLE PRATICHE DI CURA

di Sonia Visioli e Lucia Zannini

In ambito educativo, il corpo è stato tradizionalmente marginalizzato o rifiutato come fonte di conoscenza. Negli ultimi decenni, alcuni contributi pedagogici hanno manifestato interesse per il ruolo che ha il corpo dell'insegnante, nel pianificare e realizzare l'insegnamento, sfidando le ideologie e le epistemologie dominanti, secondo le quali la nostra mente è la fonte primaria di apprendimento. Al contrario, una pedagogia della conoscenza incorporata (*embodiment*) considera il corpo centrale nel nostro conoscere (le pratiche d'insegnamento) e nel nostro essere (insegnanti). Analogamente, la letteratura delle professioni del *caring* si è rivelata molto attenta ai temi della conoscenza incorporata, ossia di quel sapere che è presente nel nostro corpo, spesso in modo tacito. Le infermiere hanno da tempo esplorato il ruolo del loro corpo nei processi di costruzione della conoscenza, come anche il ruolo del corpo dello studente, e addirittura del paziente, nel conoscere la malattia. In questo paper riportiamo alcune riflessioni ed esperienze sulla conoscenza incorporata nelle pratiche assistenziali, mettendo in luce come questa, benché spesso tacita, abbia un ruolo centrale nell'aver cura delle persone malate.

In educational contexts, the body has been traditionally marginalized or rejected as a source of knowledge. In the last decades, some pedagogical contributions have shown interest for the role that the teacher's body has in planning and implementing teaching, challenging dominant ideologies and epistemologies that

tell us our minds are the primary sources of learning. Conversely, a pedagogy of embodiment makes the body central in our knowing (educational practices) and being (a teacher). Similarly, literature from the caring professions has revealed very receptive toward issues related to embodied knowledge, that is to say the knowledge that the body owns, which is frequently tacit. Since many years, nurses have explored the role of body in the processes of knowledge building, as well as the role of the student's body, and even the patient's body, in knowing the illness. In this paper we report some reflections and experiences concerning embodied knowledge in the nursing practice, highlighting that embodied knowledge, even if tacit, has a pivotal role when caring for sick people.

1. Introduzione

L'educazione può essere intesa come un processo che ha luogo grazie all'allestimento di un "dispositivo", caratterizzato da una precisa organizzazione degli spazi, dei tempi, degli oggetti, dei corpi, dei linguaggi, dei gesti simbolici e molto altro (Massa, 1986). In altre parole, «l'educazione è resa possibile da una struttura storicamente determinata di procedure materiali e di linguaggi, che trova nel corpo il suo punto di esercizio e di applicazione» (Massa, 1986, p. 572). Il corpo, nel dispositivo educativo in atto, è storicamente e principalmente quello dell'educando (Barone, 1997). Al contempo, e paradossalmente, l'educazione nella società occidentale ha tradizionalmente marginalizzato il corpo come fonte di sapere, considerando l'apprendimento come qualcosa che accade "nelle nostre teste" (Lawrence, 2012).

Negli ultimi decenni, alcuni contributi pedagogici hanno riflettuto sul ruolo del corpo dell'insegnante nei processi educativi, sottolineando come questo corpo, con le sue emozioni e le sue storie, contenga tanto "sapere pedagogico" quanto quello presente nella sua mente (Dixon & Senior, 2011). Questo corpo, come anche quello dello studente, può essere concepito in una prospet-

tiva di *embodiment* (incorpamento), ossia un corpo nel quale le strutture concettuali e linguistiche sono plasmate dalle peculiarità delle nostre strutture percettive (Maturana & Varela, 1987). Questo significa che il corpo non è solo un *medium* della conoscenza, ma è esso stesso fonte di conoscenza: mentre conosciamo la realtà, mediante il nostro corpo, non solo costruiamo quest'ultimo, ma anche "conoscenza incorporata", ossia una conoscenza che deriva dal nostro "essere corpo" e non solo dal fatto di "avere un corpo" (Merleau-Ponty, 1945).

Il nostro corpo, inoltre, non è mai un corpo a-storico e a-sociale, ma è sempre collocato in un contesto storico e culturale. La conoscenza si costruisce «nel dialogo tra *range* evolutivo variabile e singolare costituito dalle particolari proprietà neurofisiologiche e dalle combinazioni delle intelligenze ed i diversi contesti significativi» (de Mennato, 2003, p. 35). Da ciò deriva che la conoscenza, per esempio dell'insegnante, è data da un complesso intreccio di condizioni biologiche (il corpo) e culturali (i saperi disciplinari ed esperienziali) che compongono quella che Polanyi (1958) chiamava "conoscenza personale", la quale è caratterizzata da componenti *tacite*. Secondo Polanyi, nessuna conoscenza può essere pienamente esplicita, c'è sempre un aspetto implicito, che egli definisce "sussidiario". Polanyi specifica la funzione della conoscenza sussidiaria nell'indirizzare la comprensione di ciò che circonda il soggetto, in termini fenomenologici, il suo "essere al mondo". Molti autori hanno sottolineato l'importanza di questo sapere, anche e soprattutto nelle pratiche educative degli insegnanti (de Mennato, 2003).

In questa prospettiva, la conoscenza che l'insegnante scambia coi suoi studenti viene intesa come «un processo culturale attraverso il quale il corpo fisico diventa la sede, culturalmente connotata, di contrastanti significati, esperienze ed emozioni» (Kannen, 2012, p. 641). Nello specifico, il corpo dell'insegnante può essere inteso come "corpo di potere" che attraverso gesti, sguardi, movimenti, scelte sulla disposizione degli oggetti nello spazio, comunica continuamente – anche se inconsapevolmente – la relazione di potere che caratterizza ogni attività educativa (Foucault, 1975).

In questo modo, si crea un “potere disciplinare”, ossia una forma di potere che arriva a

toccare i corpi, a far presa su di essi, a registrare i gesti, i comportamenti, le abitudini, le parole [...]. Detto in altri termini, [...] il potere disciplinare è una modalità del tutto specifica della nostra società, di quel che si potrebbe definire il contatto sinaptico corpi-potere (p. 38).

L'effetto di questo potere sui corpi degli studenti è comunque per Foucault “positivo”: nella sua prospettiva, infatti «non esiste relazione di potere senza correlativa costituzione di un campo di sapere, né di sapere che non supponga e non costituisca nello stesso tempo relazioni di potere» (Foucault, 1975/1993, p. 31).

Il corpo dell'insegnante non genera sapere soltanto attraverso un esercizio di potere sui corpi dei discenti, ma anche attraverso la conoscenza incorporata del quale esso è portatore. Una recente ricerca qualitativa ha esplorato come i docenti di matematica usassero il loro corpo vissuto o esperienze passate, nelle quali il corpo aveva avuto un ruolo fondamentale, nelle attività d'insegnamento delle scienze nella scuola primaria (Daugbjerg, de Freitas & Valero, 2015). I risultati delle interviste e delle osservazioni dei ricercatori segnalano che quegli insegnanti facevano continuamente riferimento al loro corpo vissuto/vivente mediante l'uso di gesti, quando in classe spiegavano concetti scientifici. L'uso che l'insegnante fa del suo corpo, naturalmente, è collegato alla sua esperienza passata, come anche ai corpi degli studenti, nonché agli oggetti presenti sulla scena educativa e a tutte le relazioni che si creano tra tutti questi elementi, all'interno di quello che abbiamo definito “dispositivo” educativo.

Abbracciare la prospettiva della conoscenza incorporata comporta delle ripercussioni sui processi educativi, per esempio scolastici, e sulle scelte pedagogiche che si effettuano. È stato sottolineato come, nella prospettiva di una *embodied pedagogy* (Lawrence, 2012), è importante che gli insegnanti imparino a leggere i segnali non verbali che i corpi degli studenti comunicano. Allo stesso tempo, è cruciale facilitare l'effettuazione di *embodied activities*, cioè

forme di apprendimento dove l'esperienza del corpo è cruciale e il sapere viene guadagnato a partire dalla riflessione su questa esperienza. Per esempio, negli apprendimenti inerenti le discipline scientifiche, la conoscenza che deriva è interrelata con le relazioni dei corpi materiali e, al contempo, vissuta attraverso i corpi degli studenti e degli insegnanti (Daugbjerg, de Freitas & Valero, 2015).

La “pedagogia incorporata” (*embodied pedagogy*), tuttavia, non si limita a far fare agli studenti esperienze pratiche, fortemente corporee, mediante le quali guadagnare sapere. Essa cerca di aiutare i formandi a sviluppare consapevolezza dei loro corpi e a concepire l'esperienza umana, che comprende i processi di apprendimento, come esperienza incorporata (Forgasz & McDonough, 2017). Alcune esperienze formative, come la danza, il gioco di ruolo non strutturato e il teatro possono svolgere un ruolo cruciale nella comprensione profonda della conoscenza incorporata.

Ma non è di esperienze formative, spesso *art-based*, che facilitano la consapevolezza corporea e il sapere del corpo che vogliamo parlare in questa sede, pur riconoscendone il grande valore nel promuovere una *embodied pedagogy*. Con questo contributo intendiamo rendere conto della relazione complessa e fertile all'interno del sistema formativo del professionista della *care*, cioè l'infermiere, tra saperi “forti”, normalizzati e codificati, quelli delle discipline accademiche del percorso di studi, e saperi “pratici” e “personali” meno formalizzati, contraddistinti da una componente tacita di conoscenza. Il lavoro quotidiano dell'infermiere richiede l'agire di diverse competenze quali *skills* pratiche (ad esempio, posizionare un ago-cannula, effettuare un prelievo, inserire un catetere), conoscenze teoriche, come quelle di anatomia e fisiologia, così come competenze legate ad aspetti psicologici ed educativi del paziente; sono parte della professione infermieristica anche importanti aspetti etici, che entrano in gioco ogni volta che le scelte cliniche riguardano la qualità di vita o la possibilità di vita di un paziente. La pratica infermieristica è, per questo, una pratica complessa, che richiede conoscenze *idiografiche*, legate cioè al singolo paziente, alla sua storia clinica e alle sue caratteristiche psico-

logiche, nonché alla sua specifica situazione, e conoscenze *nomotetiche*, legate cioè alle evidenze scientifiche (Zannini, 2003).

Per fornire cure adeguate al paziente, l'infermiere esperto dovrebbe avere fatte proprie tutte queste dimensioni professionali del proprio agire. È perciò importante condurre una riflessione sulle molteplici forme del suo agire che, assieme, costituiscono la complessità della professione. Tali forme del sapere sono riconducibili al sapere teorico dell'infermiere, al sapere pratico e al suo saper essere nella relazione col paziente. A questa complessità dei saperi infermieristici aggiungiamo quella dei modi in cui si costruisce la conoscenza professionale durante il corso di studi. Essa si fonda su apprendimenti curriculari, ma anche, in modo tacito, sul fare quotidiano. Come vedremo, il corpo ha un ruolo fondante nella costruzione di questo sapere tacito degli studenti infermieri; esso è portatore di una conoscenza incorporata, che è cruciale nelle pratiche di *caring*. Infatti, l'infermiere non solo negli anni di studio accademico, ma nella stessa pratica lavorativa, mentre "usa" il suo corpo, attiva processi di costruzione della conoscenza in modo tale che esso non sia solo un medium tra realtà (pazienti, colleghi, strumenti, protocolli...) e mente, ma sia esso stesso produttore di sapere, nella prospettiva della conoscenza incorporata.

2. La conoscenza incorporata nel paziente

Per riflettere sulla complessità dei processi di costruzione della conoscenza nell'infermiere, proviamo per un attimo a cambiare la nostra prospettiva e concentriamoci su colui che è "oggetto" delle pratiche di cura: il paziente. Per quest'ultimo, sviluppare benessere e trovare soluzioni ai problemi quotidiani che la malattia comporta ha a che fare con la costruzione di nuove conoscenze di sé, e dell'ambiente in cui vive, e questa conoscenza viene solitamente costruita in modo tacito, attraverso l'esperienza quotidiana. Quando le persone fanno esperienza di una malattia cronica o fortemente invalidante, i cambiamenti avvengono non solo nel loro corpo, che è "oggetto" delle cure dei professionisti sani-

tari, ma anche nel loro modo di vivere ed esperire il mondo, processo che abbiamo definito più sopra “conoscenza incorporata”. L’esperienza di malattia del paziente è quindi sì nel corpo, il quale è in questo senso in balia di essa, ma tale esperienza è anche in grado di cambiare il suo essere nel mondo (e quindi di avere un “potere” su di esso), proprio per le caratteristiche conoscitive che sono state attribuite al corpo, come abbiamo visto nel paragrafo precedente¹.

Analogamente al paziente, anche il professionista della cura può considerare il suo corpo non solo come strumento di cura, ma anche come fonte di conoscenza. Ricercatori di molti paesi hanno esaminato il tema della conoscenza incorporata quale approccio epistemologico utile sia per approfondire che per migliorare le loro pratiche quotidiane nei contesti sanitari. L’infermiera Wilde (2003), per esempio, racconta come la filosofia l’abbia aiutata a mettere in discussione i suoi modi abituali di comprendere, nel lavoro di cura, il rapporto soggetto-oggetto. Nello specifico, questa professionista riporta quanto comprendere, non solo con la mente, ma anche con il proprio corpo, l’esperienza vissuta dai pazienti possa aiutare l’infermiere a sviluppare benessere nel paziente. In questa prospettiva, l’infermiere, dunque, abita assieme al paziente, e attraverso il corpo del paziente, nonché mediante il suo stesso corpo, il mondo della malattia. Wilde (2003) si era chiesta come il paziente potesse costruire conoscenza incorporata della sua malattia e, per rispondere alla sua domanda, aveva fatto riferimento agli studi di Polanyi (1958; 1966) per ricostruire il significato dell’esperienza di malattia del paziente. Secondo

¹ In uno studio recente (Andreessen, Wilde & Herendeen, 2012), gli infermieri riportano come dai racconti di questi pazienti con catetere emerga che essi dedicano molta attenzione al fluire dell’urina. I pazienti parlano del loro drenaggio urinario descrivendo anche minimi aspetti percettivi, quali il rumore che fa l’urina mentre si sposta nella sacca del drenaggio o aspetti emotivi quali il disagio, quando l’urina fuoriesce, “rovinando loro la loro giornata”. Alcuni pazienti riferiscono addirittura di sapere, senza vederla, quando la sacca dell’urina ha bisogno di essere svuotata.

quest'ultimo, sicuramente il paziente costruisce quella conoscenza a partire dalla propria esperienza vissuta.

Per capire il rapporto tra il concetto di “esperienza vissuta” e quello di “conoscenza incorporata” può essere utile riprendere alcuni presupposti filosofici di tali concetti, che da diversi anni sono diventati oggetto d'interesse delle scienze infermieristiche (Benner, 2000; Crossley, 2001; Leonard 1989). Per comprendere come la conoscenza astratta filosofica non sia un mero “gioco intellettuale”, ma un sapere che ha legami profondi con le scienze definite “dure”, come fisica, chimica o biologia, ovvero discipline cardine per le professioni sanitarie, ci sembra utile partire dalla anatomia e dalla fisiologia. Maturana e Varela (1980) sono due biologi contemporanei che, ponendosi in continuità con il pensiero di filosofi quali Bateson (1972) e Wittgenstein (1953), si sono posti il problema della “cognizione” studiando la applicabilità del modo di apprendere dei sistemi cellulari a sistemi più complessi. Una famosa ricerca di anatomia e fisiologia, pubblicata da Maturana e colleghi nel 1960 sul *Journal of General Physiology*, parte dall'interrogativo su come possa una rana imparare a distinguere una preda da un predatore. Lo studio fornisce evidenze di come le rane distinguano i predatori e i nemici, quindi si costruiscono conoscenza del mondo, collegando l'attività della retina alla propria percezione “interna” soggettiva, e non tanto all'oggetto (preda e predatore) in sé. Secondo questi studiosi, il soggetto costruisce conoscenza a partire dalla propria soggettività in relazione all'oggetto osservato, oggetto che in sé, però, non è l'origine della conoscenza. Detto in termini “fisiologici”, più vicini alle discipline sanitarie, è il rapporto tra retina e cervello a costituire l'esperienza del mondo. La mente, in questo senso, emerge dall'essere in relazione (Annacontini & Gallelli, 2014)².

² La teoria di Maturana e colleghi (1960) trova riscontro anche nel mondo dell'arte, che ci offre dimostrazione di essa grazie all'esperienza dell'artista e musicista contemporaneo Harbisson. Egli, affetto da acromatopsia congenita, è incapace di percepire i colori, ma, attraverso l'impianto di un occhio elettronico, è andato oltre la normale percezione umana dei colori; questo è stato

La fenomenologia di Husserl (1913) aveva messo al centro del proprio studio il modo in cui qualcosa di esterno al soggetto possa essere percepito e conosciuto, che è il quesito che ha guidato anche, successivamente, l'opera di Maturana. Secondo Husserl, la coscienza dell'uomo è sempre "intenzionale" ovvero è coscienza *di* qualcosa, che è diverso da sé, la cui conoscenza è determinata dalla struttura della coscienza e dalle leggi a priori che la governano. Continuando a percorrere rapidamente la storia della filosofia, Heidegger (1927), Jaspers (1948) e Sartre (1943), rappresentanti dell'esistenzialismo, pongono al centro della riflessione sulla conoscenza "l'esistenza". Secondo questa corrente filosofica, il soggetto conoscente crea il proprio mondo in modo individuale, a partire da concrete condizioni in cui vive. Un altro importante filosofo è il già citato Merleau-Ponty (1945), il quale, nei suoi studi sulla fenomenologia della percezione, esplicita chiaramente come l'esperienza vissuta, da cui si costruisce la conoscenza, è in stretta relazione al corpo.

Nella letteratura infermieristica, la conoscenza incorporata è definita come «ciò che il corpo di una persona fa senza un pensiero cosciente» (Oerther & Oerther, 2018, p. 819). È forse per questo che tale tipo di conoscenza era stata definita, come abbiamo visto più sopra, "conoscenza tacita" (Polanyi, 1958), ma anche "conoscenza esperienziale" (Kolb, 1984) o "intuitiva" (Lawrence, 2012).

3. La conoscenza incorporata nello studente

Le esperienze vissute, come abbiamo visto, possono contribuire alla malattia, ma anche la malattia, modificando il corpo, modi-

possibile perché il suo cervello aveva formato dei nuovi percorsi neuronali, sviluppando dentro se stesso, quindi non nell'oggetto che egli osservava, un tipo avanzato di percezione e quindi nuove conoscenze dell'"oggetto". Dalla biologia all'arte sembra emergere un rapporto strettissimo tra conoscenza e corpo, nel senso che quest'ultimo non è solo ciò che rende possibile una percezione, che viene poi elaborata dalla mente, ma è esso stesso produttore di conoscenze.

fica il vissuto del paziente. Alla malattia consegue un mutamento nell'esperienza incarnata e le pratiche di cura infermieristica, anch'esse incarnate, possono contribuire a far trovare al paziente un nuovo equilibrio e, quindi, nuovo benessere. Il paziente, attraverso l'esperienza quotidiana, sviluppa competenze pratiche legate al convivere con i problemi che la malattia porta con sé. Ad esempio, un dispositivo medico molto comune come il catetere sviluppa nel paziente conoscenze pratiche del proprio corpo con quel dispositivo e sviluppa conoscenze tacite collegate con la sua esperienza vissuta (Wilde, 2003). Nel monitorare il fluire dell'urina, un paziente racconta che bere tre litri di acqua al giorno è una strategia da lui appresa dall'esperienza vissuta per prevenire infezioni e uscire in pubblico sentendosi sicuro e asciutto (Wilde, 1999). Sembra quindi che il paziente, senza essere stato istruito su cosa fare per prevenire le infezioni, quando si è portatori di catetere, abbia sviluppato una conoscenza personale, mediante un apprendimento del corpo, su come agire quando si è portatori di un determinato dispositivo. Da ciò deriva una ulteriore conferma che una visione dualistica corpo-mente, oggetto-soggetto (Zannini, 2004), è completamente inadeguata, dal punto di vista del paziente, per creare nuove modalità di "esserci", ovvero di stare al mondo con la malattia. Dal canto loro, gli infermieri dovrebbero essere capaci, attraverso la comprensione dell'esperienza vissuta di malattia, di condurre i pazienti verso nuovi livelli di benessere. Per questo, Wilde (2003) propone due nuovi modi per concettualizzare il corpo del paziente, ossia come "soggetto": ontologico (il corpo è un amico speciale, un "partner silenzioso") ed epistemologico (il corpo è un informatore).

Quanto imparare dalla esperienza corporea di un paziente sia fondamentale per un professionista viene riconosciuto "istintivamente" già dagli studenti negli anni pre-laurea. In uno studio etnografico svedese sulla identità professionale dell'infermiere emerge proprio come gli studenti infermieri stressino l'importanza di "mettere le mani" nell'esperienza (Ewertsson, Bagga-Gupta, Allvin & Blomber, 2017) e mettere in pratica le loro conoscenze nelle situazioni *reali*. In questo studio, uno studente racconta: «io

devo fare pratica e ancora pratica. Devi *sentire le emozioni nelle tue mani* e solo comprendo le conseguenze della mia performance che io posso imparare. Altrimenti è impossibile ricordare come fare” (Ewertssonet, Bagga-Gupta, Allvin & Blomber, 2017, p. 23, corsivo nostro). In un altro studio, molti studenti avevano dichiarato di preferire prima osservare il tutor clinico di reparto mentre esegue le manovre infermieristiche, perché avevano notato che ogni infermiere mette in atto delle piccole azioni, dei “trucchetti” (*tricks*) inconsapevoli, taciti, che non si trovano sui libri e non vengono spiegati verbalmente (Dixon & Senior, 2011).

A quanto sembra, non solo il paziente, ma anche l’infermiere in formazione sviluppa conoscenze tacite attraverso il corpo: incorporare le azioni, anche attraverso l’imitazione, può sviluppare migliore pratica infermieristica e lo spiega bene questo studente quando dichiara che «una volta che le tue mani riescono a muoversi automaticamente, puoi concentrarti sul paziente e non solo sulla tecnica che stai eseguendo» (Ewertssonet, Bagga-Gupta, Allvin & Blomber, 2017, p. 23).

Queste considerazioni, emerse dalle interviste agli studenti infermieri sulle loro esperienze di apprendimento sul campo, ritrovano significativo riscontro nella letteratura pedagogica sulle pratiche degli insegnanti. In una *review* del 2018, Sullivan rileva quanto i movimenti del corpo del docente, durante le lezioni, possano contribuire a sviluppare nello studente capacità di conoscenza incorporata. Forgasz e McDonough (2017) avevano precedentemente esplorato le dimensioni incorporate dell’insegnamento scolastico e dell’apprendimento. Ad esempio, gli allievi tenderanno a riprodurre, anche in modo inconsapevole, le gestualità dell’insegnante, probabilmente attraverso l’attivazione dei neuroni a specchio. Secondo Lawrence (2012), che ha condotto uno studio, sempre in ambito scolastico, sulla conoscenza “intuitiva” incorporata, anche chi insegna dovrebbe prestare attenzione al linguaggio del corpo degli studenti, dal quale potrebbe ottenere informazioni utili su come sviluppare in essi conoscenza incorporata. Da questi studi sembra chiaro che le azioni corporee agite attorno a noi danno forma alle

nostre esperienze mentali anche e soprattutto nei processi di apprendimento.

Per questo, nella formazione degli infermieri, diventa indispensabile offrire agli studenti l'opportunità di mettere in pratica, nella complessità vera del contesto clinico e sotto supervisione di un infermiere esperto, le conoscenze apprese in laboratorio con un paziente simulato. Anche la pratica infermieristica sembra quindi suggerire un rapporto tra il tutor infermiere e lo studente di tirocinio, tra l'“essere” dell'infermiere e la conoscenza del paziente, e sembra anche in questi casi che la conoscenza avvenga attraverso gesti che sono espressione del sapere tacito del corpo.

4. La conoscenza incorporata nell'infermiere

Anche nelle scienze infermieristiche sembra sempre più evidente che la conoscenza è esperienza incorporata e il corpo è fonte di conoscenza. In altri termini, la conoscenza non è solo obiettiva (le evidenze che derivano dalle scienze “dure”) ma è anche soggettiva, interna, direttamente dipendente dal corpo. Si tratta dunque, nella formazione infermieristica, di allargare lo sguardo, includendo il corpo nei processi di costruzione della conoscenza, e non solo la mente, tenendo assieme pensiero-incorporato e corpo-pensante.

Per Burkitt (1999), un altro studioso che si è molto occupato di conoscenza incorporata, i corpi sono capaci di produrre modificazioni nell'ambiente e modificarsi con esso, in quanto situati in un contesto relazionale e sociale e in un movimento circolare tra azione e pensiero. In questo movimento circolare, gli infermieri, proprio perché conoscono e entrano in relazione (pensano e agiscono) col corpo del paziente, per mezzo di pratiche “materiali” di cura – fatte di mani, strumenti, odori, sguardi –, hanno un ruolo privilegiato nel facilitare l'“incorpamento” della malattia da parte del paziente, aiutandolo a costruire benessere attraverso un nuovo modo di essere al mondo.

La pratica infermieristica è essenzialmente e fondamentalmente pratica che riguarda le esperienze delle persone in quanto esperienze incorporate, particolarmente per quelle situazioni in cui il corpo fallisce nelle sue normali funzioni (Wilde, 1999, p. 29)³.

In linea con tutto ciò, Bourdieu (1994) aveva proposto una “teoria della pratica” che fornisce, secondo Oerther e Oerther (2018), la cornice per elaborare una comprensione più avanzata del paziente nella quotidiana pratica infermieristica. Attraverso la suddetta teoria, Bourdieu aveva introdotto i concetti di “capitale”, inteso come risorsa disponibile all’individuo all’interno di un “campo” (ad esempio il supporto familiare può essere un “capitale” a supporto del paziente); quest’ultimo è inteso come luogo delle esperienze in cui soggetto e oggetto sono interrelati. L’“habitus”, poi, è il modo in cui gli individui socializzano e rispondono a particolari circostanze in base alle risorse (capitale) e all’ambiente (campo). Ad esempio, seguendo Bourdieu, l’habitus dell’infermiere si sviluppa incorporando pensieri e competenze pratiche attraverso l’imitazione non mediata dal linguaggio. Questa teoria, quindi, enfatizza il fatto che la pratica quotidiana dell’infermiere è spesso tacita e incorporata.

Nel concepire la pratica come attività produttrice di sapere, si tenta di mettere in relazione ciò che è vissuto con le oggettive condizioni in cui si colloca l’esperienza. Per comprendere gli apprendimenti taciti del paziente, è necessario per l’infermiere riconoscere i fattori soggettivi e oggettivi (esperienza vissuta e informazioni cliniche) che influenzano l’esperienza vissuta. Secondo Oerther e Oerther (2018) a partire da questa teoria si può svilup-

³ Il catetere, restando nel nostro esempio, diventa quindi parte incorporata dell’essere al mondo del paziente ed elemento costitutivo dei suoi processi di conoscenza. Allo stesso modo di ciò che significa il catetere (o qualsiasi altro dispositivo terapeutico) per un paziente, per un infermiere posizionare un catetere diventa una estensione del suo corpo con cui conoscere il corpo del paziente e del suo campo. Sia per il paziente che per l’infermiere la conoscenza avviene tenendo assieme la parte, il corpo con l’esperienza del mondo in cui è inserito.

pare una *best practice* nel lavoro infermieristico. Inoltre, negoziare con il “capitale sociale” del paziente, la famiglia o i *care giver*, può sviluppare adesione del paziente alle linee terapeutiche (Mithen, Aitken, Ziersch & Kavanagh, 2015; Noiesen, Larsen & Agner, 2004; Savage, Dumas, Robitaille & Jette, 2014).

5. Conclusioni

È la conoscenza tacita che guida il soggetto alla comprensione più profonda di una determinata pratica professionale e, secondo l'infermiera Wilde (2003), questo avviene anche nell'esperienza di malattia e nella ricostruzione dei significati dell'essere al mondo che il paziente ha bisogno di ridefinire per costruire un nuovo equilibrio. Abbiamo visto come Wilde riporti quanto la malattia, colpendo il corpo, produca cambiamenti fisici e dell'esperienza vissuta dalle persone (il cui corpo è cambiato). L'autrice, riprendendo Polanyi, riflette su quanto i cambiamenti fisici non avvengono sotto il controllo cosciente della persona (condizioni oggettive), e siano quindi inespressi e taciti; come le persone rispondano a questo cambiamento dipende poi da loro (vissuto soggettivo). L'autrice sottolinea come la conoscenza pratica e incorporata della malattia e della disabilità non sia astratta, ma situata in un concreto e specifico paziente, anche se non sempre esplicita e consapevole. Gli infermieri possono aiutare i pazienti a riformulare nuovi significati e trovare delle strategie per affrontare i problemi posti dalla malattia, a partire dal sapere che il loro corpo sviluppa; per fare questo, hanno quindi bisogno di nuove strategie per comprendere il corpo e curare il paziente. Perpetuare vecchi modi di vedere il corpo come oggetto, affetto da malattie biologicamente connotate (*disease*), su cui intervenire tecnicamente, non offre al paziente la possibilità di crescere, a partire dalla sua esperienza corporea e dalla conoscenza incorporata che questi sviluppa. Questa concettualizzazione del corpo (essere, conoscenza) accresce le capacità dell'infermiere e del paziente di riconoscere ciò che il corpo può offrire.

Gli infermieri non sono quindi semplici osservatori dell'esperienza vissuta dal paziente come qualcosa di "esterno", "altro", perché appunto vissuto dall'altro. Essi possono assistere e aiutare il paziente nell'identificare nuovi e positivi significati veicolati dal loro corpo, dopo che è cambiato a seguito della malattia, imparando anche dal corpo del paziente, che in quanto "parte silente" può fornire informazioni e indizi per risolvere problemi quotidiani legati alla cura della persona. Se, come è stato detto, la conoscenza è sempre "incorpata" e mondana, il corpo del paziente, che in ambito sanitario è necessariamente oggetto di conoscenza, è anche soggetto attivo di conoscenza.

In conclusione, con questo contributo abbiamo documentato la convivenza, all'interno del sistema formativo dei professionisti del *caring*, tra saperi "a statuto forte", caratterizzati da una forte identità epistemologica (come l'anatomia, la fisiologia), e saperi della pratica, meno strutturati e formalizzati, ma altrettanto importanti e sempre più pervasivi. Tali saperi sono spesso incorporati, nel senso che derivano dalla pratica e, in modo tacito, si costruiscono, prima nello studente e poi nel professionista infermiere, attraverso il corpo. Inoltre, anche il paziente, nell'esperienza di malattia, costruisce un sapere incorporato, la cui conoscenza è fondamentale per chi lo assiste, in modo da costruire un'alleanza terapeutica. Sul piano della formazione, dunque, vanno non solo garantite delle attività pratiche, nelle quali gli studenti possano acquisire un sapere incorporato, ma anche attività laboratoriali che creino le condizioni affinché i formandi possano imparare a *vivere* il loro corpo, come fonte insostituibile di conoscenza.

Bibliografia

- Andreessen L., Wilde MH., & Herendeen P. (2012). Preventing catheter-associated urinary tract infections in acute care: the bundle approach. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), 209-217.
- Annacontini G. (2008). *Pedagogia e complessità. Attraversando Morin*. Pisa: Ets edizioni.
- Annacontini G., & Gallelli R. (2014). *Formare altre(i)menti*. Bari: Progedit.

- Barone P. (1997). *La materialità educativa*. Milano: Unicopli.
- Bateson G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press. Tr. It. *Verso un'ecologia della mente* (1976). Milano: Adelphi.
- Benner P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy* 1(1), 5-19.
- Bocchi G., & Ceruti M. (2007). *La sfida della complessità*. Milano: Mondadori.
- Bourdieu P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil. Tr. It. *Ragioni pratiche* (1995). Bologna: Il Mulino.
- Burkitt I. (1999). *Bodies of thought – Embodiment, Identity and Modernity*. London: Sage Publication.
- Crawford M. (2009). *Shop class as soulcraft: An inquiry into the value of work*. New York: Penguin.
- Crossley N. (2001). The Phenomenological habitus and its construction. *Theory and Society*, 30(1), 81-120.
- Csordas T.J. (1994). *Embodiment and experience – The existential round of culture and self*. Cambridge: University Press.
- Daugbjerg P.S., de Freitas E., & Valero P. (2015). Mapping the entangled ontology of science teachers' lived experience. *Cultural Studies of Science Education*, 10(3), 777-801.
- De Mennato P. (2003). *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*. Milano: Guerini Scientifica.
- Dixon M., & Senior K. (2011). Appearing pedagogy: from embodied learning and teaching to embodied pedagogy. *Pedagogy, Culture and Society*, 19(3), 473-484.
- Dumas A., Robitaille J., & Jette S. (2014). Lifestyle as a choice of necessity: Young women, health and obesity. *Social Theory & Health*, 12(2), 138-158.
- Ewertsson M., Bagga-Gupta S., Allvin R., & Blomber K. (2017). Tensions in learning professional identities - nursing students' narratives and participation in practical skills during their clinical practice: an ethnographic study. *BMC Nursing*, 16, 48.
- Forgasz R., & McDonough S. (2017). Struck by the way our bodies conveyed so much: A collaborative self-study of our developing understanding of embodied pedagogies. *Studying Teacher Education*, 13(1), 52-67.

- Foucault M. (1963). *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Tr. It. *La nascita della clinica* (1969). Torino: Einaudi.
- Foucault M. (1993). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi. (Original work published 1975).
- Heidegger M. (1927). *Sein und Zeit*. Tuebingen: Max Niemeyer. Tr. It. *Essere e tempo* (1976). Milano: Longanesi.
- Husserl E. (1913). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*. In *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*. Halle a.d. Saale: Max Niemeyer. Tr. It. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1965). Torino: Einaudi.
- Jackson J. (1994). Chronic pain and the tension between the body as subject and object. In T.J. Csordas (Ed.), *Embodiment and experience – The existential round of culture and self*. Cambridge: University Press.
- Jasper K. (1948). *Der philosophische Glaube*. Munich: Piper. Tr. It. *La mia filosofia* (1948). Einaudi: Torino.
- Kannen V. (2012). “My body speaks to them”: Instructor reflections on the complexities of power and social embodiments. *Teaching in Higher Education*, 17(6), 637-648.
- Kolb D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lawrence RL. (2012). Intuitive knowing and embodied consciousness. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 134, 5-13.
- Leder D. (1992). *The Body in Medical Thought and Practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Leonard VW. (1989). A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 40-55.
- Massa R. (1986). *Le tecniche e i corpi*. Milano: Unicopli.
- Maturana HR, Lettvin JY, McCulloch WS, & Pitts H. (1960). Anatomy and physiology of vision in the frog (*Rana pipiens*). *The Journal of General Physiology*, 43, 129-175.
- Maturana HR, & Varela FJ. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. Tr. It. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente* (1985). Padova: Marsilio.
- Merleau-Ponty M. (1945). *Phénoménologie de la Perception*. Parigi: Gallimard. Tr. It. *Fenomenologia della percezione* (1980). Milano: Il Saggiatore.
- Mithen J., Aitken Z., Ziersch A., & Kavanagh AM. (2015). Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Social Science and Medicine*, 126, 26-35.

- Montagna L., & Visioli S. (2004). Formare al rapporto con il corpo del paziente attraverso le medical humanities: un percorso esperienziale con studenti infermieri. In L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente*. Milano: FrancoAngeli.
- Noiesen E., Larsen K., & Agner T. (2004). Compliance in contact allergy with focus on cosmetic labelling: a qualitative research project. 51(4), 189-195.
- Oerther S., & Oerther DB. (2018). Pierre Bourdieu's theory of practice offers nurses a framework to uncover embodied knowledge of patients living with disabilities or illnesses: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 818-826.
- Palmieri C. (2000). *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Milano: FrancoAngeli.
- Polanyi M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. University of Chicago Press. Tr. It. *La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica* (2008). Roma: Armando Editore.
- Polanyi M. (1966). *The tacit dimension*. University of Chicago Press. Tr. It. *La conoscenza inespressa* (1998). Milano: Rusconi Editore.
- Sartre J.P. (1943). *L'Être et le néant: Essai d'ontologie phénoménologique*. Parigi: Gallimard. Tr. It. *L'essere e il nulla* (1997). Roma: Ed. Est.
- Savage M., Dumas A., & Stuart SA. (2013). Fatalism and short-termism as cultural barriers to cardiac rehabilitation among underprivileged men. *Sociology of Health & Illness*, 35(8), 1211-1226.
- Sullivan JV. (2018). Learning and embodied cognition: A review and proposal. *Psychology Learning and Teaching*, 17(2), 128-143.
- Varela FJ., Thompson E., & Rosch E. (1992). *La via di mezzo della conoscenza*. Milano: Feltrinelli.
- Visioli S. (2014a). Il processo di embodiment nella costruzione della conoscenza e nella cura dell'altro. In L. Zannini (a cura di), *Il corpo-paziente*. Milano: FrancoAngeli.
- Visioli S. (2014b). La conoscenza incarnata nei luoghi di cura: dalle cellule ai cyborg. *Riflessioni sistemiche*, 11, 191-198.
- Wilde MH. (1999). Why embodiment now? *Advances in Nursing Sciences*, 22(2), 25-28.
- Wilde MH. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*, 10(3), 170-176.
- Wilde MH., & Getliffe KA. (2006). Urinary catheter care for older adults. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 14(8), 38-44.

- Wittgenstein L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Oxford: G.E.M. Tr.
It. *Ricerche filosofiche* (2009). Torino: Einaudi.
- Zannini L. (2003). *Salute, malattia e cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini L. (2004) (a cura di). *Il corpo-paziente*. Milano: FrancoAngeli.