



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN FILOSOFIA

INDIRIZZO: FILOSOFIA TEORETICA E PRATICA

CICLO XXV

**IL CONCETTO DI CURA TRA ETICA E MEDICINA.
UN'ANALISI DEL CONTRIBUTO DELL'ETICA DELLA CURA
ALLA FILOSOFIA MORALE E ALLA BIOETICA CLINICA**

Direttore della Scuola: Ch.ma Prof.ssa Francesca Menegoni

Coordinatore d'indirizzo: Ch.ma Prof.ssa Francesca Menegoni

Supervisore: Ch.mo Prof. Corrado Viafora

Dottoranda: Silvia Tusino

INDICE

Introduzione	5
1. L'etica femminista della cura	11
1.1 Nel Noddings: la primarietà della cura.....	16
1.2 Sara Ruddick: il pensiero materno.....	23
1.3 Joan C. Tronto: la politica della cura.....	33
1.4 Eva Feder Kittay: cura e dipendenza.....	40
1.5 Virginia Held: l'etica della cura.....	48
1.6 L'etica femminista della cura: un bilancio	56
1.6.1 Sul rapporto tra cura e femminile	58
1.6.2 Sul rapporto tra cura e giustizia	60
1.6.3 Etica della cura e filosofia morale	69
2. Cura ed etica	73
2.1 Breve genealogia della cura	74
2.1.1 La <i>cura</i> nella Roma antica	76
2.1.2 La tradizione della <i>cura animarum</i>	79
2.1.3 Goethe, il <i>Faust</i> e Cura	81
2.1.4 Kierkegaard e l'interesse	84
2.1.5 Heidegger, <i>Essere e tempo</i> e la Cura.....	88
2.1.6 Ricoeur e la sollecitudine.....	94
2.1.7 Conclusioni	100
2.2 Antropologia e cura.....	106
2.2.1 Vulnerabilità e dipendenza	107
2.2.2 Relazionalità	112
2.2.3 Universalità e primarietà della cura	115
2.3 Cura ed etica.....	118
3. La cura medica.....	129
3.1 Medicina clinica e moralità	131
3.1.1 La relazione clinica	135
3.1.2 L'esperienza della malattia.....	139
3.2 La medicina clinica come pratica della cura.....	153
3.2.1 La medicina come pratica relazionale	154
3.2.2 La medicina come pratica della cura	162
Conclusioni	185
Bibliografia	189

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di ricerca intende valutare il contributo dell'etica della cura alla filosofia morale e alla bioetica clinica. Con "etica della cura" mi riferisco alla corrente di pensiero che si è sviluppata a partire dagli anni Ottanta del Novecento, soprattutto in seguito alla pubblicazione di uno studio della psicologa Carol Gilligan (*In a Different Voice*, 1982). In quest'opera l'autrice richiamava l'attenzione su una "voce differente" che andrebbe presa in considerazione dai modelli dello sviluppo morale: la voce della cura. In seguito a questa particolare tematizzazione del concetto di cura, e al suggerimento di un possibile legame tra cura e sensibilità femminile, si è originato un vastissimo dibattito, inizialmente legato soprattutto al pensiero femminista. Negli anni, la discussione sull'etica della cura si è estesa al di là del mondo femminista statunitense, coinvolgendo autori di diverse tradizioni di pensiero e di diversi Paesi. Tuttavia, nel tempo non si è arrivati a una formulazione univoca della *Care Ethics* (o *Ethics of Care*). Per questo motivo, userò l'espressione "etica della cura" in senso piuttosto ampio per riferirmi ad approcci diversi fra loro, ma accomunati dalla convinzione che il concetto di cura sia particolarmente rilevante per l'elaborazione di una filosofia morale.

L'interesse ad approfondire il contributo specifico offerto dall'etica della cura nasce, oltre che dagli spunti critici ai paradigmi morali dominanti, dalle potenzialità che essa sembra dimostrare quando applicata alla bioetica - e alla bioetica clinica in particolare. Allo stesso tempo, la necessità di un approfondimento deriva dall'apparente debolezza teorica e normativa dell'etica della cura, alla quale sono state rivolte da subito critiche molto severe. Queste ultime hanno contribuito alla diffusione di una rappresentazione dell'etica della cura come di una proposta filosofica dai limiti evidenti. Per questo, per poter saggiare il contributo che essa è in grado di offrire alla bioetica clinica è necessaria una previa valutazione dei limiti e delle potenzialità dell'etica della cura come filosofia morale.

La mia ricerca prende dunque le mosse da un'analisi delle principali formulazioni dell'etica della cura in ambito femminista, concentrandosi sulle autrici che hanno maggiormente influenzato l'avvio e lo sviluppo del dibattito. Il primo capitolo consiste perciò nella presentazione critica dell'etica femminista della cura e si focalizza sul contributo di cinque autrici e della loro opera più rappresentativa: Nel Noddings (*Caring*, 1984), Sara Ruddick (*Maternal Thinking*, 1989), Joan C. Tronto (*Moral Boundaries*, 1994), Eva Feder Kittay (*Love's Labour*, 1999), Virginia Held (*The Ethics of Care*, 2006). Dal pensiero di queste autrici emerge la carica critica, tipica dell'etica della cura, verso gli approcci morali più diffusi, di stampo deontologico o consequenzialista. Il richiamo a una visione più ampia della moralità e la messa in guardia dalle astrazioni cui porta un razionalismo eccessivo si presentano come due dei meriti principali di questa prospettiva, che cerca di restituire un'immagine della vita morale più complessa e vicina all'esperienza di quella offerta dalle concettualizzazioni dominanti, a partire da quella liberale. Inoltre, il bilancio critico del contributo che un'etica della cura di questo tipo può portare alla filosofia morale non può che soffermarsi anche sulle questioni molto dibattute del rapporto tra cura e femminile e tra cura e giustizia. Da tale bilancio sembrano derivare in particolare due acquisizioni: da un lato, il riconoscimento della ricchezza dell'analisi del concetto di cura condotta da queste autrici e di conseguenza della presenza di risorse concettuali in grado di far fronte a molte delle critiche più diffuse mosse contro questo approccio; dall'altro, la constatazione che è prematuro parlare di un'etica della cura come teoria morale normativa e che la *Care Ethics* si presenta invece, al momento, soprattutto come un tentativo di ripensamento di alcuni dei presupposti della teorizzazione morale, a partire dall'immagine dell'uomo come individuo totalmente autonomo e indipendente.

Sofferinarsi sulle teorizzazioni femministe porta quindi a individuare due importanti direzioni di approfondimento, l'una volta a indagare ulteriormente il concetto di cura, che dimostra particolare profondità e interessanti potenzialità, l'altra a mettere esplicitamente a tema la visione antropologica sottesa alla prospettiva della cura. Entrambi questi aspetti

vengono affrontati nel secondo capitolo, che costituisce un ampliamento del discorso al di là dell'orizzonte della sola riflessione femminista.

Nella prima parte del capitolo, riconoscendo l'interesse dell'approccio di W.T. Reich, si esplora il contributo all'elaborazione del concetto di cura da parte di tradizioni filosofiche diverse dal femminismo attraverso una sintetica ricognizione storico-genealogica, che tocca la *cura* nella Roma antica, il Faust di Goethe, il concetto di interesse in Kierkegaard, la *Sorge* heideggeriana e la sollecitudine in Ricoeur. Da tale analisi emergono spunti preziosi, a partire dall'individuazione di una dimensione negativa del concetto di cura - interpretato come preoccupazione angosciosa e non esclusivamente come sollecitudine -, fino ad arrivare al riconoscimento di un legame tra cura e condizione umana, aspetto che si ritrova in diversi autori - si pensi a Igino, Goethe o Heidegger. Una ricognizione di questo tipo mira a precisare ulteriormente le molteplici sfumature del concetto di cura, nella convinzione che la chiarificazione concettuale sia un presupposto fondamentale di qualunque teorizzazione.

La stessa analisi del concetto di cura sembra quindi suggerire l'opportunità di soffermarsi sulla valenza antropologica della cura, sia come caratteristica universale della condizione umana (essere soggetti e oggetti di cure è infatti un'esperienza universale), sia nei suoi legami con altre dimensioni dell'umano, quali vulnerabilità, dipendenza e relazionalità (le caratteristiche antropologiche principali sottese all'etica della cura femminista). A tale approfondimento antropologico è dedicata la seconda parte del capitolo. Solo in seguito a questo approfondimento è possibile un bilancio conclusivo sul contributo dell'etica della cura (non solo femminista) alla filosofia morale.

Rimane a questo punto da riflettere sulle potenzialità dell'applicazione del concetto di cura all'ambito della bioetica clinica in generale, e dell'etica medica in particolare. Infatti, i limiti che la prospettiva della cura presenta come teoria morale comprensiva potrebbero ridimensionarsi in riferimento a una pratica umana specifica per la quale la cura si presenta come un appropriato ideale normativo: la medicina clinica. Per questo, il terzo e ultimo capitolo è

dedicato a vagliare le potenzialità normative del concetto di cura applicato alla medicina clinica.

L'interesse dell'elaborazione di un modello di medicina incentrato sul *care* è dovuto a diverse ragioni, per lo più legate alla crescente insoddisfazione nei confronti dell'immagine della medicina come attività tecnico-scientifica che ha dominato gli ultimi secoli. Nonostante il continuo progresso medico e il costante sviluppo tecnologico, infatti, le nuove tendenze epidemiologiche – legate all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione di malattie croniche – portano sempre più alla luce i limiti di una medicina (e di un'organizzazione sanitaria) pensata essenzialmente per far fronte all'acuzie. Perciò, in molte situazioni l'ospedalizzazione e l'interventismo invasivo cessano di presentarsi come la soluzione più appropriata, e i medici si trovano obbligati a ripensare il loro ruolo e a riconsiderare i presupposti che guidano la loro professione. Nello scenario attuale, dunque, emergono i limiti dell'approccio più diffuso all'etica medica: l'approccio dei principi di Beauchamp e Childress. Tale modello, infatti, si basa sull'adozione di principi che non sono concepiti nel contesto di una visione sostanziale della clinica, bensì applicati alla pratica medica in modo estrinseco. Il fatto di non soffermarsi sulle caratteristiche concrete che definiscono la specificità dell'ambito clinico impedisce a un approccio di questo tipo di offrire risposte adeguate alle situazioni in cui la vulnerabilità del malato emerge con prepotenza e la categoria politica del contratto dimostra la sua inadeguatezza.

In tale contesto emergono con chiarezza le potenzialità di un approccio che caratterizza la medicina non solo come attività tecnico-scientifica, ma anche e soprattutto come *praxis*, esplorando le peculiarità della clinica come pratica umana e la sua intrinseca moralità. In linea con la prospettiva di E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma, nel terzo capitolo si propone perciò un modello di medicina che tenga conto della centralità della relazione medico-paziente, vale a dire un modello di *medicina relazionale*. Questa concezione della medicina come pratica relazionale si radica nelle caratteristiche dell'esperienza che fonda la necessità stessa della clinica: la malattia. Alla malattia viene dunque dedicato un

approfondimento per chiarirne le implicazioni emotive ed esistenziali, e quindi la complessità di dimensioni che la richiesta di aiuto da parte del paziente chiama in causa. Tale passaggio è fondamentale per arrivare a una definizione di malattia centrata sulla restrizione di possibilità che essa determina nella vita del paziente.

Questa analisi del contesto clinico mette in luce l'appropriatezza del concetto di cura, analizzato in precedenza, come ideale normativo di riferimento per la pratica clinica, grazie in particolare ai suoi legami con dimensioni antropologiche centrali nel momento dell'incontro medico-paziente: vulnerabilità e relazionalità. Sembra così plausibile definire la medicina clinica come una relazione di cura tra due persone volta, ove possibile, a guarire, tramite l'utilizzo dei mezzi ritenuti più adeguati in uno specifico contesto scientifico e culturale. Pur mantenendo il riferimento alla volontà di guarire e sottolineando la natura specialistica dell'intervento clinico, la medicina viene qualificata soprattutto in relazione all'obiettivo di prendersi cura dei malati. Ne consegue che la cura medica, intesa come risposta concreta e individualizzata ai bisogni dell'altro, consiste nel tentativo da parte del curante di alleviare i disagi del paziente legati al suo stato patologico, tenendo conto della complessità che la malattia chiama in causa e dell'unicità della situazione di cura.

Applicata al contesto specifico della medicina clinica, la cura si rivela dunque un riferimento normativo efficace, in grado di indirizzare la pratica non solo verso un rispetto dell'autonomia del paziente (spesso intesa in maniera riduttiva), ma verso una sollecitudine più ampia per la persona malata nella sua integrità. Per questo motivo, pur presentandosi come un modello di medicina valido in generale, il modello della cura si dimostra particolarmente efficace nell'intercettare le necessità che derivano dalle nuove tendenze epidemiologiche, poiché è in grado di offrire indicazioni concrete sulle modalità di accompagnamento di persone vulnerabili e un quadro di riferimento più ampio e ricco di significato per la stessa professione medica.

1. L'ETICA FEMMINISTA DELLA CURA

Per quanto la nozione di cura abbia radici antiche, l'origine del dibattito sulla possibilità di proporre uno specifico approccio etico basato su di essa è più recente e può essere fatto risalire agli anni Ottanta del Novecento. È stato infatti in quegli anni e all'interno della riflessione femminista, per lo più statunitense, che si è iniziato a parlare di "etica della cura" (*Care Ethics* o *Ethics of Care*). Tale proposta morale non ha ancora trovato una formulazione univoca, ma è stata fatta propria da numerosi autori in tutto il mondo, molti dei quali si considerano parte di uno sforzo collettivo di elaborazione di un approccio etico basato sul concetto di cura¹. Non potendo dunque far risalire l'espressione "etica della cura" a una proposta morale ben definita da parte di un unico autore, la utilizzerò genericamente per indicare la riflessione di diversi autori che individuano nella cura una nozione fondante per la filosofia morale.

Nonostante la vastità dei contributi sul tema, punto di partenza imprescindibile rimane la riflessione femminista: pur senza ritenere con Virginia Held² che l'etica della cura possa includere solo approcci di stampo femminista, non si può negare che lo sviluppo dell'etica della cura contemporanea corrisponda in buona parte ad alcuni recenti sviluppi del pensiero femminista. In particolare, a soffermarsi sulla cura sono le autrici di quella che viene spesso definita la seconda fase del pensiero femminista³ - che dalla rivendicazione della parità dei diritti e dalla lotta per l'emancipazione (e quindi dall'enfasi sul tema dell'uguaglianza) passerebbe a concentrarsi sulla differenza di genere e sulle caratteristiche peculiari della soggettività femminile, allo scopo di portare a un ripensamento di molte categorie filosofiche elaborate unicamente a partire dall'esperienza maschile. In questa seconda prospettiva

¹ Si veda per esempio Leget - Gastmans - Verkerk 2011.

² Held 2006, p. 22.

³ Come in Mordacci 2003 (capitolo 6) o Botti 2012 (capitolo 2).

l'uguaglianza non è sufficiente, in quanto rischia di essere un guadagno illusorio poiché relativo a modelli prettamente maschili. Ed è proprio in questa prospettiva che si collocano le riflessioni femministe sulla cura, che emerge da subito come un'attitudine che caratterizza l'approccio femminile alla vita pratica.

L'opera più spesso individuata come l'inizio della riflessione femminista sulla cura è lo studio di Carol Gilligan⁴ pubblicato nel 1982 con il titolo *In a Different Voice*⁵. Si tratta di un'opera non a carattere filosofico, bensì di psicologia evolutiva. In essa Gilligan espone la sua critica al modello empirico dello sviluppo morale proposto da Lawrence Kohlberg⁶, suo maestro, basato sull'analisi delle risposte ad alcuni dilemmi morali fornite da soggetti di diverse età, tutti maschi.

Dagli studi di Kohlberg sembrava infatti emergere una "superiorità" maschile nello sviluppo, in quanto i soggetti maschi risultavano raggiungere molto più spesso i livelli di sviluppo morale più elevati del suo modello a sei stadi (in cui la maturità morale corrisponde al sesto stadio, basato sui principi di giustizia, imparzialità, universalità⁷). Per Gilligan invece non si tratta di una supposta inferiorità femminile, bensì di una diversità di approccio ai dilemmi morali che tendenzialmente caratterizza le donne. Questo diverso approccio è completamente trascurato da Kohlberg che, non considerandolo per l'elaborazione del suo modello dello sviluppo morale (basato su dati raccolti da soli soggetti maschi), finisce per valutare negativamente alcune risposte ai dilemmi da lui proposti. La tesi di Gilligan è perciò che le donne risultino carenti dal punto di vista morale solo perché valutate con parametri prettamente maschili.

⁴ Carol Gilligan (1936), psicologa, femminista, ha insegnato psicologia evolutiva e studi di genere a Harvard, Cambridge e all'università di New York.

⁵ Gilligan 1982.

⁶ Kohlberg 1981.

⁷ A questo stadio i dilemmi sono astratti dal loro contesto concreto e specifico e invece articolati in termini di conflitto tra diritti, o tra principi universali come giustizia e uguaglianza.

Gilligan propone quindi di ripensare le nozioni di moralità e maturità morale a partire da una diversa voce che sembra contraddistinguere in particolare i soggetti femminili. Infatti, studiando i giudizi morali espressi dalle donne, tende a emergere una diversa visione morale, non astratta ma maggiormente calata nella concretezza delle relazioni tra gli individui e preoccupata più dell'adempimento delle proprie responsabilità verso gli altri che dei conflitti tra principi. Questo approccio, incentrato sulle nozioni di responsabilità e cura, si oppone alla prospettiva che tende a caratterizzare le risposte maschili, focalizzate su equità e diritti. Si delineano così due diverse prospettive morali, ormai comunemente identificate in letteratura come etica della giustizia ed etica della cura⁸.

A Gilligan però non interessa tanto il fatto che la prospettiva della cura emerga soprattutto⁹ dalle voci femminili. Piuttosto, l'autrice mira a rivendicare la legittimità di un approccio tradizionalmente trascurato. Inoltre, secondo Gilligan la maturità morale consisterebbe nell'integrazione delle due prospettive (la morale dei diritti e quella della cura responsabile), attraverso il riconoscimento della loro complementarità, in quanto insieme "queste due visioni, così distanti tra loro e in tensione reciproca, riflettono la verità paradossale dell'esperienza umana: il fatto che noi possiamo conoscerci come individui separati soltanto nella misura in cui viviamo in connessione con altri, e che possiamo avere esperienza del rapporto soltanto nella misura in cui impariamo a differenziare l'altro da noi"¹⁰.

⁸ Questa opposizione ha avuto un enorme successo, in particolare nel dibattito statunitense, e per quanto ne siano stati presto messi in luce i limiti (si veda per esempio Nelson 1992) ha continuato a essere utilizzata contagiando diversi settori della riflessione morale, persino la *business ethics* (si veda French – Weis 2000).

⁹ L'autrice sottolinea a più riprese come questo diverso modo di interpretare la morale si ritrovi empiricamente più spesso nelle voci di donne, ma non ritiene per questo che sia prerogativa sostanzialmente ed esclusivamente femminile. Questa importante precisazione è stata spesso misconosciuta o minimizzata da molti interpreti (un esempio ne è il titolo della traduzione italiana dell'opera: "Con voce di donna") e critici (come Senchuk 1990 o Kuhse *et al.* 1998).

¹⁰ Gilligan 1982, p. 70 della traduzione italiana.

Il lavoro di Gilligan, oltre a essere tuttora costantemente citato, è stato oggetto di numerose critiche¹¹, femministe e non, alcune delle quali radicali e volte a mettere in questione il metodo da lei usato per le interviste e l'interpretazione delle risposte. Non entrerò qui nel merito di questo dibattito, perché ciò che interessa la presente discussione non è la validità della teoria dello sviluppo morale proposta da Gilligan, bensì l'evoluzione della riflessione (in ambito filosofico, non più solo psicologico) sulla difendibilità di un'etica della cura - e sui suoi legami con il femminile - a cui l'opera dell'autrice americana ha dato il via.

L'opera di Gilligan, infatti, fu da subito recepita entusiasticamente nel mondo della filosofia morale, probabilmente perché, come suggerisce Margaret Urban Walker, "per la filosofia morale quello che sembra *eccitante* della voce differente è che potrebbe rivelare o suggerire una visione della vita morale [...] autenticamente alternativa in aspetti importanti a quelle che prevalgono nel dibattito filosofico"¹². Questo aspetto di novità e critica rispetto agli approcci morali prevalenti è senz'altro uno dei motivi principali del grande successo dell'etica della cura¹³, in particolare nel contesto statunitense dove il riferimento polemico è a un pensiero liberale per certi versi esasperato. Ma, come vedremo, gli spunti critici dell'etica della cura rimangono uno dei suoi punti di forza anche quando rivolti a proposte morali, per così dire, più moderate.

Sempre con Margaret Urban Walker¹⁴, possiamo sinteticamente caratterizzare la diversità della voce rilevata da Gilligan come incentrata su due temi principali: da un lato la tendenza alla cura e alla responsività nei confronti dell'altro - e quindi l'attribuzione di un particolare valore morale alle relazioni

¹¹ Tra cui: Senchuk 1990; Tronto 1993; Allmark 1995; Edwards 2009.

¹² Urban Walker 1989, p. 127.

¹³ Esempi di una ricezione in questo senso sono Slicer 1990 e Sharpe 1992. In particolare Slicer rileva come la visione morale proposta da Kohlberg tenda a prevalere nell'insegnamento dell'etica negli Stati Uniti, portando a imporre agli studenti un unico approccio al ragionamento morale che finisce per allontanare dalla filosofia i portatori di una "voce differente" (oltre che ad avvicinare pericolosamente l'educazione a un indottrinamento).

¹⁴ Urban Walker 1989, pp. 124-125.

di cura e all'attitudine responsiva; dall'altro un'immagine del ragionamento morale di tipo contestuale e deliberativo, opposta a un approccio astratto e deduttivo.

A partire da queste due tematiche si è sviluppata un'ampia riflessione morale, anche molto differenziata al suo interno, di cui passerò ora a occuparmi focalizzandomi su cinque autrici che hanno profondamente influenzato il dibattito sull'etica della cura. Per quanto le loro riflessioni siano in parte contemporanee (e spesso tutt'ora in corso), sembra di poter individuare una successione cronologica - e tutto sommato concettuale - a partire dalla data di pubblicazione dell'opera con cui si sono imposte nel dibattito.

1.1 Nel Noddings: la primarietà della cura

La prima autrice qui presa in esame si inserisce pienamente nel filone dell'etica della cura e, con il suo *Caring*¹⁵, è la prima a elaborare una proposta morale interamente basata sulla cura.

Nel Noddings¹⁶ considera infatti la cura un'esperienza universale sulla quale è possibile costruire un'etica che rifiuti il linguaggio dei principi e dei giudizi morali razionali, basandosi piuttosto sul sentimento morale di apertura nei confronti dell'altro e ricettività dei suoi bisogni. La "cura" si qualifica così come un atteggiamento di attenzione per l'altro che assorbe interamente¹⁷ colui che se ne prende cura, il quale è spinto a rispondere ai bisogni autentici dell'altro in modo concreto e del tutto individualizzato.

Noddings parte dalla constatazione di come l'etica tenda a basarsi esclusivamente sul ragionamento morale, prediligendo un logos distaccato e trascurando il principio femminile della cura, che invece valorizza la ricettività nei confronti dell'altro all'interno delle relazioni. L'etica femminile della cura, quindi, vuole sostituire ai giudizi morali universali una deliberazione morale contestuale, che avvenga di volta in volta all'interno di relazioni concrete rispettandone l'unicità. Per quanto questo significhi rinunciare a qualunque pretesa di oggettività morale, Noddings ritiene che ci sia un fattore che salva la sua proposta dall'arbitrarietà: l'universalità dell'esperienza di cura.

Il cuore della sua proposta è quindi nella descrizione di questa esperienza universale che dovrebbe permettere di fondare una morale. Basandosi su una visione ontologica relazionale dell'esistenza umana, Noddings osserva che le relazioni di cura (a partire dall'archetipo delle cure materne) risultano essenziali per la vita umana. Esiste quindi un impulso

¹⁵ Noddings 1984.

¹⁶ Nel Noddings (1929), femminista, si è occupata di filosofia dell'educazione e ha insegnato, tra le varie università, anche a Stanford e alla Columbia University.

¹⁷ Il verbo inglese utilizzato è *to engross*.

naturale alla cura – vale a dire a una sollecitudine verso l'altro caratterizzata da preoccupazione ed empatia nei suoi confronti e da un senso di responsabilità per il suo destino – che è alla base della vita etica.

Colui che si prende cura (*one-caring*) si trova infatti in uno stato di recettività e coinvolgimento concreto nei confronti dell'altro che lo assorbe interamente (in questo senso la cura si configura come un *engrossment*) e lo porta ad agire nei suoi interessi. Dato che questa attitudine a rispondere ai bisogni autentici dell'altro è innata, la cura non risulta essere un peso, bensì gratifica chi la realizza.

Naturalmente, la cura così definita è sempre contestuale poiché si definisce in base alle specifiche esigenze e al sentire di colui a cui è rivolta (*cared-for*) e si oppone nettamente a un approccio morale universale e impersonale che punterebbe a trattare nello stesso modo soggetti diversi in circostanze analoghe. È importante sottolineare che questa situazionalità della cura rende difficile concepire una cura “a distanza” che infatti l'autrice tende a negare sostenendo che, per quanto siano possibili diversi gradi di cura, è impossibile aver cura di chiunque.

Un aspetto importante della trattazione di Noddings è infine l'attribuzione di un ruolo fondamentale anche al *cared-for*: nonostante la relazione di cura sia una relazione inevitabilmente asimmetrica, essa comprende una forma di reciprocità che è data dalla risposta del *cared-for* alla cura stessa. La ricezione della cura è infatti essenziale: perché si possa parlare di un atto di cura, esso deve essere percepito come tale da colui al quale è indirizzato.

Il saggio di Noddings ha avuto molta eco nel dibattito sull'etica della cura ed è stato ampiamente ripreso, in particolare nell'ambito del pensiero femminista e della riflessione sulla professione infermieristica. Allo stesso tempo, non sono mancate le critiche a quello che è uno dei primi tentativi di elaborare un'etica della cura e che risulta in effetti insoddisfacente sotto diversi punti di vista.

Una prima questione problematica è data dal legame tra cura e femminile: l'idea che sull'attitudine alla cura agisca una distinzione di genere crea difficoltà alle stesse femministe, che temono si possano così giustificare le divisioni dei ruoli tipiche delle società patriarcali. Per quanto, come Gilligan, anche Noddings cerchi di evitare di stabilire un legame essenziale tra cura e femminile, allo stesso tempo ella definisce il suo contributo come un approccio specificamente femminile all'etica e caratterizza la tendenza alla cura come "naturale" per le donne, finendo per prestare il fianco a critiche di questo tipo¹⁸. È interessante a riguardo il commento di Joan Tronto, che sottolinea come il dibattito sull'etica della cura non dovrebbe concentrarsi sul tema della differenza di genere, bensì sulla sua adeguatezza come teoria morale: "L'equazione tra *cura* e *femminile* è discutibile, perché l'evidenza a supporto del legame tra differenza di genere e differenti prospettive morali è insufficiente. È inoltre una posizione strategicamente rischiosa per le femministe, perché la semplice affermazione di una differenza di genere in un contesto sociale che identifica il maschile con la norma implica l'inferiorità di ciò che è nettamente femminile. È, infine, filosoficamente fuorviante, perché se le femministe pensano all'etica della cura come caratterizzata dalla differenza di genere, finiranno facilmente nella trappola di dover difendere la moralità delle donne, invece di esaminare criticamente le premesse filosofiche e i problemi di un'etica della cura"¹⁹. Queste osservazioni di Tronto mettono bene in luce i limiti e i rischi di un approccio – come quello di Noddings – che voglia legare strettamente cura e femminile, oltre a indicare programmaticamente una strada per l'elaborazione di un'etica della cura credibile che la stessa autrice cercherà di percorrere e che consiste nel collocare il dibattito sulla cura nell'ambito della filosofia morale²⁰.

¹⁸ Bradshaw 1996, p. 9.

¹⁹ Tronto 1987, p. 646.

²⁰ Tronto scrive infatti nel 1987, quando l'influenza dell'approccio di Gilligan è ancora preponderante, insieme alle letture semplicistiche che abbracciano entusiasticamente l'idea di una moralità specificamente femminile. In questo contesto era quindi

Un secondo aspetto molto criticato è l'eccessivo particolarismo della cura descritta da Noddings. Urban Walker sottolinea come ridurre la moralità ai soli incontri concreti tra individui finisca per escludere tutte le considerazioni di carattere più generale, dando una visione della sfera morale davvero limitata²¹. Nelson, invece, osserva come questo particolarismo risulti controproducente per lo stesso femminismo, in quanto rifiutando *in toto* l'universalizzabilità del ragionamento morale non è nemmeno possibile rivendicare i cambiamenti dell'ordine sociale importanti per le femministe, in quanto manca completamente l'apparato concettuale e teoretico per affrontare questioni generali o intervenire nel dibattito pubblico²². Queste critiche risultano convincenti e la completa situazionalità della proposta di Noddings appare in effetti eccessiva per un approccio che pretende di descrivere l'etica in quanto tale. Noddings infatti rifiuta completamente il linguaggio della giustizia e dell'etica tradizionale, ma la sua elaborazione della relazione di cura non è sufficiente a riempire i vuoti normativi causati dalla rinuncia a tali linguaggi.

A questo riguardo emerge un altro aspetto problematico: quello della relazione con chi non rientra nei nostri circoli di cura. Da un lato, sembra che le persone a noi sconosciute fuoriescano dall'ambito della moralità²³, in quanto non impegnate in relazioni dirette con noi; dall'altro, la motivazione emotiva che ci spinge a prenderci cura delle persone a noi care fatica a giustificare la cura rivolta a chi non conosciamo (cura che si verifica però quotidianamente, per esempio nel lavoro degli infermieri)²⁴. La stessa Noddings riconosce come il suo modello renda difficile concepire la cura "distante" e in alcuni scritti

particolarmente rilevante sottolineare l'importanza di ricondurre il dibattito al contesto della filosofia morale e di non limitarsi ad accettare come premesse presunti fatti derivati da una teoria psicologica. Questa osservazione vale in parte anche per Noddings, che in *Caring* non arriva a sviluppare una vera e propria proposta morale, in parte perché si rifiuta di utilizzare il linguaggio della filosofia, troppo impregnato dal razionalismo cui il suo approccio si contrappone.

²¹ Urban Walker 1989, p. 129.

²² Nelson 1992, p. 9.

²³ *Ivi*, p. 10.

²⁴ Bradshaw 1996, p. 10.

successivi (in particolare *Starting at Home*²⁵) cerca di portare la sua idea di cura al di là delle relazioni personali e di descrivere una *caring society*.

Un'altra questione sollevata da Nelson nel suo articolo *Against Caring*²⁶ riguarda l'unidirezionalità della cura e la sua problematicità anche nelle relazioni di prossimità. Secondo Nelson, infatti, la cura così come descritta da Noddings rischia di essere eccessivamente idealizzata e di promuovere stereotipi fin troppo diffusi riguardanti il sacrificio femminile²⁷ (già presenti nella relazione di cura presa come archetipo: quella madre-figlio, in cui la madre si prende cura senza chiedere nulla in cambio). A suo parere, mancando completamente qualunque altro riferimento normativo oltre alla cura, la cura stessa può finire per essere un peso per chi la presta, senza che egli abbia motivi per proteggere la propria integrità nei confronti di una domanda di cura eccessiva che gli viene rivolta²⁸. Così chi presta cura finirebbe per essere schiavo della cura stessa (Nelson utilizza proprio l'espressione *slave-caring*). Queste osservazioni critiche mettono in luce un rischio effettivo: quello, da un lato, di idealizzare la cura e, dall'altro, di non prendere in considerazione la tutela anche di chi presta cure, facilmente trascurata in quanto si ritiene che sia in posizione di forza rispetto a chi di cure è bisognoso. Allo stesso tempo, Nelson non rende pienamente giustizia a Noddings almeno per due aspetti. In primo luogo egli esagera la supposta idealizzazione della cura e della relazione materna che ne sarebbe il modello, in particolare arrivando ad affermare che in una relazione di cura il curante sarebbe tenuto a dimenticare completamente le sue convinzioni per andare incontro alle richieste del *cared-for*, di qualunque natura esse siano. Questa affermazione appare francamente esagerata e non ricavabile dal quadro disegnato da Noddings (oltre che difficilmente riconducibile alla relazione madre-figlio). L'autrice infatti è molto chiara nel

²⁵ Noddings 2002.

²⁶ Nelson 1992.

²⁷ *Ivi*, p. 10.

²⁸ Sui rischi di sfruttamento di chi presta le cure si veda anche l'interessante articolo di Claudia Card, *Caring and Evil* (Card 1990), oltre all'intero *Review Symposium* su *Caring* in "Hypatia" 5/1 (1990), pp. 101-126, di cui tale articolo fa parte.

considerare una cura di questo genere come patologica²⁹. In secondo luogo Nelson minimizza il ruolo della cura di sé, che pure Noddings propone come rimedio al *self-effacement* a cui una cura distorta può portare. Per quanto questo requisito essenziale di una buona cura vada ulteriormente articolato, sembra essere comunque in grado di rispondere all'obiezione di Nelson.

Un ultimo aspetto fortemente criticato è la vaghezza della proposta di Noddings. Allmark³⁰ afferma che il suo approccio manca di contenuto sia descrittivo sia normativo. A suo parere l'analisi del concetto di cura è insufficiente e quindi manca l'esame della fonte stessa del significato morale. In particolare, per Noddings la cura sembra coincidere con il bene e questo ha due rilevanti implicazioni.

Da un lato, nel momento in cui la cura sembra coincidere con il bene umano, si presenta una visione piuttosto riduttiva della vita morale in cui la cura è l'unico fine. Urban Walker³¹ nota giustamente come questo non è il solo modo di concepire la cura, bensì è possibile immaginare la cura come una modalità privilegiata di relazione morale che si basa su una visione più ampia del bene e punta alla realizzazione di diversi fini, non identificandosi con il fine ultimo.

Dall'altro, il rischio è di sottovalutare le possibili dimensioni negative della cura e quindi di non elaborare un criterio che permetta di distinguere la cura moralmente buona da altre forme di cura. In questo senso si parla di vaghezza normativa della cura³², perché manca l'individuazione del nucleo normativo della cura e di conseguenza di un criterio per orientare l'azione. Senza arrivare a sostenere con Allmark che la cura di per sé sia del tutto indifferente dal punto di vista morale, va riconosciuto che in Noddings sembra mancare l'individuazione della base morale della cura stessa e quindi della

²⁹ Come lei stessa sottolinea nella sua risposta a Nelson: *In Defense of Caring* (Noddings 1992).

³⁰ Allmark 1995, p. 20.

³¹ Urban Walker 1989, pp. 129-130.

³² Allmark 1995; Bradshaw 1996; Mordacci 2003.

fonte di normatività. Come si vedrà, questo è uno dei nuclei problematici ricorrenti delle proposte etiche basate sull'idea di cura.

In conclusione, nonostante una ricezione a volte entusiastica, l'opera di Noddings presenta davvero molte lacune dal punto di vista filosofico e non sembra offrire una fondazione sufficiente per un'etica della cura. Tuttavia, va riconosciuto a Noddings il merito di aver aperto la strada all'elaborazione filosofica sulla cura e di aver individuato alcuni nuclei tematici fondamentali.

1.2 Sara Ruddick: il pensiero materno

La seconda autrice qui considerata non è, a rigore, una teorica della cura. Tuttavia la riflessione di Sara Ruddick³³, focalizzata sul pensiero materno, viene spesso citata come fondamentale per la *Care Ethics*, nonostante l'autrice non colleghi esplicitamente il suo pensiero all'etica della cura. In effetti, la sua analisi della specificità della riflessione materna, già presente nel saggio *Maternal Thinking* del 1980³⁴, è per molti aspetti di grande rilievo anche per la filosofia della cura.

Infatti, nel momento in cui le teoriche della cura si riferiscono alla relazione materna come emblema della relazione di cura è chiaro che una caratterizzazione di tale relazione assume notevole importanza. Per questo vale la pena di soffermarsi sulla riflessione di Ruddick, citata dalla maggior parte delle nostre autrici (*in primis* da Noddings), anche nell'ottica di dimostrare l'infondatezza di alcune critiche basate sull'attribuzione a queste autrici di una visione della maternità eccessivamente semplicistica – per non dire buonista e sentimentalista.

L'opera principale di Ruddick è *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*³⁵, del 1989, che riprende e amplia il suo saggio del 1980 sempre sul pensiero materno. In quest'opera l'autrice punta ad analizzare la specifica modalità di pensiero che a suo parere deriva dal lavoro materno. Ruddick si richiama infatti a Wittgenstein per affermare che il pensiero e le nostre modalità di conoscenza emergono e prendono forma a partire dalle forme di vita che sperimentiamo e dalle pratiche in cui ci impegniamo. Ruddick definisce poi le pratiche come attività umane collettive identificate da precisi scopi, che risultano essere essenziali e costitutivi della pratica stessa.

³³ Sara Ruddick (1935-2011), filosofa femminista, è stata docente di filosofia alla New School for Social Research (New York).

³⁴ Ruddick 1980.

³⁵ Ruddick 1989 (poi ripubblicato con una nuova prefazione nel 1995).

L'autrice ritiene così di poter definire il lavoro materno come una peculiare pratica, che consiste nella risposta alla realtà dell'esistenza di uno specifico bambino in uno specifico contesto sociale. Nonostante una certa variabilità, la pratica materna in generale consiste nel farsi carico della responsabilità della cura del bambino - e del lavoro che ne deriva - per soddisfare le sue necessità, in particolare di protezione (*preservation*), crescita e accettazione sociale. Questi tre bisogni identificano i tre scopi costitutivi del lavoro materno che lo qualificano come una pratica.

Prima di proseguire con l'analisi delle tre finalità principali della pratica materna è però necessario soffermarsi sul significato dell'aggettivo "materno" e quindi sul modo in cui Ruddick interpreta il ruolo di madre. Infatti, l'autrice intende la madre come la persona che si assume la responsabilità della vita del bambino e per la quale prendersi cura del bambino diventa una parte significativa dei propri impegni. Si tratta quindi di una categoria sociale più che biologica, per cui da un lato la madre (nel senso di chi svolge il lavoro materno) non deve essere per forza una donna, dall'altro non è necessario che sia la stessa persona che ha generato il bambino - di conseguenza per Ruddick "tutte le madri sono adottive"³⁶.

Queste precisazioni sono essenziali. In primo luogo, infatti, questa interpretazione consente di evitare l'esclusione dei padri dal lavoro materno, aspetto che all'autrice sta molto a cuore. Inoltre, Ruddick difende la sua scelta di usare l'aggettivo "materno" (al posto di un più neutro "genitoriale" o simili) per rendere giustizia al peso che le donne hanno sempre avuto nella gestione dei figli e allo stesso tempo per mettere in discussione l'ideologia della mascolinità attraverso una scelta lessicale che rovesci i rapporti tra i generi.

In secondo luogo, con questa interpretazione Ruddick distingue il lavoro materno dal processo del dare la vita, includendo così nel ruolo sociale di madre non solo i padri, ma anche genitori adottivi (non per forza eterosessuali) o altre figure genitoriali. Tuttavia questa scelta è stata molto criticata, perché appare eccessivamente astratta e sembra non riconoscere il ruolo unico del

³⁶ Ruddick 1995, p. 51.

corpo femminile per la generazione. Ruddick specifica che il suo obiettivo non è assolutamente minimizzare o negare il ruolo delle donne nel processo riproduttivo, né sminuire il significato della gravidanza. Tuttavia la gravidanza e il parto vanno distinti dal lavoro materno successivo, ed è solo di questo che l'autrice si vuole occupare. Mi pare che già da queste osservazioni emerga il carattere innovativo dell'approccio di Ruddick, che ha ben poco a che vedere con idealizzazioni stereotipate della maternità e sottrae con decisione le cure materne all'ambito della "natura"³⁷, collocandole invece nel contesto della scelta e quindi della morale. Secondo Ruddick, infatti, nella maggior parte delle situazioni che una madre si trova ad affrontare non esistono risposte naturali, semplicemente dettate dall'amore, ma le madri devono riflettere per decidere come agire: così nasce il pensiero materno.

Chiarito come va interpretata l'espressione "pratica materna" si possono esaminare i tre obiettivi che la definiscono come tale, che appaiono allo stesso tempo strettamente correlati e spesso in conflitto tra loro.

La necessità primaria consiste nella protezione del bambino, nel preservarne il benessere fisico e in generale la vita (*preservation*): questa è la prima responsabilità materna che deriva dal riconoscimento della vulnerabilità del figlio e del fatto che essa richiede cure. In questo caso l'attività materna è guidata da un amore protettivo (*preservative love*) e i sentimenti risultano essere fondamentali per la protezione del bambino, in quanto strettamente legati al pensiero e all'azione. Tuttavia Ruddick sottolinea come i sentimenti della madre possano variare con frequenza, e l'amore possa essere frammisto a odio, dispiacere, impazienza, risentimento, ecc. Ciò che conta quindi non sono tanto e solo i sentimenti, ma l'impegno alla protezione che la madre si assume con costanza e perseveranza. Uno dei principali compiti della madre, in questo

³⁷ Questa posizione di Ruddick si colloca con piena coerenza nel progetto femminista, che punta a riaffermare la complessità (e la dignità) dell'ambito del privato e della famiglia, tradizionalmente considerato appunto come "naturale" e quindi al di fuori della morale e della politica (si veda per esempio Held 1993). Emblematica in questo senso è proprio l'idea che l'accudimento dei figli sia un'attività inscritta nella natura femminile, quindi del tutto spontanea, nonché governata dai sentimenti più che dalla ragione - la stessa idea che Sara Ruddick mette radicalmente in discussione.

senso, è tenere sotto controllo il bambino attraverso uno sguardo attento (*scrutinizing*) che allo stesso tempo non deve risultare ossessivo o invadente, in quanto è importante che la madre lasci un certo spazio al figlio. Già in questa fase, emerge la difficoltà di mantenere il giusto equilibrio nel controllo volto alla preservazione dei figli, che corre costantemente il rischio di degenerare nel dominio o nella passività. La virtù che contraddistingue il giusto equilibrio è l'umiltà (*humility*), nel senso di un riconoscimento dei limiti del proprio potere da parte della madre, che assume questa specifica attitudine - definita "metafisica" da Ruddick³⁸ - nei confronti di un mondo che non può controllare del tutto. "L'umiltà implica una profonda consapevolezza dei limiti delle proprie azioni e dell'imprevedibilità delle conseguenze del proprio lavoro"³⁹. La madre si trova infatti a dover accettare non solo la possibilità che si verificano eventi avversi, ma anche e soprattutto il fatto che la crescita del figlio che cerca di proteggere è un processo che lo porterà a essere sempre più indipendente e al di fuori del suo controllo. Di fronte a questa realtà, un'altra virtù delle madri è l'allegria (*cheerfulness*), un'allegria consapevole dei limiti e delle avversità che porta a reagire con ottimismo, senza degenerare nella negazione della realtà.

La seconda attività materna consiste nel sostenere la crescita (*fostering growth*) del figlio, necessità che deriva dalla complessità del suo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale. La madre è consapevole della difficoltà del compito e si adopera per creare un ambiente che favorisca il più possibile uno sviluppo sereno. Anche in questo caso si richiede alla madre un'attenzione non invasiva, vale a dire la capacità di mostrarsi disponibile lasciando allo stesso tempo al bambino una sua dimensione privata. Inoltre, la madre che si confronta con un figlio in crescita sviluppa una particolare attitudine mentale: da un lato manifesta grande concretezza di pensiero, dall'altro dimostra una notevole apertura mentale, in quanto si trova a confrontarsi con i continui cambiamenti del figlio (a volte imprevisi e spiazzanti), che la portano a

³⁸ Ruddick 1980, p. 350.

³⁹ *Ivi*, p. 351.

rinunciare all'idea di una realtà statica e oggettiva. In questa fase, uno degli strumenti che possono risultare utili per sostenere la crescita del bambino – aiutandolo a sviluppare il senso della propria identità e allo stesso tempo veicolando giudizi e interpretazioni – sono le narrazioni materne. Le storie o le conversazioni che hanno come protagonista il bambino dovrebbero essere improntate al realismo, anche se in parte moderato da compassione – affinché dalla narrazione emerga la benevolenza nei confronti del figlio, che gli trasmette una sensazione di fiducia –, e dovrebbero trasmettere il piacere e l'ammirazione della madre per il bambino e le sue conquiste. Non mi sono in questo caso soffermata sulle difficoltà e le ambiguità che caratterizzano il lavoro materno di accompagnare i figli nel loro sviluppo, ma vorrei sottolineare che Ruddick nella sua analisi torna costantemente sulle ambiguità che caratterizzano il rapporto madri-figli, del quale è ben lungi dall'offrire una rappresentazione idealizzata. Per esempio, per quanto riguarda le narrazioni materne l'autrice sottolinea come spesso le madri abbiano tentazioni contrarie e faticino a dimostrare benevolenza e ammirazione, perché mosse magari da un atteggiamento competitivo nei confronti del figlio, o da risentimenti e malumori. Inoltre, le caratteristiche che Ruddick identifica come virtù, qui come negli altri casi, sono le caratteristiche che a suo parere la maggior parte delle madri identifica come tali, non perché ritengano di possederle, ma perché le individuano come altrettanti obiettivi a cui tendere.

La terza attività materna è l'educazione (*training*), il cui obiettivo è l'accettazione sociale del figlio. In questo caso, più che di una necessità primaria espressa dal bambino, si tratta in buona misura di una necessità della madre, che vuole che suo figlio diventi una persona accettata dagli altri e che lei stessa può apprezzare. Questo è un compito estremamente complesso, che provoca spesso dubbi nelle madri, anche a causa delle forti pressioni sociali che possono venire da più parti. In generale, poi, è un processo molto faticoso, perché non sempre il bambino accetta con facilità gli insegnamenti materni e può anche capitare che nel tempo sviluppi idee molto diverse da quelle della madre, mettendone alla prova la capacità di comprensione. In questa fase, quindi,

emergono a pieno la difficoltà e l'ambiguità che caratterizzano il lavoro delle madri. In particolare, ci si rende conto dell'ambivalenza del potere materno: per Ruddick la madre si trova a essere allo stesso tempo potente e impotente. Agli occhi del bambino la madre è di sicuro una figura di potere e in effetti è innegabile che la madre sia nella posizione di esercitare un elevato livello di controllo sui figli e di manipolarne il comportamento. Allo stesso tempo in molte situazioni le madri si rendono conto di come il loro potere nella realtà sia molto limitato e si trovano a doversi arrendere di fronte a ostacoli esterni o ad altri fattori che possono risultare limitanti, come i loro stessi sentimenti o la volontà del bambino. Nella fase dell'educazione, inoltre, sono molto forti le pressioni esterne, che possono condurre all'inautenticità: ciò accade quando sotto il peso dello sguardo e del giudizio altrui la madre abdica alla sua autorità, comportandosi come ritiene ci si aspetti da lei e rinunciando ai propri valori. Così in questa fase per Ruddick la virtù principale è la coscienziosità (*conscientiousness*), che consiste da un lato a rimanere fedele ai propri principi e dall'altro a cercare di educare la capacità del figlio di identificare, vagliare e rispettare le esigenze della propria coscienza. Questo tipo di processo educativo è favorito dalla capacità della madre di instaurare con il figlio un dialogo riflessivo basato sulla fiducia reciproca (*proper trust*).

In conclusione⁴⁰, Ruddick si sofferma sul concetto di amore premuroso (*attentive love*) che ritiene essere la caratteristica base del lavoro materno - senza tuttavia risultare esaustiva, in quanto il lavoro materno comporta sempre l'azione, mentre l'amore premuroso riguarda una capacità cognitiva (l'attenzione) e una virtù (l'amore). Nell'elaborare il significato di questo concetto, Ruddick cita Simone Weil e Iris Murdoch e le loro analisi dell'attenzione. Definisce così l'amore premuroso come un tipo di sapere che mira alla veridicità, ma pone la verità amorevolmente al servizio della persona conosciuta. È un concetto affine a quello di empatia, ma con una maggiore

⁴⁰ Si tratta in realtà della conclusione della seconda parte del libro, che ne comprende anche una terza dedicata alla possibilità di fondare una politica della pace a partire dalle peculiarità del pensiero materno.

enfasi sulla capacità di vedere l'altro nella sua unicità, più che di riconoscersi in lui. "Una madre guarda davvero suo figlio, cerca di vederlo con accuratezza, invece che cercare di rivedersi in lui"⁴¹. Per questo mi sembra si configuri come un atteggiamento morale estremamente importante e del tutto opposto a derive paternalistiche: "L'attenzione fa emergere la differenza senza ricercare confortanti analogie, si sofferma sull'*altro*, e lascia che l'alterità sia"⁴².

Il lavoro di Ruddick è stato grandemente apprezzato nell'ambito del femminismo e non solo. Tuttavia non sono mancate le critiche, a partire già dal saggio del 1980. Ad alcune questioni, quindi, l'autrice ha potuto rispondere in prima persona all'interno del volume pubblicato nel 1989⁴³. In molti infatti avevano sollevato obiezioni riguardo l'utilizzo del termine "materno", che sembra voler escludere le figure genitoriali che non sono madri. Della risposta dell'autrice si è già riferito sopra; qui basti ribadire come l'utilizzo del termine "madre" sia volto all'inclusione e non certo all'esclusione, per quanto rimanga una scelta lessicale "forte" che si può facilmente prestare al fraintendimento. Si tratta comunque di una scelta consapevole dell'autrice e, in qualche misura, politica.

Un secondo problema concerne l'universalizzabilità del modello proposto da Ruddick. Alison Bailey⁴⁴, per esempio, sottolinea come l'autrice stessa evidenzi la derivazione empirica - e quindi contestuale - delle sue osservazioni e allo stesso tempo manchi di integrarle tramite l'approfondimento delle differenze che esistono tra madri diverse che svolgono il lavoro materno in contesti differenti. Anche questo è un problema che Ruddick affronta nel libro del 1989 (sul quale comunque si basa la critica di Bailey), sostenendo di essere consapevole del problema e di aver cercato il confronto anche con esperienze diverse di maternità, per quanto in ultima analisi la sua elaborazione

⁴¹ Ruddick 1995, p. 121.

⁴² *Ivi*, p. 122.

⁴³ In particolare nel Capitolo 2.

⁴⁴ Bailey 1994.

risultati intrinsecamente legata alla sua esperienza e al suo contesto di appartenenza. Ruddick afferma di ritenere legittima la sua generalizzazione sulla base della somiglianza che sussiste tra le esigenze dei bambini, anche se nati e accuditi in contesti diversi. Questa risposta appare in qualche misura debole, soprattutto alla luce di altre critiche⁴⁵ che mettono in questione anche l'idea di poter parlare di bambini in generale, trascurando anche in questo caso le possibili differenze tra bambini "normali" e bambini con disabilità. Ruddick sostiene che nonostante le differenze tra bambini, di cui è consapevole, si possano comunque individuare alcune necessità basilari che tutti condividono e alle quali il lavoro materno dovrebbe essere indirizzato, anche se con modalità differenti in base alle caratteristiche del contesto in cui si situa e del bambino a cui si rivolge. Detto ciò, rimane evidentemente possibile criticare il modello di lavoro materno elaborato da Ruddick e ritenere che le tre esigenze da lei individuate non esauriscano il compito delle madri o ne restituiscano un'immagine poco aderente alla realtà. A mio parere va comunque riconosciuto che la proposta di Ruddick riesce a mettere in luce almeno alcune delle principali preoccupazioni materne e ne dà una rappresentazione articolata e stimolante.

Ciò che mi preme maggiormente sottolineare, in ogni caso, sono le ragioni della rilevanza del lavoro di Ruddick per l'elaborazione di un'etica della cura. Come si è detto, la cura materna è, per ovvi motivi, la prima relazione di cura alla quale ci si rivolge nel momento in cui si cerca di definire un paradigma della cura. Dalla descrizione della relazione materna derivano quindi caratteristiche che potrebbero essere attribuite alla cura in generale. Per contro, da un fraintendimento della relazione materna a cui si fa riferimento può conseguire un fraintendimento del modello di cura più generale che si propone e di conseguenza possono emergere critiche infondate⁴⁶. Mi sembra che spesso le critiche rivolte all'etica della cura le attribuiscono una visione

⁴⁵ Di cui Ruddick stessa rende conto nella prefazione scritta per la riedizione del 1995.

⁴⁶ Come dimostra per esempio il già citato articolo di Nelson su Noddings (Nelson 1992).

eccessivamente idealizzata della cura stessa, che tende a essere ricondotta al legame con le cure materne. A mio parere questa visione semplicistica della cura e delle cure materne sussiste però più nei critici che nelle autrici in questione e penso che, soffermandosi sull'analisi della maternità proposta da Ruddick, molti diffusi pregiudizi sull'etica della cura dovrebbero essere riconosciuti come tali.

In primo luogo, mi pare non si possa accusare il modello di Ruddick di essere una visione sentimentalistica e idealizzata della relazione madre-figlio, come se fosse una relazione perfetta improntata al più puro amore reciproco. Ruddick è molto chiara nel sottolineare la complessità del *lavoro* materno, la cui caratteristica costante, nelle sue pur diverse articolazioni, è l'ambiguità. L'ambiguità del potere materno, che a volte appare tirannico, altre si rivela inesistente; l'ambiguità dei sentimenti delle madri, che spesso devono combattere pulsioni poco nobili nei confronti dei figli; l'ambiguità nel lavoro di educazione, in cui le pressioni esterne finiscono per portare anche la madre più convinta a contraddire in parte le sue convinzioni, quando si trova di fronte al giudizio altrui. In questo senso è chiaro che non si può ritenere che le cure materne siano buone di per sé e, in effetti, la proposta di Ruddick appare in molti casi normativa: l'autrice è infatti esplicita nell'affermare che le virtù che individua vanno intese più come un obiettivo a cui la maggior parte delle madri tende, che come una descrizione di come davvero si comportano. Non solo, dunque, a partire da questa rappresentazione non si può facilmente parlare di una sottovalutazione delle dimensioni negative della cura, ma le indicazioni normative di Ruddick potrebbero anche fornire spunti interessanti per sviluppare la carente dimensione normativa del concetto di cura stesso.

In secondo luogo, la prospettiva di Ruddick è chiara nel non identificare cura materna e cura femminile. Si tratta infatti di un'autrice femminista pienamente consapevole delle distorsioni a cui l'attribuzione esclusiva del lavoro materno alle donne può portare. Per questo, ella afferma chiaramente di considerare il ruolo di madre una funzione sociale aperta agli uomini come alle donne, e assolutamente non una funzione naturale o biologica a cui solo le

donne sarebbero destinate. Allo stesso tempo, Ruddick sceglie di mantenere il termine femminile per non misconoscere il ruolo preponderante che le donne hanno storicamente avuto nell'esercizio del lavoro materno, non per questo finendo per legittimare nuove forme di oppressione nei loro confronti⁴⁷.

Infine, Ruddick restituisce l'immagine di una relazione articolata e ricca dal punto di vista morale. Per quanto si tratti di una relazione asimmetrica, come tutte le relazioni di cura, mi pare che Ruddick individui diversi fattori che fungono da correttivi per il rischio di derive paternalistiche⁴⁸. A più riprese, per esempio, l'autrice parla di una ricerca di equilibrio da parte della madre che, proprio per raggiungere le finalità che si è imposta, non può permettersi di esercitare un dominio assoluto sul figlio, ma deve lasciargli spazio di azione affinché possa crescere, anche se questo lo porta a esporsi a rischi maggiori e sfuggire al suo controllo. Una buona madre cerca di non essere ossessivamente protettiva nell'accudire il figlio, si dimostra disponibile ma non troppo invadente nel sostenerne lo sviluppo e cerca di educarlo in base ai propri principi ma con l'obiettivo di renderlo in grado di compiere delle scelte in base alla sua coscienza, non di plasmarlo. Questa ricerca di equilibrio nelle cure che si dedicano al figlio è di grande rilievo per la cura in generale e può essere ricondotta al riconoscimento nel figlio in crescita di un altro soggetto del quale con le proprie cure si vuole favorire la fioritura. In questo senso mi sembra suggestiva l'idea dell'amore premuroso, che Ruddick distingue dall'empatia in quanto indirizzato all'altro nella sua differenza da sé - differenza che viene riconosciuta come un valore da tutelare, non certo come un ostacolo da livellare attraverso l'imposizione paternalistica delle proprie idee.

In conclusione, nonostante rimanga aperta la questione dell'esaustività della rappresentazione del materno proposta da Ruddick, ritengo che la sua analisi offra, da un lato, argomenti per rispondere ad alcune delle critiche più comuni rivolte all'etica della cura e, dall'altro, spunti normativi interessanti per approfondire in cosa la cura moralmente appropriata possa consistere.

⁴⁷ Come sembra ritenere per esempio Gaia Marsico (Marsico 2007, p. 100).

⁴⁸ Anche in questo caso dissento con Marsico (*Ibidem*).

1.3 Joan C. Tronto: la politica della cura

Un'altra voce di rilievo nella riflessione sulla cura è quella di Joan C. Tronto⁴⁹. Già dal 1987 Tronto si inserisce nel dibattito con il suo articolo *Beyond Gender Difference to a Theory of Care*⁵⁰, criticando l'equazione tra cura e moralità femminile e affermando la necessità di collocare l'etica della cura nell'ambito della filosofia morale attraverso l'elaborazione di una teoria della cura.

Nella seconda parte dell'articolo, decisamente programmatica, Tronto individua quattro questioni cui una teoria della cura dovrebbe essere in grado di dare risposta. La prima, che costituisce la premessa essenziale, è la definizione del concetto di cura. Ma anche una volta arrivati a una buona definizione di cura, Tronto ritiene rimangano alcune difficoltà da affrontare.

In primis si dovranno definire alcune tesi metaetiche, auspicabilmente alternative al modello kantiano e invece di stampo contestualista, che rispettino l'enfasi sulla situazionalità e sulle relazioni tipica dell'approccio basato sulla cura. Secondo Tronto "da teoria morale pienamente sviluppata, l'etica della cura assumerà la forma di una teoria morale contestualista"⁵¹, interessata non tanto a definire quali siano i principi da seguire, bensì a come gli individui possano diventare inclini ad agire moralmente, vale a dire a trovare un equilibrio tra i propri bisogni (cura di sé) e i bisogni altrui (cura degli altri) che non comprometta il permanere delle relazioni di cura in cui si è inseriti. Tuttavia l'approccio contestualista presenta dei problemi: mentre "le teorie morali universalistiche ritengono di essere applicabili a tutti i casi, le teorie morali contestualiste devono specificare quando e come sono applicabili"⁵².

⁴⁹ Joan C. Tronto, filosofa politica femminista, ha insegnato per molti anni teoria politica presso l'Hunter College (City University of New York). Attualmente è docente del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università del Minnesota.

⁵⁰ Tronto 1987.

⁵¹ *Ivi*, p. 658.

⁵² *Ivi*, p. 659.

Per questo la teoria della cura deve definire quali siano i contesti e i limiti di applicazione della cura stessa, per evitare di ridursi a un'etica conservatrice e parrocchiale che, da un lato, non fa che legittimare le relazioni di cura preesistenti (senza alcuna riflessione critica su di esse) e, dall'altro, ci invita ad aver cura solo delle persone a noi vicine. Secondo Tronto per scongiurare questi rischi l'etica della cura deve inquadarsi in una teoria politica adeguata, che affronti la questione della cura a livello delle istituzioni sociali e politiche per permettere una cura che vada al di là delle cerchie ristrette rappresentate da famiglia e amici.

Infine, serve una consapevolezza della realtà del dibattito in cui ci si colloca, la cui enfasi sui diritti individuali sembra incompatibile con la prospettiva della cura. Tuttavia Tronto invita alla cautela prima di rifiutare una nozione che, per quanto distante dalla propria, ha gli strumenti per tutelare almeno in parte gli individui stessi: attaccare questa posizione senza consapevolezza delle alternative potrebbe infatti portare a esiti imprevisti e la cura potrebbe essere usata per giustificare posizioni inaccettabili per le femministe. Una teoria della cura dovrà quindi riflettere attentamente sulla sua collocazione nel dibattito tra le teorie sociali e politiche esistenti.

L'individuazione di questi punti nodali sembra in effetti coerente con lo sviluppo successivo del pensiero della filosofa statunitense, che in primo luogo cerca di sviluppare una precisa definizione di cura.

La definizione cui Tronto arriva si trova in un saggio del 1990 scritto con Berenice Fisher, *Toward a Feminist Theory of Caring*⁵³, e viene poi ripresa dall'autrice nei suoi articoli successivi e nella sua opera principale, *Moral Boundaries*⁵⁴ del 1993. Il suo obiettivo è "riconcettualizzare la cura in un modo ampio, che sia comprensivo (includendo sia il pubblico che il privato), integrato (non basato su una separazione delle diverse sfere), e femminista (che parli dei modi in cui spesso la cura comporta e perpetui l'oppressione nei confronti delle

⁵³ Fisher - Tronto 1990.

⁵⁴ Tronto 1993.

donne)”⁵⁵. La cura viene così definita come “un’attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro ‘mondo’ in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile. Quel mondo include i nostri corpi, le nostre identità e il nostro ambiente”⁵⁶. La cura è quindi un certo tipo di impegno rivolto verso l’esterno (non autoreferenziale) che porta all’azione ed è perciò allo stesso tempo una pratica e una disposizione del soggetto. Si tratta inoltre di un’attività che permea le nostre vite e che ci caratterizza inevitabilmente come specie. La cura può essere indirizzata agli altri, alle cose o all’ambiente, e non è quindi per forza una relazione diadica – a differenza di quanto sostenuto da Noddings. Inoltre, Tronto sottolinea che la cura si definisce culturalmente, e quindi varia in base al contesto in cui si inserisce.

Oltre a questa definizione di partenza, Tronto propone di considerare la cura come composta da quattro fasi (*caring about*, *taking care of*, *care-giving*, *care-receiving*), a ognuna delle quali corrisponde anche un preciso elemento morale. La prima fase è il *caring about*, vale a dire l’interessamento per qualcosa, che consiste nell’accorgersi dell’esistenza di un bisogno e nel valutare che merita di essere soddisfatto; l’elemento che corrisponde a questa fase è infatti l’attenzione (*attentiveness*). La seconda fase, *taking care of*, è il prendersi cura nel senso di assumersi la responsabilità di soddisfare il bisogno identificato e decidere come farlo; qui l’elemento chiave è la responsabilità (*responsibility*). La fase successiva, *care-giving*, è strettamente correlata e consiste nell’effettivo soddisfacimento del bisogno di cura tramite l’azione: in questa fase risulta essenziale la competenza (*competence*) di chi presta cura. Infine, c’è la fase del *care-receiving*, legata alla risposta alla cura da parte di chi la riceve: si tratta di una fase essenziale perché permette di capire se il bisogno di cura è stato soddisfatto ed evitare l’arbitrarietà. In questa fase è centrale la reattività (*responsiveness*), che implica l’attenzione a come la cura viene recepita per evitare possibili abusi dipendenti dalla vulnerabilità di chi riceve cura. A differenza di quanto avviene con Noddings, nel caso di Tronto la risposta alla cura non proviene esclusivamente

⁵⁵ Fisher – Tronto 1990, p. 37.

⁵⁶ Ivi, p. 40.

da un altro soggetto, bensì – vista la definizione di cura più ampia – la si ritrova anche nella cura rivolta verso oggetti e consiste in un qualche cambiamento rilevabile che la cura ha prodotto nello stato delle cose.

Queste quattro fasi nella realtà sono spesso sovrapposte e non sempre chiaramente distinguibili, ma Tronto ritiene siano utili per mettere in luce gli aspetti essenziali della cura. Inoltre, da queste fasi derivano anche alcuni criteri normativi per la cura stessa: *in primis* il fatto che le fasi non dovrebbero essere arbitrariamente separate, e quindi si ha buona cura solo quando sono tutte presenti (integrità della cura); in secondo luogo i quattro elementi morali identificati sono altrettanti criteri che definiscono la cura autentica. Per quanto riguarda il primo aspetto Tronto nota come spesso il lavoro di cura (inteso solo come *care-giving*) sia affidato alle persone più svantaggiate nelle nostre società, alle quali chi detiene maggiore potere affida il compito pratico della cura, riservandosi però le decisioni sulle prime due fasi della cura stessa. Questa mancata integrazione tra le fasi può portare a notevoli contraddizioni e a conflitti che nuociono alla qualità della cura stessa.

Queste riflessioni costituiscono il nucleo del contributo di Tronto all'etica della cura, caratterizzato dallo sforzo di chiarificazione concettuale e di individuare alcuni criteri normativi. Tuttavia il merito specifico della riflessione dell'autrice sta nel sottolineare la connessione tra etica della cura e teorizzazione politica. In *Moral Boundaries*, infatti, Tronto è molto chiara nell'affermare che serve una teoria politica della cura: un'etica della cura, da sola, non è sufficiente, in quanto porta a una serie di dilemmi che richiedono il ricorso a una prospettiva più ampia. Innanzitutto, il numero di bisogni di cura da soddisfare richiede una teoria della giustizia che possa orientare la scelta su quali bisogni debbano avere la priorità; inoltre, la riflessione politica serve a evitare il rischio di parzialità legato al particolarismo dell'etica della cura; infine, una questione politica fondamentale è quella della tutela di chi presta cura – tema evidentemente molto caro alle femministe.

Per queste ragioni Tronto ritiene che la cura vada intesa come un'idea politica oltre che etica, e che vada considerata a pieno diritto un valore

democratico⁵⁷. In *Moral Boundaries*, in particolare, Tronto individua alcuni confini che tendiamo ad attribuire alla morale e che andrebbero superati. Si tratta del confine tra morale e politica – per cui si tende a separare le due discipline invece di considerarle profondamente intrecciate –, del mito del punto di vista morale – quindi della necessità di assumere una prospettiva disinteressata, universale ed esclusivamente razionale per avere un approccio corretto alla morale – e della netta distinzione tra vita pubblica e vita privata che, emersa in seguito alle trasformazioni sociali del XVIII secolo, ha portato a relegare le donne nella sfera domestica e a escluderle dalla vita pubblica dominata dalla razionalità maschile. Queste implicite premesse dell'attuale morale dominante secondo Tronto andrebbero superate e così facendo cadrebbero molte delle ragioni che hanno impedito all'etica della cura di affermarsi. In questo senso, Tronto considera fuorvianti sia gli approcci alla cura che sottolineano il legame tra cura e genere femminile (rendendo fin troppo facile confinare la cura alla dimensione privata e moralmente irrilevante), sia quelli che oppongono nettamente cura e giustizia, che a suo parere vanno invece integrate.

Nella sua opera Tronto si dedica soprattutto al superamento del confine tra etica e politica, ribadendo che la cura è un'idea etica e politica, e che le sue potenzialità maggiori derivano dal suo inserimento tra i valori democratici della società.

Solo così si potranno avere cambiamenti politici e sociali legati all'antropologia sottesa all'idea di cura, vale a dire l'enfasi sull'interdipendenza, sulla vulnerabilità e sui bisogni umani. La cura come valore democratico, infatti, implica il riconoscimento del fatto che tutti siamo oggetto di cure durante la nostra vita e, quindi, della necessità di garantire un uguale accesso alle cure per tutti.

Solo così riflettere sulla cura potrà portare a un riconoscimento del valore del lavoro di cura e a una sua tutela, evitando il rischio di soffermarsi su

⁵⁷ Oltre a Tronto 1993 si veda anche Tronto 2011.

un'idea romantica di cura che non farebbe che consolidare le condizioni precarie di chi presta cure.

In effetti, uno dei meriti indubbi di Tronto è il radicamento della cura nella realtà, attraverso un'analisi molto attenta alle effettive condizioni in cui la cura si svolge e al modo in cui esse influenzano le pratiche di cura stesse. In questo senso la sua analisi non abbandona mai il livello politico, perché sempre puntuale nell'identificare le condizioni concrete di possibilità del darsi della cura e in particolare gli ostacoli che a essa si oppongono - ostacoli per lo più considerati superabili attraverso cambiamenti politico-sociali di cui l'autrice cerca di farsi promotrice⁵⁸. Da questa attenzione consegue una visione della cura sufficientemente problematizzata, che supera le accuse di idealizzazione rivolte ad approcci come quello di Noddings e allo stesso tempo è pienamente consapevole dei rischi di sfruttamento di chi presta le cure.

Nonostante il superamento di alcune grosse difficoltà - compreso il rischio di particolarismo - rispetto a teorizzazioni precedenti, l'opera di Tronto non sembra fondare pienamente un'etica della cura. Steven D. Edwards ritiene che la riflessione di Tronto offra un contributo molto limitato alla riflessione morale, non riuscendo a presentarsi come un approccio davvero nuovo all'etica⁵⁹. In effetti, l'analisi dell'autrice riguardo la dimensione morale della cura risulta insoddisfacente sotto diversi punti di vista.

In primo luogo l'autrice ritiene che la cura abbia un rilievo morale, vale a dire che per essere moralmente buoni si debbano anche soddisfare le richieste di cura. Il problema di questa posizione è che, oltre a non offrire una soddisfacente fondazione per una morale, si basa su una definizione di cura a mio parere troppo ampia. Infatti la definizione di Tronto, pur avendo il pregio di considerare la cura come una pratica che caratterizza l'agire umano a diversi

⁵⁸ Un esempio ne è l'articolo *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality and Purpose* (Tronto 2010) che si pone il problema di come valutare quali istituzioni sono in grado di offrire una buona qualità di cura.

⁵⁹ Edwards 2009.

livelli – evidenziandone così la pervasività e quindi la rilevanza antropologica – manca di differenziare questi stessi livelli e la loro rilevanza morale. Non tutte le forme di cura hanno infatti rilievo etico, ma la descrizione generica di Tronto non si sofferma a sottolineare o giustificare la differenza morale tra prendersi cura del proprio giardino e prestare assistenza a una persona in difficoltà. Alla sua teoria manca quindi una definizione precisa della forma di cura che ha rilievo morale e che potrebbe essere un elemento centrale di una proposta etica.

In secondo luogo, come già accennato, in Tronto non compare una vera fondazione etica della cura, in parte anche perché all'autrice interessa maggiormente legare la cura a una teoria politica piuttosto che svilupparla come etica indipendente. In questo senso va letto anche il rapporto tra cura e giustizia, elementi che Tronto punta a integrare. L'autrice ritiene infatti che una teoria della giustizia (e quindi la dimensione della filosofia politica) sia fondamentale per tutelare i vari protagonisti della cura e anche per identificare quali bisogni di cura siano da soddisfare a fronte di un numero di richieste di cura potenzialmente illimitato. Anche in questo caso, quindi, l'autrice demanda alla dimensione politica l'individuazione di un criterio per stabilire la legittimità delle richieste di cura e non approfondisce la natura dell'obbligazione morale che i bisogni altrui generano nel soggetto. In generale, la rivendicazione della natura anche politica del concetto di cura risulta essere di un certo interesse e soprattutto di una certa importanza, ma ciò non toglie che l'elaborazione della dimensione etica offerta dall'autrice è insufficiente.

Tuttavia, la sua articolazione della cura in quattro fasi e l'individuazione degli elementi morali legati a ciascuna di esse offrono spunti interessanti dal punto di vista dello sviluppo della dimensione normativa del concetto stesso di cura.

1.4 Eva Feder Kittay: cura e dipendenza

Un'altra autrice di grande rilievo nel panorama femminista della cura è Eva Feder Kittay⁶⁰, che ha lavorato soprattutto sulla condizione di dipendenza e sul lavoro di cura a essa legato, con l'obiettivo di sollecitare una maggiore consapevolezza politica e sociale su queste tematiche, sfruttando le risorse concettuali offerte dall'etica della cura. La sua opera principale⁶¹, nonostante sia stata seguita da numerosi saggi e articoli, è tuttora rappresentativa dell'approccio dell'autrice.

L'obiettivo di Kittay è elaborare una critica della nozione di uguaglianza liberale portando all'attenzione la questione della dipendenza. Infatti, secondo l'autrice, le ragioni principali per cui le donne continuano a faticare per raggiungere l'uguaglianza a cui aspirano sono, da un lato, il fatto che ci si aspetta ancora che siano le donne a occuparsi del lavoro con le persone dipendenti e, dall'altro, la nozione stessa di uguaglianza, che tende a occultare l'esistenza di forme di dipendenza e asimmetria. Dunque, per avere una società giusta in cui l'uguaglianza sia possibile, va riconosciuto il fatto essenziale della dipendenza umana attraverso la messa in discussione dell'autocomprensione delle nazioni liberali come associazioni di individui eguali, liberi e indipendenti.

Kittay propone così una nozione di uguaglianza alternativa a quella liberale: la sua proposta ruota intorno all'idea che *siamo tutti ugualmente figli*. In questa prospettiva la rivendicazione dell'uguaglianza è legata a una propria caratteristica che però si possiede solo grazie ad altri. Questa nozione perciò esclude l'individualismo e si configura invece come un approccio relazionale all'uguaglianza, che si basa così sulle reciproche responsabilità degli individui.

⁶⁰ Eva Feder Kittay, filosofa femminista, si è occupata di questioni di filosofia morale, sociale e politica, con particolare attenzione al tema della disabilità. Dal 1979 insegna alla Stony Brook University.

⁶¹ *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency* (Kittay 1999).

Inoltre, quest'idea sottolinea con chiarezza l'intrinseca vulnerabilità dell'essere umano e quindi la necessità di tutelare i bisogni a essa collegati, vale a dire i bisogni delle persone dipendenti e delle persone che di loro si prendono cura.

Secondo Kittay, infatti, la dipendenza è una caratteristica inevitabile dell'umano e non può quindi essere considerata come una circostanza eccezionale: nel corso della vita umana attraversare fasi di dipendenza da altri – che siano legate all'infanzia, alla malattia, alla vecchiaia o alla disabilità⁶² – è la norma, non certo un'eccezione. Tuttavia la condizione di dipendenza è in qualche misura invisibile nelle rappresentazioni più diffuse dell'uomo e della società. Proprio per questo l'autrice fa della dipendenza un tema chiave nella sua opera, perché solo tramite il superamento dell'invisibilità della dipendenza è possibile arrivare a tutelare le persone dipendenti e, non meno importanti, coloro che si occupano del lavoro che prendersi cura della dipendenza comporta.

A partire da queste premesse, la riflessione di Kittay si muove lungo due assi principali, tra loro strettamente correlati: il primo riguarda l'analisi del lavoro di cura legato alla dipendenza, il secondo si focalizza invece sulla dimensione politica del lavoro stesso.

La prima preoccupazione di Kittay è approfondire le implicazioni concrete della dipendenza, in particolare analizzando il lavoro di cura che essa comporta. È bene specificare fin da subito che in quest'opera l'autrice non parla di cura in generale, bensì del lavoro di cura nei confronti di persone inevitabilmente dipendenti (come i neonati e i disabili gravi) per soddisfare bisogni che queste persone non sono in grado di soddisfare da sole⁶³.

⁶² La disabilità è una fattispecie di dipendenza particolarmente rilevante per l'autrice, in quanto la sua riflessione su questi temi è nata dall'esperienza di accudire una figlia disabile a causa di un grave ritardo mentale. Riguardo il rapporto tra le risorse offerte dall'etica della cura e le rivendicazioni dei disabili si vedano Kittay 2006 e Kittay 2007, in cui l'autrice mostra come la prospettiva della cura sia in grado di favorire la richiesta di maggiore uguaglianza dei disabili grazie al riconoscimento della comune dipendenza umana che caratterizza tutti gli esseri umani in quanto tali.

⁶³ "Con 'cura' [...] intendo riferirmi al supporto e all'assistenza altrui di cui un individuo ha bisogno in quanto egli è 'inevitabilmente dipendente', vale a dire

Tuttavia altrove⁶⁴ Kittay individua alcune caratteristiche della cura “generica” che può essere utile richiamare. Innanzitutto Kittay rileva un’ambiguità della cura, che ha un volto di Giano⁶⁵: da un lato è estremamente onerosa e può essere una responsabilità da cui si vuole essere liberati, dall’altro è tra i compiti più significativi e gratificanti che caratterizzano la nostra vita. Inoltre⁶⁶, evidenzia che con il termine ‘cura’ ci si riferisce allo stesso tempo al *lavoro (labor)* di avere cura degli altri e di sé in situazioni di bisogno; a un *atteggiamento (attitude)* che deriva da un legame affettivo positivo e dall’interesse per il benessere altrui; alla *virtù* di agire in base a uno spostamento dall’interesse per sé alla preoccupazione per un altro bisognoso di cure. Dalla definizione di cura come lavoro risulta evidente che per Kittay la cura per essere tale deve tradursi in azione, ma l’autrice sottolinea anche che essa deve ottenere un risultato e provocare una reazione nel destinatario – chiaramente proporzionale alle sue possibilità di rispondere alla cura. La cura si configura quindi come intrinsecamente relazionale e non costituisce un atto unilaterale da parte di chi la presta; inoltre, si tratta di una relazione dialettica impegnativa per entrambi i protagonisti che, nelle situazioni migliori, può catalizzare il fiorire dell’umanità di entrambi. Per concludere vorrei richiamare un ultimo articolo in cui Kittay sintetizza gli aspetti universali del significato e dell’esperienza di cura come segue: “La cura implica sempre una relazione diretta e intima tra due o più persone. La cura si dà sempre all’interno di un contesto psicologico e sociale che ha influenzato e influenza le esperienze dei partecipanti. La cura, quindi, è sempre allo stesso tempo intensamente personale e inevitabilmente sociale, simbolica e significativa. È un’impresa profondamente emotiva, ma anche razionale, pragmatica e concreta. È una pratica che include alcune virtù e alcuni valori fondamentali. Può essere svolta

dipendente perché troppo giovane, troppo malato, debole o fragile per gestire da solo la cura di sé quotidiana” (Kittay 2005, pp. 443-444).

⁶⁴ Si vedano: Kittay 2005; Kittay 2006; Kittay 2009.

⁶⁵ Kittay 2009.

⁶⁶ Kittay 2006.

bene o male; in modo arricchente o in maniera alienante, accrescendo la dignità sia di chi presta le cure sia di chi le riceve o umiliandoli. Soprattutto, la cura è una pratica che agisce sia su chi riceve le cure sia su chi le presta"⁶⁷. Mi pare che anche da questa descrizione emerga a pieno la natura relazionale della cura e allo stesso tempo la reciprocità che secondo Kittay dovrebbe caratterizzarla: come vedremo, i costanti riferimenti al *care-giver* e alla ricaduta che la cura può avere su di lui sono espressione di un tema particolarmente caro all'autrice.

Ma torniamo ora al caso specifico dell'attività di sostegno nei confronti di persone inevitabilmente dipendenti di cui l'autrice si occupa in *Love's Labor*. Kittay definisce quest'attività - che rappresenta appunto solo una parte delle attività di cura - *dependency work*, scegliendo consapevolmente il termine *work* per sottolineare come di vero e proprio lavoro si tratti. Tale lavoro si svolge all'interno di una relazione evidentemente asimmetrica, in quanto di dipendenza, ma che non deve diventare una relazione di dominio. Kittay è molto chiara nel precisare che il rischio di dominio non è solo nei confronti di chi ha bisogno di cure, ma è anzi presente anche nei confronti di chi presta le cure. Egli risulta infatti piuttosto vulnerabile allo sfruttamento ed è facile che le sue esigenze vengano trascurate, anche a causa del predominio all'interno della relazione delle esigenze di cura della persona dipendente. Questa dinamica è accentuata dalla particolare natura della relazione di cura che richiede al *dependency worker* di adattarsi ai bisogni dell'altro - che dovrà mettere davanti ai propri stessi bisogni - sviluppando così quello che Kittay definisce un *io-trasparente*. Solo attraverso questa capacità di rendersi trasparenti coloro che prestano le cure possono essere davvero recettivi nei confronti dei bisogni della persona che hanno di fronte ed evitare di decidere paternalisticamente al loro posto quali essi siano. Si tratta quindi di una relazione estremamente impegnativa per chi presta le cure, che per di più si basa necessariamente sul suo altruismo.

Come spiegare allora il fatto che ci siano moltissime persone che decidono di impegnarsi in una relazione tanto faticosa? Kittay solleva qui una

⁶⁷ Kittay 2005, p. 444.

questione essenziale: quella del fondamento della relazione di cura. Rifacendosi al modello della vulnerabilità di R.E. Goodin⁶⁸, l'autrice esplora l'ipotesi che esista un dovere di risposta alla vulnerabilità che ci si presenta all'interno delle relazioni che ci costituiscono. Si tratta di un'idea interessante, per quanto il vincolo di risposta alla vulnerabilità potrebbe risultare eccessivo a causa della definizione piuttosto generica. Inoltre, emerge il problema di come stabilire quale sia la risposta appropriata ai bisogni legati alla vulnerabilità e soprattutto di quali siano i bisogni che devono essere soddisfatti. Da un punto di vista liberale a fare problema è l'idea che ci si trovi di fronte a situazioni in cui la volontarietà delle scelte individuali è a rischio. Per Kittay invece non è questo il vero problema, in quanto nel corso della vita capita di avere legami che non sono stati scelti volontariamente e che pure ci chiamano ad alcune responsabilità e a vincoli morali del tutto legittimi. Il problema nasce invece a suo parere nel caso della coercizione: quello che conta è che chi presta le cure non sia costretto a farlo. Per Kittay è dunque in questo senso che andrebbe interpretata una norma di giustizia da inserire come correttivo nei confronti di richieste eccessive: nel caso di richieste eccessive il dovere morale che deriva dalla vulnerabilità di fatto cade perché contrario a giustizia. Concretamente, questo significa che è necessario precisare quali siano i doveri nei confronti di chi presta cure, non solo di chi le riceve, in quanto entrambi sono soggetti vulnerabili. Secondo Kittay ciò può avvenire nel momento in cui si riconosca che anche chi fornisce le cure va rispettato in quanto figlio e che la relazione di cura andrebbe improntata a una maggiore reciprocità, poiché anche il *dependency worker* ha diritto ad avere relazioni di sostegno. Per precisare questa idea l'autrice si richiama al concetto di *doulia*, vale a dire al ruolo svolto da chi si preoccupa dell'assistenza a una neo-mamma per facilitarla nel compito di prendersi cura del suo bambino. Kittay espande tale nozione per indicare in generale il supporto che viene offerto a chi ne ha bisogno perché sta prestando cure ad altri: questo è il supporto a cui il *care-giver* ha diritto. Si configura così un'idea di reciprocità basata sull'interdipendenza: "Proprio come abbiamo

⁶⁸ Goodin 1985.

avuto bisogno di assistenza per sopravvivere e crescere bene, allo stesso modo è necessario che offriamo ad altri – compresi quelli che prestano le proprie cure per lavoro – le condizioni che permettano loro di ricevere l’assistenza di cui hanno bisogno per la sopravvivenza e la prosperità”⁶⁹.

Con questo concetto ci siamo già avvicinati al secondo asse lungo cui si articola il pensiero dell’autrice, quello delle implicazioni politiche della dipendenza. Una società giusta dovrebbe infatti riconoscere quanto il lavoro di cura sia necessario e considerare la cura come un bene che la società stessa ha la responsabilità di offrire in modo equo per tutti. Il bene della cura ha due aspetti: consiste nell’occuparsi di soddisfare i bisogni di cura e allo stesso tempo offrire il giusto sostegno ai lavoratori della cura. Come si evince da queste affermazioni, Kittay si situa tra le pensatrici che promuovono un’integrazione tra cura e giustizia e negano che i due principi siano in opposizione tra loro.

A partire da queste premesse Kittay critica il modello rawlsiano, proprio in quanto Rawls trascura completamente la dimensione della dipendenza. Secondo la nostra autrice, invece, innanzitutto la lista delle capacità morali della persona proposta da Rawls andrebbe ampliata, includendo – accanto al senso di giustizia e alla capacità di perseguire una concezione del bene – la capacità di rispondere alla vulnerabilità con la cura. Inoltre, il bene della cura andrebbe introdotto tra i beni sociali primari e dovrebbe essere aggiunto un terzo principio di giustizia che riconosca una responsabilità sociale alla cura. Lasciando da parte la questione della coerenza di queste correzioni con il modello rawlsiano, rimane evidente il tentativo dell’autrice di rivendicare il ruolo fondamentale che la cura dovrebbe avere all’interno di una società consapevole del fatto innegabile della vulnerabilità e della dipendenza umane.

La forza dell’argomentazione di Kittay sta, da un lato, nel chiaro legame con l’antropologia sulla quale è basata; dall’altro, nell’individuazione delle ingiustizie concrete a cui l’oblio della dipendenza ha portato. In diversi articoli l’autrice si occupa infatti di tematiche specifiche, mettendo in luce oltre alla

⁶⁹ Kittay 1999, p. 195 della traduzione italiana.

crescente domanda di cura⁷⁰ anche la scarsa considerazione sociale e la bassa remunerazione del lavoro di assistenza a persone dipendenti, che spesso viene svolto da immigrati o altre persone di bassa estrazione sociale. L'alta percentuale di immigrati è legata a un'altra questione, quella del lavoro di cura migrante⁷¹: molti lavoratori emigrano per svolgere il lavoro di cura, spesso sacrificando le loro stesse relazioni (per esempio, lasciando nel loro Paese i propri figli per occuparsi all'estero dei figli altrui). Un'etica della cura che si rivolga a questioni legate al contesto della globalizzazione è in grado meglio di altri approcci di individuare il danno morale che dinamiche come quella appena citata producono. Riflettendo su queste tematiche, Kittay arriva a postulare un diritto di cura⁷² inteso non solo come diritto a ricevere cura, bensì anche come diritto di prestare cura che protegga l'espressione di un'attitudine alla cura e comprenda dei diritti di *douilia* a protezione del *care-giver*.

Da questa esposizione emerge chiaramente l'interesse dell'opera di un'autrice che assume il punto di vista di chi si occupa del lavoro di cura più che di chi le cure le riceve. Assumendo questa prospettiva, Kittay ha modo di soffermarsi sulle debolezze del *care-giver*, che non sempre lo rendono tanto dominante sulla relazione di cura quanto viene sovente rappresentato. Così l'autrice è in grado di sviluppare a pieno la questione del possibile sfruttamento di chi presta le cure e dei rischi a cui il suo io-trasparente è esposto. Questo approfondimento è un utile passo in avanti per tutta la riflessione sulla cura, poiché costituisce un ulteriore allontanamento da un'idealizzazione semplicistica delle relazioni di cura e allo stesso tempo un monito preciso a tener conto delle esigenze di cura dello stesso *care-giver*. Nel caso di Kittay, il correttivo alle degenerazioni della cura non sembra coincidere con il prendersi

⁷⁰ Si veda Kittay 2005, in cui l'autrice mette alla prova le risorse offerte dall'etica della cura affrontando la questione delle cure a lungo termine.

⁷¹ Kittay 2009.

⁷² *Ibidem*.

cura di sé invocato da altre autrici, bensì sembra chiamare inevitabilmente in causa strutture sociali dedicate alla tutela dei lavoratori della cura.

Un ulteriore motivo di interesse, che a mio parere indica una strada che andrebbe percorsa, è l'approfondimento del legame tra la cura e la dimensione antropologica, in particolare attraverso l'analisi della condizione di vulnerabilità che caratterizza gli esseri umani vista soprattutto in termini di dipendenza. Credo che focalizzarsi sullo stretto legame tra cura ed esistenza umana sia uno dei modi per dare una fondazione più filosofica al discorso sulla cura, nonché un passaggio inevitabile per rafforzarne la valenza normativa. Nonostante Kittay percorra in parte questa via, nel complesso ancora una volta il suo discorso filosofico sembra più politico che morale, probabilmente a causa del forte orientamento alla critica sociale che caratterizza l'autrice.

In effetti, come nota N.C. McAfee⁷³, il cuore filosofico di *Love's Labor* sta nella critica al concetto di uguaglianza e, in particolare, nelle critiche nei confronti del modello elaborato da Rawls. Nella sua opera, però, Kittay non sembra proporre di abbandonare Rawls ma, come abbiamo visto, di apportare dei correttivi alla sua teoria. McAfee nota giustamente come questo tipo di approccio risulti problematico e, per così dire, poco "ambizioso". L'idea che si possa semplicemente aggiungere la cura al paradigma liberale è evidentemente problematica, in quanto l'idea di cura e la visione antropologica che porta con sé non sembrano pienamente coerenti con la prospettiva liberale. McAfee sottolinea quindi che l'obiettivo di Kittay - che in parte l'autrice stessa sembra proporsi come proposito per la sua riflessione futura - dovrebbe essere un ripensamento ben più profondo delle basi dell'idea di giustizia, che approfondisca la dimensione della cura come caratteristica essenziale della nostra esistenza. Suggerimento che, come già visto, appare più che condivisibile.

⁷³ McAfee 2001.

1.5 Virginia Held: l'etica della cura

L'ultima autrice che ho scelto di includere in questa ricognizione è un'altra filosofa femminista statunitense, Virginia Held⁷⁴. Si tratta infatti di una delle pensatrici che più si sono dedicate alla riflessione sulle implicazioni filosofiche dell'etica della cura. Held si occupa di etica della cura dagli anni Ottanta e ha dedicato al tema due opere di particolare rilievo: *Feminist Morality*⁷⁵ (1993) e *The Ethics of Care*⁷⁶ (2006). Mentre il primo volume riguarda l'etica femminista più in generale, il secondo - che comprende articoli e saggi pubblicati dall'autrice tra il 1995 e il 2006 e poi rivisti - si focalizza sulla sola etica della cura, che l'autrice considera essere un'etica femminista tra le varie possibili.

Ma cosa intende Held quando parla di morale femminista? In *Feminist Morality* l'autrice considera femminista ogni approccio all'etica che valorizzi l'esperienza morale reale delle persone - e in particolare delle donne - e rifiuti quindi prospettive esclusivamente astratte e razionali, basate su un'esigenza di imparzialità esasperata che finisce per misconoscere il valore delle relazioni. Held considera l'indagine morale un processo continuo di aggiustamento della teoria alla luce dell'esperienza morale, e dei giudizi alla luce della teoria. Allo stesso tempo propone una concezione di esperienza morale più ampia rispetto alla tradizione, in quanto più attenta ai legami, ai sentimenti e a ciò che si verifica all'interno delle relazioni familiari, tradizionalmente ricondotte all'ambito della natura e quindi escluse dall'indagine morale. L'etica femminista dovrebbe così presentarsi come maggiormente pluralistica, attenta al contesto, ma non relativista.

⁷⁴ Virginia Held, filosofa femminista statunitense, si occupa di filosofia morale e politica e insegna alla City University of New York (Graduate School e Hunter College).

⁷⁵ Held 1993.

⁷⁶ Held 2006.

L'approccio morale femminista risulta inoltre caratterizzato dall'insoddisfazione per alcune concettualizzazioni che contraddistinguono la storia dell'etica e che appaiono intrinsecamente legate a pregiudizi di genere e al rifiuto di tutto ciò che veniva - e ancora viene - collegato alla sfera del femminile (sentimenti, emozioni, legami e via dicendo). Secondo Held, a causa di questi preconcetti si sono originate alcune nette opposizioni che una morale femminista dovrebbe ripromettersi di superare, anche in quanto riflesso della supremazia culturale del maschile. La prima è la contrapposizione tra ragione e sentimento e la conseguente priorità assoluta attribuita alla ragione anche in ambito morale, dove gli atteggiamenti emotivi vengono visti con grande sospetto. L'autrice ritiene invece che le emozioni non vadano demonizzate e che sia possibile un approccio più indirizzato alla loro comprensione e alla contestualizzazione invece che all'astrattezza. Una seconda opposizione è quella tra pubblico e privato, che si lega alla distinzione tra natura e cultura: tradizionalmente il mondo della famiglia (e in particolare il ruolo della donna al suo interno) è stato considerato appartenere alla sfera del 'naturale' e come tale essere al di fuori di morale e politica. Questa netta divisione ha contribuito a bandire dall'orizzonte della filosofia esperienze fondamentali per l'esistenza umana, rapidamente liquidate come femminili e prive di significato profondo. Ne è un esempio il modo in cui la nascita è stata per secoli considerata come un semplice processo naturale ed esclusa dall'ambito dell'umano, negandole così qualunque significatività morale⁷⁷. Per Held entrambe queste opposizioni sono nocive, in quanto allo stesso tempo complici dell'oppressione nei confronti delle donne e concause dell'affermarsi di un certo riduzionismo in ambito morale.

In *Feminist Morality* Held difende la tesi che la tradizione morale abbia colpevolmente ignorato l'esperienza morale femminile, e che per questo sia necessaria una morale femminista in grado di riportare all'attenzione aspetti della nostra vita eccessivamente trascurati. In particolare, la rivoluzione femminista dovrebbe essere rivolta al presupposto antropologico dell'uomo economico razionale e al conseguente modello contrattualistico delle relazioni

⁷⁷ Su questo tema specifico si veda in particolare il sesto capitolo (Held 1993).

sociali. Questa immagine del sé è uno dei principali obiettivi polemicici della morale femminista, che critica l'eccessiva attenzione per l'io e la tendenza all'individualismo a partire da una prospettiva antropologica attenta invece al valore delle relazioni. La morale femminista che qui l'autrice ha in mente è proprio l'etica della cura, in virtù della sua verve critica nei confronti dell'individualismo alla base delle teorie morali più diffuse. In questo testo, inoltre, Held arriva a proporre di sostituire al paradigma dell'uomo economico il paradigma del rapporto madre-figlio, proprio per contrastare la tradizione contrattualista e portare al centro della riflessione una relazione non volontaria, asimmetrica e governata da logiche ben diverse. In questo volume l'autrice si limita ad accennare al nuovo paradigma, ma delinea con grandi chiarezza ed efficacia il contesto in cui inquadrare la prospettiva morale femminista che le sembra maggiormente promettente: l'etica della cura.

All'etica della cura Held dedica la sua riflessione successiva, arrivando a una pubblicazione che condensa i suoi studi sul tema: la già citata *The Ethics of Care*. L'autrice considera l'etica della cura un approccio nuovo alla morale, emerso dalla riflessione femminista e in grado di sfidare le morali tradizionali. A suo parere l'etichetta "etica della cura" può essere utilizzata solo in riferimento a proposte (per quanto differenziate) di stampo femminista, a riconoscimento del ruolo fondamentale che il femminismo ha avuto per la nascita di questa prospettiva⁷⁸. Held riconosce che l'etica della cura non ha ancora raggiunto una teorizzazione univoca e si basa invece su uno sforzo collettivo di riconcettualizzazione tuttora in corso. È tuttavia possibile identificare una serie di caratteristiche che contraddistinguono questa corrente di pensiero e che appaiono sufficienti per parlare di un approccio morale distinto e inedito.

La prima caratteristica di un'etica della cura è il riconoscimento del valore morale della responsabilità di rispondere ai bisogni di chi è dipendente. Il punto di partenza è quindi una presa di coscienza della condizione di dipendenza che caratterizza inevitabilmente - anche se in gradi variabili -

⁷⁸ Held 2006, p. 22.

l'esistenza umana e dei bisogni di cura a essa legati, insieme al riconoscimento della rilevanza morale delle azioni volte a soddisfare tali bisogni.

Una seconda caratteristica dell'etica della cura è l'attribuzione di un ruolo positivo alle emozioni - o meglio, ad alcune di esse - legata all'insoddisfazione per gli approcci esclusivamente razionalistici alla morale.

In terzo luogo l'etica della cura rifiuta l'astrattezza di alcune proposte morali mettendo in discussione l'assoluta priorità di regole di condotta universali e valorizzando invece una normatività derivata anche dalla concretezza delle relazioni.

Inoltre, l'etica della cura propone una riconcettualizzazione della separazione tra pubblico e privato, sottolineando il rilievo morale della sfera del privato e dimostrando allo stesso tempo le potenzialità pubbliche di un ideale morale derivato dal privato: quello di cura. Questa caratteristica è di particolare importanza per Held, oltre a essere funzionale a collocare a pieno diritto l'etica della cura nell'orizzonte del femminismo.

Infine, l'etica della cura promuove una nuova immagine della persona: non l'individuo indipendente e autosufficiente della tradizione liberale, bensì un essere relazionale, interdipendente e vulnerabile. "L'etica della cura valorizza i legami che abbiamo con altre persone specifiche e le relazioni concrete che costituiscono *in parte* la nostra identità"⁷⁹. L'indipendenza è una finzione più che una realtà: ciò che ci permette di agire come se fossimo indipendenti e crederci tali è proprio la rete di relazioni in cui siamo inseriti. Ma non per questo il soggetto risulta meno autonomo; anzi, l'etica della cura mira a rivedere e arricchire il concetto stesso di autonomia: "L'autonomia a cui si aspira nell'etica della cura è la capacità di modificare e coltivare nuove relazioni, non di assomigliare sempre più al soggetto privo di vincoli [*unencumbered*], astratto e razionale delle teorie morali e politiche liberali"⁸⁰.

In seguito a questa caratterizzazione generale, all'autrice preme soffermarsi sulla definizione di cura a cui questa corrente di pensiero fa

⁷⁹ Held 2006, p. 14, enfasi mia.

⁸⁰ *Ibidem*.

riferimento. Come si è visto, non esiste una definizione univoca e spesso le autrici che se ne sono occupate si sono limitate a fornire caratterizzazioni generali del concetto senza arrivare a definizioni precise. Held passa in rassegna i principali contributi sul tema per identificare i tratti principali che sembrano definire la cura. A suo parere con il termine 'cura' ci si riferisce allo stesso tempo: a un tipo di attività, che può configurarsi come un lavoro, per la quale è fondamentale un'interazione tra più soggetti; a un'intenzione che guida l'attività e che è fondamentale considerare; a un valore insito in questa attività. Ma per Held l'elemento davvero imprescindibile è che la cura venga analizzata in termini di relazioni di cura, non come concetto astratto. Secondo la sua definizione la cura è allo stesso tempo una pratica e un valore. La cura è una *pratica* specifica costituita dal lavoro di prendersi cura sommato a degli standard di riferimento che permettano di valutare tale lavoro. Per la pratica di cura dunque la presenza di un elemento normativo è di fondamentale importanza, in quanto essa aspira a instaurare buone relazioni di cura e di conseguenza si deve preoccupare della propria efficacia nel soddisfare i bisogni oggetto della relazione. Dalla pratica di cura emerge però anche la dimensione del *valore*: le relazioni di cura hanno infatti un'intrinseca rilevanza morale e dalla loro analisi è possibile individuare alcuni valori specifici che definiscono la buona cura e la *caring person*. La cura è un valore che chiama in causa alcune valutazioni morali specifiche, non riconducibili semplicemente a valutazioni legate a bontà o giustizia – per quanto considerazioni di bontà e giustizia siano a loro volta presenti nelle pratiche di cura. Definire qualcuno *caring*, significa attribuirgli un valore – o, per altri interpreti, una virtù – che non coincide con il suo essere buono o giusto ma riguarda il suo modo di comportarsi all'interno di una specifica relazione di cura che presumibilmente, nonostante la variabilità delle pratiche, chiamerà in causa capacità di attenzione, sensibilità, attitudine a rispondere ai bisogni. Held non parla di virtù di cura perché vuole sottolineare come una *caring person* non solo abbia l'intenzione e la disposizione a prendersi cura, ma allo stesso tempo faccia effettivamente parte di relazioni di cura. Il valore di cura va quindi sempre espresso nell'azione e non può esistere al di

fuori delle relazioni: la capacità di dar vita a buone relazioni di cura deve essere esercitata, non può essere valutata solo in base alla disposizione individuale⁸¹. Per questo Held sottolinea la centralità della relazione come uno degli elementi fondamentali che distinguono l'etica della cura da altri approcci. "Una *caring person* valuterà correttamente le relazioni di cura e cercherà di modificare le relazioni esistenti per renderle più conformi alla cura [*more caring*]. E, sì, una *caring person* lo farà nel modo giusto, per i giusti motivi, e via dicendo. Ma per lei il focus rimarrà sulle proprie *relazioni* più che sulle proprie inclinazioni, e sulla *pratica* di cura"⁸².

Held arriva a precisare ulteriormente la sua visione della cura sviluppando il tema del rapporto tra cura e giustizia. Innanzitutto va detto che l'autrice ritiene che la giustizia a cui si fa riferimento nel dibattito sia la giustizia intesa come imparzialità⁸³. Held condivide le critiche mosse dall'etica della cura a questo principio, ma spiega che tali critiche non vanno interpretate come l'aspirazione a eliminare completamente dal panorama morale questioni legate alla giustizia. Le femministe sono infatti le prime a riconoscere l'importanza del principio di giustizia e sono consapevoli che questioni legate alla giustizia emergono dalla cura stessa: si pensi per esempio al rischio di sfruttamento nei confronti dei *care-givers*, o ai problemi legati all'accessibilità sociale alla cura. Ciò che le teoriche della cura contestano è la priorità assoluta attribuita alla giustizia, contro la quale affermano la primarietà della cura in quanto relazione universale che tutti hanno esperito da piccoli e che è alla base dell'esistenza umana: si può immaginare cura senza giustizia, ma non potrebbe esserci alcuna

⁸¹ Questo è uno degli elementi centrali in base ai quali Held ritiene che l'etica della cura non sia una versione dell'etica delle virtù. Infatti, nonostante alcune somiglianze, l'etica della cura mantiene il suo focus primario sulle relazioni e sui risultati della cura, non sul carattere e sulle intenzioni dell'agente. Inoltre, l'etica delle virtù secondo Held si basa su un approccio individualistico che non rispecchia la natura relazionale della cura.

⁸² Held 2006, p. 53.

⁸³ In questo senso l'obiettivo polemico delle critiche alla giustizia sarebbero sia il pensiero liberale, sia le morali di stampo kantiano o utilitarista, in quanto basate sulla priorità normativa affidata a regole e principi imparziali.

giustizia senza la cura. “Quello che sostengo è che l’etica della cura considera le rivendicazioni morali della cura non meno valide di quelle derivanti da regole imparziali. Questo non significa che le considerazioni sull’imparzialità non siano importanti; significa però negare che dal punto di vista morale queste debbano sempre avere la priorità. Ciò rende l’etica della cura un’oppositrice del liberalismo morale, non un semplice correttivo”⁸⁴. “Potremmo quindi concludere che ciò che ha priorità sono le relazioni di cura o di vicinanza empatica, all’interno delle quali cerchiamo regole che possano essere condivise da tutti per trattarsi con pari interesse e rispetto nei modi e nelle situazioni in cui tali regole imparziali risultano appropriate, riconoscendo che molto di ciò che ha valore morale – sia nella vita personale che in quella politica – va al di là della giustizia”⁸⁵. In qualche modo quindi Held argomenta da un lato per la non inferiorità della cura rispetto alla giustizia ma, dall’altro, arriva ad affermare con decisione la priorità sia empirica sia normativa della cura. Tuttavia l’autrice è attenta a evitare di cadere nel riduzionismo e sostiene con chiarezza che la cura non può esaurire da sola l’intero ambito della moralità. Il modello a cui punta Held non è quindi quello dell’integrazione tra i due valori, bensì quello di una teoria comprensiva che riconosca il ruolo primario e fondante della cura e sia in grado di distinguere i contesti in cui l’una o l’altra preoccupazione dovrebbero prevalere. L’autrice si limita a suggerire che la cura potrebbe fare da cornice a questa morale comprensiva, nella quale potrebbero trovare posto anche considerazioni ispirate alla morale kantiana o all’utilitarismo, del tutto legittime se riferite a contesti di applicazione adeguati.

Nemmeno Virginia Held, dunque, arriva a sviluppare una vera e propria teoria etica della cura. L’autrice offre infatti una panoramica critica di grande acume sugli sviluppi della riflessione femminista sul tema, ma afferma con chiarezza che la cura di per sé non può costituire una morale autonoma. Tuttavia ritiene che il dibattito sulla cura metta in luce una pratica, portatrice di

⁸⁴ Held 2006, p. 100.

⁸⁵ *Ivi*, p. 102.

valore, davvero fondamentale per l'esistenza umana e di cui la morale non può non tener conto. In questo senso la cura sembra assumere potenzialità rivoluzionarie, in grado di rovesciare alcuni capisaldi filosofici della tradizione occidentale. Questa forza innovatrice rende le riflessioni sulla cura perfettamente coerenti con l'ideale femminista, tanto che mi sembra si possa condividere con Held l'idea che le interpretazioni in chiave conservatrice dell'etica della cura siano infondate.

Se l'etica della cura possa essere solo femminista o meno è invece un'altra questione. Mi sembra legittimo che Held decida di usare l'espressione secondo un'accezione restrittiva e che quindi ripercorra la storia del solo dibattito femminista a riguardo - e d'altronde anche qui si è scelto di valorizzare il contributo femminista sul tema - tuttavia non sembrano esserci ragioni teoriche sufficienti ad affermare che un'etica della cura debba essere allo stesso tempo femminista. Inoltre, contributi di altre tradizioni filosofiche potrebbero notevolmente arricchire la riflessione e sembra un peccato che essi siano stati presi in considerazione solo marginalmente dalle pensatrici femministe. Prima di passare a esaminare queste voci filosofiche differenti nel prossimo capitolo, vorrei però soffermarmi sugli elementi emersi finora per un bilancio dell'etica della cura di matrice femminista.

1.6 L'etica femminista della cura: un bilancio

Dopo aver passato in rassegna alcuni tra i principali contributi femministi al dibattito sull'etica della cura, si possono ora trarre alcune conclusioni.

Innanzitutto mi sembra di grande rilievo considerare l'etica della cura femminista nella sua complessità, in quanto soffermandosi solo su alcune opere iniziali⁸⁶ si finisce per dare una rappresentazione limitata e inesatta del dibattito. A ben vedere, molte delle critiche che continuano a essere rivolte a questa prospettiva dipendono proprio da una limitata conoscenza della riflessione femminista sul tema. Ne è prova il fatto che si sono prodotti alcuni luoghi comuni sull'etica della cura difficili da superare.

Una prima accusa costantemente riproposta riguarda l'idealizzazione della cura: si ritiene che le pensatrici facciano riferimento a un'esperienza idilliaca modellata sulla relazione materna, senza rendersi conto che le relazioni di cura possono avere pericolosi risvolti negativi. Questa idea sembra derivare in particolare dalla prima opera di Noddings⁸⁷, *Caring*, dove in effetti l'autrice tende spesso a esaltare la relazione di cura con il rischio di idealizzarla. Tuttavia questa accusa risulta quanto mai ingenerosa se riferita all'etica della cura in genere – e in parte per la stessa Noddings.

Un primo elemento di cui si dovrebbe tenere conto è che la relazione materna, spesso considerata come modello della cura, non è assolutamente idealizzata. Per queste autrici, infatti, un riferimento imprescindibile per la rappresentazione della relazione di cura materna è l'opera di Ruddick che, come si è visto, pone al centro della sua descrizione la dimensione del conflitto

⁸⁶ Mi riferisco in particolare a Gilligan 1982 e Noddings 1984, opere con le quali viene spesso identificata l'intera etica della cura. Senza negare l'importanza dei due testi, si vuole qui sostenere l'inaccuratezza di una rappresentazione di questo tipo, oltre alla dubbia utilità di identificare una corrente filosofica con un saggio di matrice psicologica che, per quanto essenziale, non corrisponde al dibattito filosofico sul tema.

⁸⁷ Noddings 1984.

e sottolinea a più riprese i rischi di degenerazione presenti nella pratica materna.

In secondo luogo, la stessa Noddings si difende da accuse di questo genere⁸⁸ e in particolare dall'accusa che nulla nella sua descrizione di cura impedisca lo sfruttamento del *one-caring*. Per quanto la posizione di Noddings presenti delle difficoltà, a partire dal ruolo morale della cura che sembra esaurire in sé tutta l'etica, l'autrice ritiene che il suo modello possa affrontare questa accusa specifica, in parte per il richiamo alla dimensione della cura di sé che può tutelare chi presta le cure da abusi, in parte perché lo sfruttamento danneggia la relazione ed è quindi contrario alla cura stessa⁸⁹.

Inoltre, tale accusa appare infondata se riferita ad autrici come Tronto e Kittay, che si concentrano sulle situazioni reali di cura e per le quali le dinamiche di sfruttamento dei *care-givers* sono una delle preoccupazioni principali. Esiste quindi tutto un filone di riflessione sulla cura che, legandosi alla riflessione politica, oltre a sottolineare l'importanza e il valore della cura evidenzia le difficoltà concrete che le pratiche di cura affrontano.

Infine, va ricordato che il fatto che la maggioranza delle autrici si sforzi di descrivere la cura 'buona', non significa che non riconosca l'esistenza di forme di cura degenerate. Per quanto all'etica della cura manchino elementi normativi sufficienti a indicare quale sia la condotta d'azione migliore in ogni situazione, sembra tuttavia che possieda elementi sufficienti per escludere i rischi di eccessiva abnegazione di sé o di paternalismo che spesso le sono rimproverati, in particolare se si prende sul serio il richiamo alla reciprocità della relazione di cura che dovrebbe favorire la fioritura di entrambi i partecipanti.

⁸⁸ Su questo tema si vedano Nelson 1992 e la relativa risposta di Noddings (Noddings 1992), oltre al *Review Symposium* su *Caring* in "Hypatia" 5/1 (1990), pp. 101-126 (in particolare Card e Noddings).

⁸⁹ Noddings riconosce tuttavia che servirebbe un'analisi più attenta del problema che tenga conto dell'influenza che il contesto storico, le tradizioni sociali e altri elementi concreti possono avere sulla capacità di definire e individuare lo sfruttamento stesso (Noddings 1990).

L'accusa di favorire potenziali forme di sfruttamento si lega tuttavia anche a due altre tematiche, ricorrenti nel dibattito, che analizzeremo separatamente: il rapporto tra cura e femminile e il rapporto tra cura e giustizia.

1.6.1 Sul rapporto tra cura e femminile

Una delle questioni ricorrenti che riguardano la cura è il suo rapporto con il femminile. La questione nasce a partire dall'opera di Gilligan, della quale si sono avute molte interpretazioni essenzialiste, propense a individuare un legame biunivoco tra voce della cura e voce delle donne. In realtà, come già detto, la stessa Gilligan non presenta in questi termini la sua scoperta di una voce morale finora inaudita, anzi sottolinea come sia la voce della cura sia quella della giustizia siano presenti in ciascuno. Tuttavia, rilevando un legame empirico tra la cura e le voci femminili, Gilligan ha inevitabilmente sollecitato grande attenzione sulla possibilità di descrivere una morale legata al genere. In effetti inizialmente la stessa Noddings presenta la sua etica della cura come una morale femminile - e altre autrici hanno percorso questa strada.

Sembra però di poter affermare che la maggior parte delle autrici che sostengono un'etica della cura si siano indirizzate verso una problematizzazione del rapporto tra cura e femminile, volta a negare l'equazione tra etica della cura e morale delle donne. Ritengo che solo gli approcci di questo tipo possano rientrare a pieno nel filone dell'etica della cura, in quanto il nucleo centrale di questa proposta morale risiede nell'identificazione di una relazione fondamentale che caratterizza il genere umano e alla quale va attribuito un valore *universale*. L'ambizione dell'etica della cura è proprio di descrivere un'esperienza universale e primaria che dovrebbe costituire "la condizione di pensabilità e possibilità dell'etica"⁹⁰. Questa concezione della cura come universale è presente in tutte le autrici considerate - da Gilligan a Held, da Noddings a Tronto - ed è un aspetto fondamentale di cui tener conto per cogliere il senso della sfida che l'etica della

⁹⁰ Palazzani 2012, p. 129.

cura pone alle morali tradizionali. Per questo considerare l'etica della cura un'etica femminile, o un'etica per le donne⁹¹, appare a tratti una strategia volta a minimizzarne la portata⁹².

Certo un rapporto tra cura e femminile permane, ma va considerato come un dato empirico più che ontologico, dovuto alle condizioni storiche e culturali che continuano a far sì che la maggior parte delle relazioni di cura vedano donne nel ruolo di *care-givers*⁹³. Questo aspetto della cura ha costituito un problema per molte femministe⁹⁴, per le quali la cura appare inestricabilmente legata a divisioni di genere oppressive e quindi contraria al progetto femminista. Alcune di queste obiezioni riguardano l'etica della cura vista come pensiero della differenza e quindi cadono di fronte a proposte che presentano la cura come imperativo morale universale e non tendenza innata per le donne. Altre obiezioni, invece, si concentrano sul rischio che un'etica della cura possa diventare un'ideologia che giustifica l'oppressione femminile, esaltando relazioni che a molte donne sono imposte. Questo genere di obiezioni nasce per lo più dall'opera di Noddings, che in effetti in *Caring* non si occupa delle condizioni concrete in cui la cura si esplica. Tuttavia, anche in seguito a queste prime critiche, le teoriche della cura hanno successivamente dedicato molta attenzione alle relazioni di cura concrete e alle dinamiche che le caratterizzano. Autrici come Tronto e Kittay, in particolare, si sono concentrate sugli ostacoli politici e sociali che rendono difficili le buone pratiche di cura e hanno contribuito a difendere l'importanza della cura come ideale non solo etico, bensì allo stesso tempo politico. Ritengo che questa rivendicazione sia una

⁹¹ Come fanno H. Kuhse, P. Singer e M. Rickard (Kuhse *et al.* 1998).

⁹² Sospetto espresso per esempio in Laugier 2010.

⁹³ Un altro elemento che sembra rinforzare il legame tra cura e femminile è il richiamo alla relazione di cura materna come modello di riferimento. Tuttavia va detto che non tutte le autrici condividono l'idea che le cure materne possano costituire l'archetipo delle relazioni di cura - e alcune propongono altri modelli, come l'amicizia o la sorellanza. Inoltre, si può sostenere che ciò che interessa maggiormente nelle cure materne è l'accudimento genitoriale, non esclusivamente la figura della madre - si pensi per esempio a Ruddick.

⁹⁴ Su questo tema si veda Bubeck 1998.

conquista del dibattito sulla cura⁹⁵ che, oltre a rendere l'etica della cura più coerente con il femminismo, contribuisce a renderla più credibile proprio perché risponde alle accuse di idealizzazione e al conseguente rischio di favorire dinamiche di sfruttamento. Le critiche relative ai rischi di sfruttamento sono però strettamente legate a un'altra questione molto ricorrente nel dibattito: quella del rapporto tra cura e giustizia.

1.6.2 Sul rapporto tra cura e giustizia

Anche la questione del rapporto tra cura e giustizia⁹⁶ nasce con *In a Different Voice* di Carol Gilligan, opera nella quale l'autrice individua due diversi approcci al ragionamento morale. La prospettiva basata sulla giustizia corrisponderebbe alla maturità morale come definita da Kohlberg, quindi alla tendenza a ragionare richiamandosi a principi universali e imparziali, mentre la prospettiva incentrata sulla cura rappresenterebbe una voce diversa e finora trascurata, che nell'esprimere un giudizio morale tende a valorizzare gli elementi contestuali ed emotivi della situazione. A partire da questa descrizione di Gilligan che vede i due orientamenti come opposti tra loro – pur ritenendo che nella maggior parte dei casi convivano nella stessa persona – le categorie di cura e giustizia si sono in qualche modo ipostatizzate, dando origine a un dibattito spesso confuso in quanto condotto a diversi livelli non sempre distinti tra loro.

Un primo livello⁹⁷ della discussione riguarda l'opposizione tra cura e giustizia come prospettive, approcci al ragionamento morale, così come

⁹⁵ Di questo parere sono anche i curatori di un recente volume sull'etica della cura (Viafora - Zanotti - Furlan 2007) che mira a valorizzare due articolazioni particolarmente promettenti del discorso sulla cura: quella antropologica e quella etico-politica.

⁹⁶ Sul rapporto tra cura e giustizia si vedano: Card 1990; Houston 1990; Nelson 1992; Bubeck 1998; Carse 1998; Little 1998; Veatch 1998; Kuhse *et al.* 1998; Held 2006; Nordhaug - Nortvedt 2011.

⁹⁷ Cercherò qui di distinguere i diversi livelli a cui il discorso sul rapporto tra cura e giustizia può essere riferito, pur nella consapevolezza che questi livelli sono strettamente legati tra loro e quindi in alcuni casi sovrapposti.

presentati da Gilligan. Derivare dalla sua descrizione un'opposizione tra un'etica della giustizia e un'etica della cura è del tutto improprio, in quanto l'autrice non descrive due teorie, bensì due distinti approcci alla morale (sia al giudizio che alla teorizzazione morale) guidati dall'enfasi su aspetti diversi dell'etica⁹⁸. A questo livello, dunque, l'opposizione riguarda due diversi paradigmi di pensiero ed è abbastanza generica in quanto non entra nel merito di specifiche tesi morali ma concerne piuttosto alcuni presupposti delle teorie stesse. Come vedremo a breve, questo livello del dibattito risulta molto fecondo se interpretato nei termini appena proposti. Tuttavia a questo livello si situano anche, più semplicemente, le varie discussioni su come interpretare l'opera di Gilligan e la sua idea che la voce della cura e della giustizia non possano essere pienamente integrate tra loro, ma siano entrambe irrinunciabili, per cui la maturità morale sarebbe legata all'abilità di approcciare i problemi in entrambi i modi.

Un secondo livello della discussione riguarda più direttamente l'ambito morale ed è legato ai tentativi di elaborazione filosofica di un'etica della cura. La quasi totalità delle autrici che parlano di un'etica della cura lo fa contrastandola con un'etica della giustizia. In questo contesto tendenzialmente con "etica della giustizia" le autrici si riferiscono all'etica *mainstream*, riunendo sotto la stessa etichetta le teorie morali dominanti oggi, vale a dire le teorie kantiane/deontologiche e le teorie utilitariste/conseguenzialiste. L'opposizione riguarda la rappresentazione dei principali aspetti della moralità ed è quindi alla base di due visioni molto diverse dell'etica. Kittay⁹⁹, per esempio, articola il contrasto a sei livelli. Il primo riguarda l'agente, che un'etica della cura considera relazionale e vulnerabile (non autonomo) e interdipendente (non indipendente e autodeterminato). Inoltre, l'etica della cura afferma che le relazioni morali possono essere asimmetriche (non per forza tra eguali) e che riguardano persone viste nella loro concretezza; ancora, sostituisce all'enfasi sui diritti e sulla non interferenza l'attenzione per le

⁹⁸ Si veda Little 1998.

⁹⁹ Kittay 2006.

responsabilità e la responsività, immaginando un legame tra agenti basato sulla fiducia e sulla dipendenza, invece che meramente contrattualistico. A un terzo livello l'etica della cura offre una diversa immagine del processo deliberativo, visto come un processo narrativo basato su una sensibilità al contesto, ai bisogni e alle capacità degli agenti e non come l'applicazione di una sorta di calcolo razionale in grado di portare alla corretta soluzione di un problema morale considerato solo in astratto. A un quarto livello l'autrice rende conto del fatto che l'etica della cura - in virtù della sua valorizzazione della prossimità e della parzialità, oltre che del contesto - è spesso considerata appropriata per il privato, mentre l'etica della giustizia con la sua enfasi su universalità e imparzialità sembra più applicabile al contesto delle decisioni pubbliche¹⁰⁰. Inoltre l'etica della cura dà una diversa rappresentazione degli obiettivi delle relazioni umane, volte a coltivare il benessere e a rispondere ai bisogni altrui piuttosto che a proteggere i diritti di ciascuno e a garantire la reciproca non interferenza. Infine, il sesto punto riguarda il concetto di danno morale: l'etica della cura individua il male nell'abbandono, nell'indifferenza per la vulnerabilità altrui e nella cessazione delle relazioni, mentre l'etica della giustizia individua il male nella violazione dei diritti, nella discriminazione, nell'interferenza. Così delineate, le differenze tra etica della giustizia ed etica della cura sembrano configurare due paradigmi morali¹⁰¹ agli antipodi, guidati dall'enfasi su aspetti opposti della vita etica.

A questo livello la maggior parte delle autrici concorda nell'evidenziare l'opposizione tra cura e giustizia, anche perché è proprio in virtù della sua forza critica che l'etica della cura viene presentata come un correttivo al predominio del paradigma della giustizia. Ciò è reso molto chiaro da Virginia Held¹⁰², che sottolinea che il vero obiettivo polemico è la primarietà di solito riconosciuta

¹⁰⁰ Kittay sottolinea come questa sia una posizione discussa, e in effetti come si è visto uno degli obiettivi delle femministe è proprio superare questa separazione tra pubblico e privato e difendere l'applicabilità dell'etica della cura anche in ambito pubblico.

¹⁰¹ Nel senso prima illustrato in riferimento a Gilligan.

¹⁰² Held 2006, in particolare i capitoli 1, 4, 5, 6.

alla giustizia rispetto alla cura. L'etica della cura non vuole quindi portare a una negazione *in toto* della prospettiva della giustizia, bensì a un ridimensionamento dell'indebita espansione dell'individualismo liberale¹⁰³ a tutta la moralità. Oltre a sostenere la non inferiorità della prospettiva della cura, però, l'autrice difende la tesi che essa sia una rappresentazione migliore dell'uomo e della moralità e che la cura sia primaria rispetto alla giustizia. Per quanto riguarda il primo aspetto¹⁰⁴ Held¹⁰⁵ sostiene che la critica dell'etica della cura si articola in due punti: da un lato si afferma che il modello contrattualistico liberale – basato sull'idea di persone libere, eguali, razionali e imparziali – sia una rappresentazione distorta della realtà, che trascura aspetti fondamentali delle relazioni umane ma pretende di avere valore universale, rivelandosi inadatto non solo come modello per la sfera privata ma anche per quella pubblica, a causa del non riconoscimento dei bisogni di cura sia individuali che sociali; dall'altro si ritiene che, anche volendo concedere che sia una descrizione adeguata della realtà, il modello contrattualistico non è un *buon* modello delle relazioni tra persone, in quanto la sua enfasi sull'imparzialità corre il rischio di incentivare l'indifferenza per gli altri, che non può certo essere preferibile moralmente all'attenzione reciproca che l'etica della cura promuove. Held è comunque molto chiara nel ribadire che, per quanto cura e giustizia siano contrapposte, l'etica della cura femminista non vuole certo negare le importantissime conquiste a cui il liberalismo politico ha portato, bensì vuole ridimensionarne la portata e rivalutarne criticamente la presunta assoluta priorità in molti ambiti.

In conclusione, a questo secondo livello della discussione emerge una netta contrapposizione tra due prospettive morali, considerate ancora in modo

¹⁰³ Notiamo che per Held, come per altre autrici, esponente chiave della "giustizia" è il liberalismo, la cui immagine dell'uomo – l'uomo economico razionale – si ritiene essere alla base delle teorie morali oggi più diffuse.

¹⁰⁴ Mi occuperò del secondo aspetto in seguito, in quanto riguarda più da vicino un altro livello del rapporto tra cura e giustizia: quello che li vede contrapposti come principi.

¹⁰⁵ Held 2006, capitolo 5.

abbastanza generico. L'exasperazione della contrapposizione è qui funzionale a far emergere la novità rappresentata dalla prospettiva della cura e la sua forza critica: le autrici stesse ne sono consapevoli, così come sono consapevoli dell'importanza del paradigma che criticano con veemenza più per riuscire a far ascoltare la voce della cura che per abolire del tutto le considerazioni di giustizia.

C'è tuttavia un terzo livello del dibattito, al quale si discute di cura e giustizia in modo più specifico. A quest'altro livello, infatti, le critiche alla giustizia sono interpretate come critiche all'imparzialità che accomuna le diverse teorie etiche indicate dall'espressione "etica della giustizia". Anche in questo caso il dibattito è a tratti esasperato, con l'assunzione di modelli di imparzialità eccessivamente rigidi da parte dei sostenitori della cura e una certa sbrigatività nel liquidarne le critiche da parte dei sostenitori della giustizia. Le critiche riguardano in particolare l'adeguatezza di modelli di deliberazione e giustificazione morale incentrati sul requisito di imparzialità e sull'applicazione di principi universali tramite la capacità di astrarre dal caso particolare e generalizzare.

Alisa L. Carse fa notare come non si tratti di un rifiuto generico delle capacità di astrarre e generalizzare, bensì di una critica rivolta ad approcci che invitano ad astrarre proprio da elementi che per l'etica della cura hanno una particolare rilevanza morale: "La prospettiva della cura rifiuta la tendenza prevalente in etica di interpretare come moralmente paradigmatiche forme di giudizio che astraggono dall'identità concreta e dal contesto relazionale, e di identificare la maturità morale con la capacità di giudizio astratto concepita in questi termini"¹⁰⁶. Il senso della critica all'imparzialità sta quindi nel rifiuto di un eccessivo distacco che porti a oscurare aspetti rilevanti per la deliberazione e il giudizio morali, quali le dinamiche relazionali, le sfumature emotive, il contesto concreto con le sue particolarità. In qualche modo l'etica della cura vuole richiamare l'attenzione sull'importanza delle differenze tra le situazioni, spesso oscurate dall'enfasi sulla necessità di generalizzare. Allo stesso tempo il

¹⁰⁶ Carse 1998, p. 166.

ruolo di regole e principi universali viene riconosciuto: Held¹⁰⁷, per esempio, contesta la tesi della loro assoluta priorità, sempre e comunque, e propone di distinguere alcuni contesti nei quali è legittimo che esse prevalgano. In generale comunque l'autrice rivendica la non inferiorità delle buone relazioni di cura sui principi: "A livello morale abbiamo buone ragioni per non dare la priorità a regole morali di imparzialità, ma per riconoscere quanto meno che le rivendicazioni delle relazioni di cura sono non meno fondamentali"¹⁰⁸.

La posizione degli imparzialisti è per lo più di negare che esista un conflitto tra le due prospettive¹⁰⁹, sostenendo che le preoccupazioni particolariste dell'etica della cura possono essere inglobate nelle etiche della giustizia senza difficoltà. È particolarmente importante soffermarsi su questo punto, perché tali argomentazioni porterebbero a negare che l'etica della cura possa presentarsi come una prospettiva morale distinta dalle altre. In un interessante articolo, *Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory*¹¹⁰, Alisa L. Carse esamina queste strategie difensive proponendo alcuni contro-argomenti. Innanzitutto l'autrice distingue l'imparzialità come requisito riferito alla deliberazione morale e alla giustificazione.

Nel primo caso l'imparzialità è considerata come una norma di correttezza, che prevede che nel deliberare si trattino allo stesso modo casi simili evitando "favoritismi" ingiustificati. Inoltre, si ritiene che l'azione sia guidata da principi egualmente validi per tutti gli agenti che si trovano in situazioni simili. In questo caso per conciliare cura e giustizia si può affermare che è possibile riconoscere il ruolo di specifiche obbligazioni legate alle

¹⁰⁷ Held 2006.

¹⁰⁸ *Ivi*, p. 102.

¹⁰⁹ Si veda per esempio Kuhse *et al.* 1998.

¹¹⁰ Carse 1998. L'articolo fa parte di un numero del *Journal of Medicine and Philosophy* interamente dedicato all'etica della cura, dal titolo *The Chaos of Care and Care Theory*, che comprende diversi contributi di rilievo, tra i quali spiccano quelli di Margaret Olivia Little e Robert M. Veatch, peraltro curatori del fascicolo (*"Journal of Medicine and Philosophy"*, 23/2 (1998), pp. 127-224).

relazioni che contraddistinguono il contesto dell'azione e inserire diversi particolari tra le caratteristiche rilevanti della situazione in questione, così come che è possibile utilizzare principi imparziali più specifici che non per questo perdono la loro forza normativa universale. Le obiezioni a questa strategia sono tre. Da un lato essa comporta una tesi problematica sul contenuto dei principi: per rimanere coerenti con la nozione di imparzialità, infatti, essi devono mantenere un significativo livello di generalità e non possono rendere conto a pieno della complessità delle situazioni invocata dall'etica della cura. Inoltre, anche ammettendo la possibilità di considerare con imparzialità molti elementi concreti delle situazioni, il modello imparzialista continua a basarsi su un'immagine dell'agente - dedito a generalizzare dalla sua situazione per individuare casi simili - radicalmente diversa da quella proposta dall'etica della cura: "Per la prospettiva della cura il giudizio morale non è caratterizzato da una coscienziosa osservanza dei principi [...] Il giudizio morale, comprese le forme paradigmatiche di giudizio morale, può essere generato dalla risposta diretta a un altro, senza alcuna guida o mediazione da parte di considerazioni categoriche"¹¹¹. Il modello imparzialista non è in grado di rendere conto della responsabilità morale che caratterizza la cura, che rivendica l'importanza di risorse morali che vanno al di là della capacità di applicare principi universali. Questo ci porta alla terza obiezione, che riguarda proprio il diverso modello di capacità morali proposto dai due approcci: "Un resoconto del giudizio morale come imparziale e derivato da principi per un'etica della cura non può fornire un'immagine completa di come arriviamo a giudicare correttamente cosa dobbiamo fare, indipendentemente da quanto complessa e ricca di sfumature - da quanto *encumbered* - la rappresentazione dei principi morali possa essere"¹¹².

L'imparzialità può però essere intesa anche come requisito essenziale per la giustificazione morale. In questo caso non si richiede quindi che l'agente agisca in base a considerazioni imparzialistiche, ma semplicemente che tali considerazioni assumano un ruolo rilevante nel momento di riflettere

¹¹¹ Carse 1998, p. 157.

¹¹² *Ivi*, p. 161.

sull'azione e sulle regole morali. Si può quindi sostenere che, anche se le azioni sono intraprese in base a una deliberazione conforme all'immagine che ne dà l'etica della cura, di fatto di ogni azione che risulterebbe giusta per l'etica della cura si può dare una giustificazione in termini imparzialistici. Tuttavia per un sostenitore della cura questo non può essere sufficiente, in quanto il valore morale delle relazioni viene riconosciuto solo in modo secondario e nella misura in cui risulta coerente con i principi universali: "Le nostre vite affettive e i nostri legami personali non sono collocati tra le obbligazioni primarie, che riguardano solo forme di giustizia imparziale e rispetto. Di fatto, molte delle richieste legate alla cura da un punto di vista imparziale di questo genere risulterebbero non obbligatorie – buone ma né necessarie né moralmente degne di per sé"¹¹³. Di conseguenza anche in questo secondo caso emerge un'irriducibilità dell'assiologia proposta dall'etica della cura rispetto a quella dell'etica della giustizia, in virtù del suo richiamo ad assumersi le responsabilità che derivano dall'incontro con l'altro, un altro vulnerabile e relazionale, definito dalle sue concrete peculiarità. Mi pare che queste considerazioni di Carse siano efficaci nell'argomentare a favore dell'originalità dell'etica della cura e della sua irriducibilità ad altri approcci morali. Allo stesso tempo, mi sembra che anche da questo terzo livello della discussione sul rapporto tra cura e giustizia, oltre a confermarsi la tendenza all'opposizione tra i due orientamenti, emerga come preponderante la forza critica della prospettiva della cura, in parte a discapito della *pars construens* che, per quanto chiara nel delineare una certa immagine del soggetto morale e dell'azione, manca di teorizzazioni dettagliate.

Un quarto e ultimo livello del dibattito sul rapporto tra cura e giustizia che mi sembra giusto menzionare non riguarda la dimensione formale – quindi cura e giustizia viste come diverse prospettive o teorie morali – ma si occupa di aspetti più di contenuto¹¹⁴, considerando cura e giustizia come due diversi valori o principi morali. A questo livello le cose cambiano, in quanto a prevalere

¹¹³ Carse 1998, p. 164.

¹¹⁴ Bubeck suggerisce di suddividere la riflessione su cura e giustizia in questi due soli livelli: formale e di contenuto (Bubeck 1998).

non è la tesi di una netta opposizione tra cura e giustizia, bensì la tendenza è di accettare il ruolo fondamentale della giustizia come valore o principio morale. Questa accezione è presente anche in Gilligan, che a volte passa dal riferirsi a cura e giustizia come prospettive al considerarle come valori. I due significati vanno invece nettamente distinti per poter comprendere perché risulti coerente parlare di un'etica della cura che riconosce la giustizia come valore pur rimanendo in opposizione a un'etica della giustizia. In effetti, molte autrici – anche in risposta alle accuse¹¹⁵ sui rischi di sfruttamento e di eccessiva parzialità legati a un'idea di cura del tutto dimentica della giustizia – hanno argomentato a favore di un'integrazione di cura e giustizia, riconoscendo che la cura senza alcuna giustizia non è buona cura. Come si è visto, autrici come Tronto, Kittay e Held hanno proposto modelli di cura strettamente legati a preoccupazioni di giustizia, in parte riconoscendo che questioni di giustizia emergono dalla cura stessa (si pensi al rischio di sfruttamento del *care-giver* e alla distribuzione sociale del lavoro di cura), in parte lavorando per estendere la cura alla dimensione politica e sociale. L'autrice che si è maggiormente occupata della questione è Virginia Held, che sostiene che per quanto cura e giustizia non vadano considerate come incompatibili va riconosciuta primarietà alla cura. La cura è infatti il valore più essenziale: in quanto fondamentale per la vita ha priorità empirica e normativa sugli altri valori, compresa la giustizia. Questo non significa che la cura sia l'unico valore morale e che alla cura vada ricondotta l'intera moralità – si tratterebbe di un riduzionismo inaccettabile. Ciò che Held propone è di considerare le relazioni di cura come la cornice morale più ampia in cui inquadrare altre considerazioni, comprese quelle legate al principio di giustizia: “Dal punto di vista della cura, le persone sono esseri relazionali e interdipendenti, non gli individualistici e autonomi agenti razionali della prospettiva della giustizia e dei diritti. Questa concezione relazionale è la concezione migliore degli esseri umani, di persone impegnate a sviluppare la moralità umana. Possiamo decidere di trattare queste persone *come* individui, portatori di diritti individuali, per costruire istituzioni politiche,

¹¹⁵ Si vedano Card 1990 e Nelson 1992.

legali e di altro tipo che siano giuste. Ma non dobbiamo dimenticare la realtà e la moralità che questa idea mette in ombra. Le persone *sono* relazionali e interdipendenti. Possiamo e dobbiamo dare valore all'autonomia, ma essa dev'essere sviluppata e mantenuta all'interno di una struttura di relazioni di fiducia"¹¹⁶. A questo livello sembra così emergere una dimensione più costruttiva della prospettiva basata sulla cura, legata al riconoscimento del ruolo di altri valori nel panorama morale e allo stesso tempo alla tesi forte della primarietà della cura.

In conclusione, il rapporto tra cura e giustizia è un tema estremamente articolato, che chiama in causa diversi livelli di concettualizzazione. La questione può essere affrontata in diversi modi dal punto di vista formale e risulta per lo più caratterizzata dall'opposizione tra due distinti approcci alla morale. Tuttavia, se analizzata da un punto di vista contenutistico, tale netta contrapposizione lascia spazio a proposte volte a integrare due valori fondamentali in un'unica prospettiva.

1.6.3 Etica della cura e filosofia morale

Dopo questa lunga ricognizione dei risultati della riflessione femminista statunitense sull'etica della cura, è giunto il momento di interrogarsi sulla natura delle proposte esaminate, in particolare chiedendosi se siano in grado o meno di delineare una specifica teoria morale.

Considerando in prima battuta la definizione di teoria morale in senso ampio proposta da Roberto Mordacci possiamo dire che "una teoria morale è costituita dalla *riflessione critica* sulla moralità, in termini sia di *analisi* del linguaggio morale, sia di ricerca di *criteri normativi* generali per orientare l'azione, sia di riflessione normativa su *problemi particolari*"¹¹⁷. Queste tre parti del discorso morale corrispondono a metaetica, etica normativa e casistica; tuttavia lo stesso autore sottolinea come in senso più ristretto l'idea di teoria

¹¹⁶ Held 2006, p. 72.

¹¹⁷ Mordacci 2003, p. 19.

morale si riferisca anzitutto all'etica normativa. In base a questa definizione, sia nel senso ampio sia in quello ristretto, le proposte legate alla cura sembrano non riuscire a configurarsi come vere e proprie teorie morali¹¹⁸.

In effetti dall'analisi fin qui svolta è emersa la mancanza di un'opera fondativa e di conseguenza la mancata condivisione da parte delle diverse autrici di alcune tesi etiche di base. Di sicuro alla riflessione sulla cura manca l'attenzione per metaetica¹¹⁹ e casistica, ma anche concentrandosi sulla sola etica normativa sorgono delle perplessità¹²⁰. Per quanto dal dibattito emerga una visione della vita buona di un certo tipo, insieme all'identificazione di un valore morale fondamentale quale quello della cura, tale elaborazione risulta insufficiente. Manca infatti una definizione precisa e condivisa della cura stessa, che sembrerebbe dover costituire il nucleo normativo di questa nuova proposta etica e, allo stesso tempo, non è chiaro il ruolo che la cura dovrebbe ricoprire. Mentre Noddings sembra far coincidere l'intera moralità con la cura, Held considera questa posizione eccessivamente riduzionista e propone di integrare la cura e altri valori in una teoria morale più comprensiva ancora da elaborare. Altre autrici come Tronto e Kittay si preoccupano più di sottolineare i risvolti politici e sociali dell'idea di cura che di soffermarsi a chiarirne gli aspetti più propriamente etici. Di conseguenza le accuse di vaghezza normativa mosse all'etica della cura appaiono giustificate, e portano a dubitare che si possa parlare di una vera e propria teoria etica.

Pur riconoscendo questa incompletezza teorico-normativa degli approcci basati sulla cura, ritengo che essi mantengano considerevoli elementi di forza. Innanzitutto le mancanze teoriche appaiono in parte legate a un progetto in divenire e nessuna delle autrici, a ben vedere, cerca di presentare la sua opera

¹¹⁸ Naturalmente è possibile obiettare che l'etica della cura potrebbe non voler essere una teoria morale, assumendo una posizione critica contro il ruolo della teorizzazione in etica. Questo approccio anti-teorico sembra caratterizzare però solo la prima opera di Noddings - i cui limiti ho messo in luce in precedenza - mentre le altre autrici non arrivano a mettere in questione tale aspetto della tradizione morale occidentale.

¹¹⁹ Intesa soprattutto come analisi del linguaggio morale.

¹²⁰ Si veda su questo Veatch 1998.

come una teoria esaustiva della cura. Inoltre, la vaghezza sembra essere il risultato della propensione critica dell'etica della cura, che nasce e continua a presentarsi in contrapposizione alla morale tradizionale "della giustizia", investendo molto sulla *pars destruens* a discapito della *pars construens*.

Ma, soprattutto, la forza della prospettiva della cura emerge se si adotta una visione più ampia della morale e non la si valuta solo in termini di teoria normativa. L'etica della cura, infatti, propone tesi rilevanti a livello di etica fondamentale¹²¹, occupandosi di alcuni presupposti della teorizzazione etica, quali la visione dell'uomo e la considerazione di esperienze fondanti per la morale stessa. Il modello della cura è infatti convincente nella misura in cui sostiene di riferirsi a un'esperienza umana universalmente condivisa e si riferisce a un'antropologia ben precisa. Credo che questi due aspetti in particolare siano risorse di grande potenziale per la riflessione sulla cura e, nel prossimo capitolo, cercherò di approfondirli anche tramite il riferimento a tradizioni di pensiero non femministe. Inoltre, a mio parere, nonostante i suoi attuali limiti sul piano dell'etica normativa, l'approccio alla cura si configura come un elemento di novità nel panorama della filosofia morale, dotato di una forza per molti aspetti rivoluzionaria. Questo si può cogliere se si interpreta la prospettiva della cura come un nuovo paradigma etico che "non riguarda tanto nuovi approcci morali quanto una trasformazione dello statuto stesso e del senso dell'etica"¹²². In tale accezione, la cura mette in questione i presupposti su cui le teorie morali odierne si basano, criticando l'enfasi su alcune specifiche preoccupazioni che ha influenzato l'elaborazione di queste stesse teorie: "Gli schemi seguiti dalla filosofia morale occidentale dall'Illuminismo in poi mostrano una tradizione intellettuale le cui preoccupazioni sono quelle della prospettiva della giustizia"¹²³. Ciò che l'approccio della cura vuole mettere in questione è la legittimità di porre solo queste preoccupazioni al centro,

¹²¹ Così la definisce per esempio Da Re (Da Re 2003, p. 131) che sottolinea inoltre come una riflessione morale di carattere fondamentale spesso necessita "di sconfinare in una riflessione anche antropologica" (*Ivi*, p. 153).

¹²² Laugier 2010, p. 116.

¹²³ Little 1998, p. 196.

difendendo invece la necessità di inserire anche le rivendicazioni della cura tra i presupposti della teorizzazione morale. Per quanto il dibattito sulla cura non sia pienamente efficace sul piano teorico e normativo, esso ha un grande rilievo nella misura in cui porta l'attenzione sui presupposti antropologici che influenzano grandemente il modo in cui una teoria morale viene elaborata. L'approccio della cura si configura così come un cambio di paradigma, di *Gestalt*¹²⁴, che propone una visione dell'uomo e delle relazioni opposta all'individualismo illuminista che ancora permea le teorie morali¹²⁵. In questo senso la prospettiva della cura risulta innovativa, perché presenta una certa visione dell'uomo – come essere relazionale, interdipendente, vulnerabile – che, anche se non del tutto inedita in sé, viene però proposta come punto di partenza per ripensare alcuni dei presupposti più radicati nel pensiero morale. Ciò non significa negare l'importanza che le idee di individuo, di diritti o di uguaglianza hanno avuto nella storia del pensiero e i progressi a cui hanno portato, bensì invitare la riflessione morale a ripensare se stessa a partire da nuove enfasi, nuovi presupposti. La strada da percorrere è certo ancora lunga, ma mi sembra importante sottolineare il ruolo ricoperto dalle riflessioni femministe in questo progetto: far intravedere la possibilità di focalizzarsi su un diverso valore fondamentale che cerchi di rispecchiare la vulnerabilità umana e la dimensione della dipendenza, chiedendo all'etica di essere qualcosa di più di una garante imparziale del rispetto e di diventare promotrice della relazionalità umana nella sua pienezza.

¹²⁴ Sull'approccio della cura come *Gestalt* e sul suo rapporto con la teoria si veda Little 1998 che, a partire dall'interpretazione di Gilligan, svolge riflessioni di grande rilievo per il dibattito sullo statuto dell'etica della cura.

¹²⁵ Sembra pertinente notare che il ruolo dell'individualismo risulta particolarmente esasperato nel contesto filosofico americano, il che può in parte spiegare la nascita proprio negli Stati Uniti di una corrente tanto critica nei suoi confronti quale quella della cura. Ciò tuttavia non rende tali critiche meno importanti per la filosofia morale europea.

2. CURA ED ETICA

Per approfondire ulteriormente l'analisi dell'idea di cura è utile esplorarne la storia antecedente alle recenti elaborazioni femministe di cui si è finora discusso. Infatti, come si è già ricordato, il concetto di cura ha origini ben più remote degli anni Ottanta del Novecento e lo si può far risalire quantomeno all'antica Roma.

Questa apparente digressione rispetto al dibattito contemporaneo servirà a valutare la possibile presenza di utili risorse concettuali poco valorizzate dalle femministe, oltre che a introdurre nella discussione autori che si sono occupati della cura a partire da orientamenti filosofici diversi dal femminismo. Per di più, quest'analisi sarà utile per arrivare a una chiarificazione del concetto di cura, presupposto fondamentale della discussione.

In seguito a questa ricognizione tornerò a focalizzarmi su alcuni elementi che a mio parere risultano caratterizzanti per un approccio morale basato sulla cura, con particolare riferimento alla dimensione universale della cura e ai suoi presupposti antropologici, legati a una visione dell'uomo come essere intrinsecamente vulnerabile e relazionale. Si tratta di elementi, in parte già presenti nelle trattazioni femministe, che meritano di essere messi a tema in maniera più esplicita in quanto rappresentano uno degli aspetti più caratterizzanti, e più fecondi, dell'etica della cura.

Infine, mi dedicherò a un bilancio dei risultati di queste due linee di indagine per riconsiderare, alla luce della chiarificazione concettuale del concetto di cura, la sua portata etica e normativa.

2.1 Breve genealogia della cura

Nel dibattito contemporaneo sulla cura ben poca attenzione è stata dedicata a un'analisi storico-genealogica del concetto di cura e dei suoi antecedenti. Il percorso di seguito proposto vuole in parte colmare tale lacuna, presentandosi come una breve genealogia della cura. Seguendo le suggestioni provenienti da Nietzsche e Foucault, intendo la genealogia come una ricostruzione di tipo storico-ermeneutico, volta a rintracciare l'evoluzione di un'idea attraverso l'analisi non solo dell'etimologia del termine e dell'origine del concetto, bensì anche dei suoi antecedenti – vale a dire di concetti affini, ma non equivalenti –, con particolare attenzione a non limitarsi alle tematizzazioni filosofiche, ma a includere nella ricognizione anche gli usi comuni, così come quelli letterari, spesso altrettanto rivelatori. A tal fine cercherò quindi di dare particolare rilievo alle testimonianze testuali legate alla storia passata del concetto di cura.

Il più importante contributo ai fini di una contestualizzazione storica della nozione di cura viene da Warren T. Reich che, nell'edizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* del 1995 da lui curata, alla voce "care" dedica ampio spazio alla storia del concetto. Reich individua infatti diversi modelli passati di cura che a suo parere possono influire e gettare luce sul dibattito attuale. La sua analisi risulta quindi un utile punto di partenza per ripercorrere la storia dell'idea di cura.

È tuttavia necessaria una precisazione. Il percorso tracciato da Reich, infatti, fa riferimento al termine inglese "care" il cui campo semantico è più ristretto di quello dell'italiano "cura". In particolare, in inglese esiste un altro termine, "cure", che in italiano è compreso a sua volta nella parola "cura" e che si riferisce ai mezzi terapeutici che hanno il fine di guarire una malattia (e per estensione può indicare un rimedio a una brutta situazione). L'analisi di Reich esclude dunque questo specifico insieme di significati, ma chiamando in causa tutte le altre sfumature della "cura" italiana costituisce comunque un valido

punto di partenza. Inoltre, pur ritenendo interessante che in italiano sia lo stesso termine a indicare le cure mediche e un atteggiamento di premurosa sollecitudine, penso che estendere l'analisi storica alla cura intesa in questo senso svierebbe il discorso, in quanto l'idea di cura di cui ci stiamo occupando e che è stata proposta come ideale etico è in effetti ben rappresentata dai significati convogliati dal termine inglese *care*¹²⁶.

Prima di procedere, trovo comunque utile soffermarci sugli attuali significati del termine italiano "cura" che, come vedremo, rivelano diversi legami con la storia che andremo a delineare. Seguendo il vocabolario Treccani¹²⁷, si possono distinguere cinque significati principali del termine.

In primo luogo troviamo il significato piuttosto positivo di interessamento solerte e premuroso per un oggetto, che impegna sia il nostro animo sia la nostra attività, per cui prendersi cura di qualcuno o di qualche cosa vuol dire occuparsene attivamente, provvedere alle sue necessità, alla sua conservazione. In questo senso la cura può indicare: riguardo, attenzione (come nelle espressioni "custodire con cura" o "aver cura di sé"); impegno, zelo ("lavoro fatto con la massima cura"); l'attività stessa in cui si è impegnati ("la cura della casa"); l'oggetto costante delle proprie attenzioni ("non avere altra cura che...").

In secondo luogo vi è il già citato utilizzo clinico del termine, per cui "cura" indica il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche che hanno il fine di guarire una malattia, con un significato simile ma più ampio rispetto alla parola "terapia" ("fare una cura", "tutte le cure sono state vane", "casa di cura"). In questo senso si usa cura anche per definire l'uso continuato di un rimedio ("fare la cura del...") o per l'opera prestata dal medico per guarire un ammalato ("avere un malato in cura").

Inoltre, "cura" può indicare un'attività di sorveglianza, assistenza o supervisione legata a un incarico ("a cura di...", "cura degli affari"). Questo significato appare legato al diritto pubblico romano, in cui la cura consisteva

¹²⁶ Essendo per di più stata elaborata in un contesto anglofono.

¹²⁷ Ho consultato la versione on-line: <http://www.treccani.it/vocabolario>.

nell'attribuzione a magistrati straordinari di compiti particolari che le magistrature ordinarie non erano in grado di svolgere. Per estensione, nel Medioevo, il termine sarebbe poi arrivato a indicare l'attività di governo e il dovere legato a una carica.

In una quarta accezione, l'italiano mantiene traccia della tradizione della *cura d'anime*, nel senso di governo delle coscienze, per cui la cura è arrivata a indicare il ministero che esercita il sacerdote (il "curato") nella sua parrocchia, oltre che l'insieme dei fedeli a lui affidati e persino il luogo in cui si trovano la casa parrocchiale e la chiesa. Quest'ultimo utilizzo si trova per esempio ne *I promessi sposi* riferito alla dimora di don Abbondio: "quella [viottola] a destra saliva verso il monte, e menava alla cura"¹²⁸.

Infine troviamo il significato, per lo più d'uso letterario, di cura come affanno, preoccupazione, pensiero molesto. Come si vedrà a breve, si tratta di un'accezione legata al termine latino *cura*, che in italiano si è mantenuta soprattutto nel linguaggio letterario e nell'uso al plurale. Tutta la potenziale negatività della cura così intesa si trova per esempio nei *Sonetti* di Foscolo, in particolare *In morte del fratello Giovanni* in cui il poeta piange la morte del fratello, suicidatosi: "Sento gli avversi numi, e le secrete / cure che al viver tuo furon tempesta, / e prego anch'io nel tuo porto quiete".

Dopo aver visto quali sono i principali significati attuali del termine, possiamo ora a esaminarne la storia.

2.1.1 La *cura* nella Roma antica

Il primo contesto di elaborazione del concetto di cura considerato da Reich è l'antica Roma. Il termine latino *cura* convogliava in sé due significati diversi e in contrasto tra loro: da un lato indicando preoccupazione, ansia; dall'altro definendo l'azione di provvedere al benessere altrui e quindi un'attitudine alla devozione e alla sollecitudine. La connotazione negativa della

¹²⁸ Manzoni A., *I promessi sposi*, Archimede Edizioni, Milano 1993, p. 24.

cura si ritrova per esempio nell'*Eneide*, in cui Virgilio pone la cura tra le personificazioni che Enea incontra sulla soglia del regno di Ade:

“Davanti al vestibolo, e proprio sulla bocca dell’Orco, / il Pianto ha posto il suo covo e i vendicatori Rimorsi [*ultrices Curae*], / i pallidi Morbi v’han casa e l’isterilita Vecchiezza, / la Paura e la Fame dal mal consiglio e, brutto, il Bisogno, / fantasmi a vedersi terribili, e la Morte e l’Affanno: / poi, fratello alla Morte, il Sonno e gli impuri Tripudii / del cuore, e sopra la soglia la Guerra, che semina morte: / e i ferrei talami delle Furie e la pazza Discordia, / che annoda i serpenti del capo con bende cruento”¹²⁹.

Il termine cura, qui usato al plurale, rivela una connotazione palesemente negativa in quanto Virgilio lo inserisce all’interno di un elenco dei mali che affliggono l’umanità, insieme a vecchiaia, guerra, paura, fame e morte. Il significato a cui rimanda è quindi quello di inquietudine, affanno, preoccupazione, ansia; inoltre, Virgilio accosta alla cura l’aggettivo *ultrix* (vendicatore - spesso usato come epiteto delle Erinni), a evidenziare ulteriormente la dimensione di afflizione a essa legata.

Tuttavia, a questo significato funesto si accompagna un’accezione del termine ben diversa, reperibile per esempio in Seneca, autore di poco successivo a Virgilio¹³⁰. Seneca considera infatti la cura di sé come un elemento indispensabile del processo di vita che può portare alla saggezza e avvicinare l’uomo a dio. Nelle *Lettere a Lucilio* Seneca afferma che l’uomo e dio:

“Hanno la stessa natura razionale, ma differiscono perché l’una è immortale, l’altra mortale. Il bene dell’uno, evidentemente quello di dio, è un privilegio della sua stessa natura; il bene dell’altro, cioè dell’uomo, gli deriva dall’opera [*cura*] sua”¹³¹.

La cura di sé raccomandata da Seneca, di matrice stoica, rientra all’interno delle pratiche di vita ben descritte da Michel Foucault in *L’ermeneutica del soggetto*. Non è questo il luogo di approfondire la tematica della cura di sé nel pensiero

¹²⁹ Virgilio, *Eneide* (VI, 273-281), trad. it. di R. Calzecchi Onesti, Einaudi, Milano 1989, p. 221.

¹³⁰ Virgilio morì infatti nel 19 a.C., mentre Seneca nacque nel 4 a.C.

¹³¹ Seneca, *Lettere a Lucilio* (124, 14), trad. it. a cura di G. Monti, BUR, Milano 1989, vol. II, p. 1063.

antico, basti solo ricordare come per Seneca l'espressione indicasse un impegnativo processo spirituale volto al miglioramento di sé, da proseguire per tutta la vita e necessario a tutti gli uomini. Questo percorso era contraddistinto da una serie di pratiche: esercizi sia fisici sia mentali, accompagnati dallo sforzo di interiorizzare *logoi* veri in grado di guidare il soggetto nei momenti di difficoltà. Per il mondo romano la cura di sé comprendeva dunque la cura per il proprio corpo e il proprio spirito allo stesso tempo¹³² e il termine *cura* poteva indicare un atteggiamento di premurosa sollecitudine e partecipata attenzione verso di sé e verso gli altri ben lontano dalle connotazioni virgiliane.

Questa sostanziale ambiguità del termine si ritrova anche in un mito riportato da Igino, autore vissuto probabilmente all'epoca di Augusto¹³³, chiamato il mito di Cura:

“Cura nell'attraversare un fiume, vide del fango argilloso, lo raccolse pensosa e cominciò a modellare un uomo; mentre stava osservando ciò che aveva fatto, arrivò Giove. Cura gli chiese di dar vita alla statua e Giove la esaudì senza difficoltà; ma quando Cura volle dargli il proprio nome, Giove glielo proibì e disse che doveva dargli il suo. Mentre Giove e Cura discutevano sul nome, intervenne anche la Terra, dicendo che la creatura doveva avere il suo nome, poiché era stata lei a dargli il corpo. Elessero a giudice Saturno, che a quanto pare diede un parere equo: ‘Tu, Giove, perché gli hai donato la vita [...] ne riceverai il corpo. Cura, poiché per prima lo ha modellato, lo possegga finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami uomo, poiché è fatto di *humus*’”¹³⁴.

Reich si sofferma con attenzione su questo mito, citato come è noto anche da Heidegger, ritenendo che esso possa ben sintetizzare gli elementi principali caratterizzanti la nozione di cura. Nella sua interpretazione egli si basa sulla

¹³² Si veda a tal proposito la lettera 15, in cui comunque Seneca afferma il primato della cura dell'animo.

¹³³ Di questo parere è per esempio Giulio Guidorizzi, curatore dell'edizione italiana dei *Miti*, tuttavia tale identificazione dell'autore con Caio Giulio Igino, liberto di Augusto, è molto discussa e vi sono studiosi secondo i quali l'Igino autore dei *Miti* visse invece nel II secolo d.C.

¹³⁴ Igino, *Miti*, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000, p. 136.

versione di H.J. Rose che – nella sua edizione del testo del 1937 – propone di integrare come segue la lacuna nel testo:

“Giove, poiché gli hai dato lo spirito, [prendi la sua anima dopo la morte; poiché Terra offri il suo corpo] ch’ella riceva il suo corpo”¹³⁵.

In base a questa versione Reich ritiene che per quanto nel mito prevalga il significato positivo della cura come sollecitudine, rimanga presente una tensione tra le dimensioni dello spirito (donato da Giove) e del corpo (fatto di terra) che la cura dovrà tenere insieme durante la vita, ma finiranno per separarsi dopo la morte. Tuttavia, ciò che è davvero rilevante nel mito non è tanto questo parziale permanere di un’ambiguità legata alla cura, quanto il ruolo primario che alla cura viene attribuito per la vita umana. Si tratta infatti di un mito delle origini che “presenta un’immagine allegorica del genere umano in cui la caratteristica più importante delle origini, della vita e del destino degli uomini è il loro essere oggetto di cure”¹³⁶. Il mito assegna dunque alla cura un ruolo primario nella vita umana, il ruolo di plasmare gli esseri umani, farne ciò che sono e possederli per tutta la vita. “In contrasto con l’immagine degli umani perennemente in guerra nella storia hobbesiana, questo mito ci dice che ognuno di noi è figlio della Cura: questa è la nostra identità fondamentale”¹³⁷. Reich ritiene che il riferimento a questa narrazione fondativa possa contribuire a dar forma a un’etica della cura, radicando la cura nella realtà ontologica degli esseri umani e non nel semplice sentimentalismo.

2.1.2 La tradizione della *cura animarum*

La seconda tradizione che Reich chiama in causa si intreccia in parte alla cultura latina. Si tratta delle pratiche legate alla *cura animarum*, la cui idea di prendersi cura e preoccuparsi degli altri – in particolare della loro salute

¹³⁵ Riportata in Reich 1996, p. 239.

¹³⁶ Reich 1995, p. 320.

¹³⁷ Reich 1996, p. 240.

spirituale – può essere fatta risalire fino a Socrate¹³⁸. È quindi una tradizione molto antica, oltre che vasta e articolata, che nel corso della storia ha subito diversi sviluppi legati all'evoluzione delle culture greca e latina, di correnti filosofiche come lo stoicismo, e naturalmente del pensiero cristiano. Senza addentrarmi in questa complessità, mi limito a evidenziare alcuni tratti comuni di possibile rilievo per una riflessione sulla cura. Poiché le pratiche di cura delle anime si articolano in riferimento a tradizioni di pensiero molto diverse tra loro, esse differiscono in base alla diversa interpretazione che della parola *anima* viene data all'interno di ciascun contesto. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, queste pratiche prevedevano il prendersi cura in modo integrato di anima, mente e corpo. Inoltre, ogni tradizione si faceva portatrice di una sua gerarchia di valori per valutare quali tra le cose di cui l'uomo sceglie di curarsi avessero maggiore importanza, mettendo sempre al primo posto la cura per quella che potremmo genericamente chiamare la dimensione spirituale. Così Socrate nell'*Apologia* afferma:

“In giro vado a fare solo questo: convincervi, giovani e vecchi, a non curarvi del corpo e della ricchezza prima e di più dell'anima, perché sia perfetta quanto più è possibile”¹³⁹.

Lo stesso Seneca offre un esempio di questo approccio quando raccomanda a Lucilio di esercitare lo spirito, più che il corpo:

“In ultima analisi, star bene non è altro che questo filosofare, e, senza di esso, l'animo è ammalato. Senza questo filosofare, anche il corpo, sebbene abbia un grande vigore, è in buona salute come può esserlo quello di un pazzo o di un delirante. Perciò, se vorrai stare veramente bene, preoccupati anzitutto della salute dello spirito, poi anche dell'altra, che non ti costerà molta fatica”¹⁴⁰.

La necessità di stabilire una gerarchia tra i possibili destinatari delle nostre cure è quindi una prima importante osservazione che proviene da questa tradizione.

¹³⁸ L'analisi portata avanti da W.T. Reich sembra basarsi principalmente sull'opera *A History of the Cure of Souls* di J. McNeill (McNeill 1951).

¹³⁹ Platone, *Apologia di Socrate*, 30b, trad. it. di E. Avezzù, Marsilio, Venezia 1993, 2004³, p. 81.

¹⁴⁰ Seneca, *Lettere a Lucilio* (15, 1-2), cit., vol. I, p. 131.

Reich sottolinea tuttavia un altro elemento: il fatto che essa “richiama l’attenzione sull’esperienza soggettiva di coloro che soffrono e sul loro bisogno di sollievo grazie a un interesse personale nei loro riguardi”¹⁴¹ e di conseguenza sulla necessità che chi presta le cure sia in grado di farsi interprete degli specifici bisogni di colui che soffre. Questo richiamo all’individualizzazione delle cure risulta perfettamente coerente con l’etica della cura contemporanea, e questa consonanza dimostra come alcune delle tematiche care alle femministe possano vantare una storia non trascurabile – che potrebbe allo stesso tempo costituire una risorsa preziosa per la riflessione.

2.1.3 Goethe, il *Faust* e Cura

Una terza elaborazione di rilievo dell’idea di cura si ritrova in Goethe, nel *Faust*. La cura interviene infatti alla fine del poema come personaggio, il cui nome tedesco è *Sorge* – termine che mantiene la doppia valenza e l’ambiguità del latino *cura*. Come è noto, nella prima parte del poema il dotto Faust, insoddisfatto dai limiti della conoscenza umana, stringe un patto con Mefistofele: il diavolo sarà suo compagno, pronto a esaudire i suoi desideri, e in cambio Faust diventerà suo schiavo nell’al di là. Al patto si aggiunge una scommessa da parte di Faust: “Se mai verrà il momento in cui io, appagato, mi adagi sul letto del riposo, la sia tosto finita per me! [...] Se mai dirò all’attimo fuggente: Arrestati! Sei bello! tu potrai mettermi in ceppi”¹⁴². Dopo numerose vicissitudini, conquiste e tragedie, nel quinto e ultimo atto della seconda parte del poema troviamo un Faust ormai vecchio, ricco e incontrastato signore di terre che ha strappato al mare. L’unico ostacolo al suo completo dominio sono due vecchi, Filemone e Bauci, che rifiutano di cedergli il loro podere. Faust chiede allora a Mefistofele di intervenire, ma questi fa uccidere la coppia di anziani e Faust lo maledice, rammaricandosi per l’omicidio. Faust sembra

¹⁴¹ Reich 1995, p. 321.

¹⁴² Goethe W., *Faust*, trad. it. di B. Allason, Einaudi, Torino 1965, p. 47.

persino provare rimorso per il suo patto con il diavolo¹⁴³ ed è proprio a questo punto che si inserisce la figura di *Sorge*.

“MEZZANOTTE

Entrano Quattro Donne Grigie.

LA PRIMA: Mi chiamo l’Indigenza.

LA SECONDA: Mi chiamo l’Insolvenza.

LA TERZA: Mi chiamo la Cura.

LA QUARTA: Mi chiamo la Miseria.

A TRE (*meno la Cura*): Chiusa è la porta; non possiamo entrare.

Qui abita un ricco. Non fa per noi.

L’INDIGENZA: Lì diventerei un’ombra.

L’INSOLVENZA: Lì mi ridurrei a nulla.

LA MISERIA: Volgerebbero da me il viso i viziosi dalla fortuna.

LA CURA: Voi, sorelle, non potete entrare, né vi è lecito. Ma la Cura per il buco della serratura entrerà. (*Sparisce*)”¹⁴⁴.

La Cura, qui personificata, si accompagna a figure decisamente negative (che richiamano quasi alla mente i versi di Virgilio), fatto che porta a interpretarla come preoccupazione angosciata più che come sollecitudine. Inoltre, Cura è l’unica delle quattro donne grigie a poter tormentare Faust: grazie al patto con Mefistofele Faust ha sconfitto Indigenza, Insolvenza e Miseria, ma non ha potuto liberarsi dalla Cura.

“FAUST: [...] C’è qualcuno, qui?

LA CURA: A una tal domanda devo rispondere: sì.

FAUST: Ma tu, chi sei?

LA CURA: Una che è qui.

FAUST: Vattene.

LA CURA: Sono a casa mia.

FAUST: (*a tutta prima si irrita, poi si calma e dice tra sé*) Attenzione, che non ti sfugga uno scongiuro!

LA CURA: Il tuo orecchio non mi percepisce, ma in cuore ti rimbombo; in forma varia esercito crudele potere: sulle strade, tra le onde, sono il compagno perpetuamente ansioso, mai ricercato, sempre trovato, maledetto ad un tempo e blandito. Non hai mai saputo che sia la Cura?”¹⁴⁵

¹⁴³ “Ah se potessi scartare la magia dal mio cammino, dimenticare tutte le formule e i sortilegi, stare solo di fronte a te, Natura, io, un uomo; allora di essere uomo varrebbe la pena! Tale io fui un giorno, prima di cercar la mia umanità fra le cose tenebrose, prima di maledire me e il mondo con parola sacrilega” (Goethe, *Faust*, cit., pp. 319-320).

¹⁴⁴ *Ivi*, p. 319.

¹⁴⁵ *Ivi*, p. 320, enfasi mia.

Cura descrive poi a Faust i terribili tormenti che provoca nell'uomo:

“LA CURA: Colui a cui un giorno ho preso l'anima più nulla gli gioverà il mondo intero; tenebre eterne caleranno su di lui; per lui non spunterà e non tramonterà più il sole; integri i suoi sensi, ma l'anima sarà abitata dalle tenebre; tesori intorno a lui, ma non riuscirà mai ad afferrarli; felicità e infelicità, solo fantasmi; morrà di fame in mezzo all'abbondanza; tanto le gioie che le pene le rimetterà a domani; sempre in attesa dell'avvenire, non compirà mai l'opera sua”¹⁴⁶.

Faust, anche se turbato, non cede e nega di subire i tormenti della Cura, che prima di andarsene lo acceca:

“FAUST: [...] Questa tua potenza subdola eppur terribile, o Cura, io non la riconosco.

LA CURA: Ebbene, sperimentala all'istante in cui mi volto via da te maledicendoti! Ciechi son gli uomini durante tutta la vita! diventalo tu pure o Faust! (*Gli soffia sul viso e si dilegua*)”¹⁴⁷.

Nonostante la complessità del testo goethiano, da questi passi emergono chiaramente alcune connotazioni della Cura. Oltre alla sua caratterizzazione negativa come angoscia e tormento (“sono il compagno perpetuamente ansioso”), la Cura in Faust si presenta come costitutiva del nostro essere, intrinsecamente legata alla condizione umana. Nemmeno Faust infatti riesce a sfuggirle e lei alla domanda “Chi sei?” risponde: “Una che è qui” (oltre ad affermare: “Sono a casa mia”). Ellis Dye attribuisce particolare importanza a questa risposta, ritenendo che indichi che la vera essenza della cura consista nel suo essere inevitabilmente presente nella vita umana¹⁴⁸.

Questo ruolo fondamentale per il destino di ciascuno non va però interpretato solo in senso distruttivo. Reich in particolare sottolinea come *Sorge* svolga un ruolo centrale per la salvezza di Faust – che poco dopo l'incontro con Cura muore e la cui anima viene sottratta a Mefistofele dagli angeli. In effetti, subito dopo essere stato reso cieco da Cura, Faust afferma: “Sembra calar la

¹⁴⁶ Goethe, *Faust*, cit., p. 321.

¹⁴⁷ *Ivi*, pp. 321-322.

¹⁴⁸ Dye 2009.

notte e farsi sempre più fitta, ma nell'anima splende chiara la luce"¹⁴⁹ e si ripromette di portare a compimento il suo ultimo progetto, bonificare una palude per trasformarla in un paradiso terrestre in cui molti uomini operosi si possano trasferire e vivere felici.

"FAUST: [...] A quest'opera mi sono tutto votato; ed ecco la conclusione ultima della saggezza: 'Solo chi ogni giorno deve riconquistarsela, merita la libertà, merita la vita'. Così, circondati dai pericoli, il bimbo, l'uomo, il vegliardo, trascineranno l'esistenza operosa. Oh come vorrei vedere questa folla brulicante, come vorrei stare in terra libera fra una libera gente. Allora potrei dire all'attimo fuggente: 'Arrestati, sei bello!' La traccia dei miei giorni terrestri durerà attraverso i millenni. Nel pregusto di questa sublime felicità io godo ora l'istante mio supremo!"¹⁵⁰.

Secondo Reich questa visione utopica rivela l'influenza su Faust della dimensione positiva della cura come sollecitudine, per cui la vicenda di Faust risulterebbe una parabola del ruolo della cura nel destino dell'uomo: "Ognuno deve innanzitutto affrontare il fardello che la cura rappresenta, respingendo il suo potere di consumare e distruggere, e poi trasformare questa cura, che è alla radice di tutti gli sforzi umani, in una preoccupazione positiva e premurosa per le persone e le istituzioni"¹⁵¹. Nella conclusione del *Faust* Reich individua così anche un riferimento alla dimensione politica della cura. Decisamente si tratta di un testo che si dimostra ricco di suggestioni per chiunque si voglia occupare della cura.

2.1.4 Kierkegaard e l'interesse

Il quarto momento della storia della cura tracciata da Reich comprende due pensatori, raggruppati sotto l'etichetta "approcci esistenzialisti e fenomenologici": Kierkegaard e Heidegger. Sembra tuttavia opportuno separare la trattazione dei due filosofi.

¹⁴⁹ Goethe, *Faust*, cit., p. 322.

¹⁵⁰ *Ivi*, p. 324. Udendo queste parole, Mefistofele ritiene che Faust abbia perso la sua scommessa e quindi ne provoca la morte.

¹⁵¹ Reich 1995, p. 322.

Rinvenire nel pensiero di Kierkegaard un'elaborazione dell'idea di cura appare un'operazione in parte discutibile, in quanto il lessico della cura non è particolarmente presente nelle opere del filosofo danese. Reich in effetti si riferisce a un concetto analogo, ma non del tutto equivalente: quello di interesse.

A suo parere, in Kierkegaard è possibile rintracciare un'interpretazione filosofica creativa della centralità della cura per la vita e l'autenticità umane. L'idea di cura come interesse e partecipazione sarebbe infatti alla base della concezione kierkegaardiana della filosofia, elaborata in contrapposizione alla falsità della filosofia moderna (in particolare hegeliana) e in polemica con la sua pretesa oggettività, del tutto indifferente verso l'esistere. L'opera di riferimento è il *Johannes Climacus o De omnibus dubitandum est*¹⁵², nella quale Kierkegaard voleva dimostrare l'inattuabilità delle massime proposte dai filosofi moderni attraverso il racconto dell'esperienza fallimentare di un giovane filosofo che tenta di vivere secondo il principio "*de omnibus dubitandum est*". Questa doveva infatti essere la conclusione del testo:

"Così i filosofi sono dunque peggiori dei Farisei, dei quali leggiamo che legano pesanti fardelli ma loro stessi non li sollevano con un dito. Ché in questo, nel non sollevarli loro stessi cioè, sono appunto uguali, se però i pesi possono essere sollevati. Ma i filosofi esigono l'impossibile. E così, se c'è un giovane, il quale pensa che filosofare non significhi blaterare o scrivere, ma fare sinceramente e scrupolosamente quanto il filosofo dice di fare, lo lasciano sprecare molti anni della sua vita, e quando risulta ch'era impossibile, il compito lo ha preso così profondamente che forse la sua salvezza non è più possibile"¹⁵³.

Da questa citazione emerge chiaramente l'insofferenza di Kierkegaard per la frattura tra filosofia ed esistenza che gli sembra caratterizzare il pensiero a lui contemporaneo. È in tale contesto che si inserisce una distinzione tra riflessione e coscienza che chiama in causa l'idea di interesse.

¹⁵² Kierkegaard S., *Johannes Climacus o De omnibus dubitandum est*, trad. it. di S. Davini, Edizioni ETS, Pisa 1995. Si tratta di un'opera incompiuta e mai pubblicata dall'autore, scritta presumibilmente all'inizio del 1843.

¹⁵³ *Ivi*, p. 125.

“La riflessione è la possibilità del rapporto, la coscienza è il rapporto, la cui prima forma è la contraddizione. [...] La riflessione è la possibilità del rapporto. In altri termini: la riflessione è disinteressata. La coscienza invece è il rapporto e perciò l’interesse, una doppiezza espressa perfettamente e con pregnante doppio senso nella parola interesse (*inter-esse*)”¹⁵⁴.

Reich sottolinea come la nozione di interesse – assimilabile all’idea di partecipazione e quindi di cura come sollecitudine – sia centrale per la forma più autentica di conoscenza, che presuppone un rapporto del soggetto con gli elementi della riflessione. “La coscienza è essenzialmente un atto intenzionale di mettere in relazione diversi elementi”¹⁵⁵ e questo processo chiama in causa la dimensione dell’interesse. Per chiarire la nozione di interesse (tradotta in inglese con *concern*), Kierkegaard si riferisce al latino *interesse* che può significare “essere presente”, “stare in mezzo”, “importare”. Per comprendere il senso di tale nozione è quindi importante tenere presente la ricchezza di significati suggeriti dall’etimologia del termine.

Per la conoscenza è dunque fondamentale l’interesse per ciò che si vuole conoscere, così come per l’etica è fondante l’interesse per se stessi:

“Il dubbio sorge o rapportando la realtà all’idealità – questa è l’attività della conoscenza; se si parla di interesse, al massimo è di un terzo, ad es. della verità, che m’interessa – oppure rapportando l’idealità alla realtà – questo è l’etico; ciò di cui m’interessa è me stesso”¹⁵⁶.

Da questa citazione, così come da altri sviluppi del pensiero kierkegaardiano, deriva l’idea di un’etica attenta all’individuo, la quale è consapevole del ruolo non trascurabile dell’interesse per l’azione e anche in questo caso opposta ad approcci oggettivisti. Si configura così un’etica della soggettività, che si basa sulla scelta come momento chiave dell’esistenza etica: l’uomo deve scegliere se stesso, scegliere di assumersi la responsabilità della propria vita; solo così può aspirare a un’esistenza etica e autentica, esprimendo nella scelta la propria

¹⁵⁴ Kierkegaard, *Johannes Climacus*, cit., pp. 117-119.

¹⁵⁵ Stack 1969, p. 27.

¹⁵⁶ Si tratta di un appunto preparatorio riportato in nota in Kierkegaard, *Johannes Climacus*, cit., p. 120.

individualità. Ma alla base di ogni scelta, per quanto volontaria, ci sono passione e interesse¹⁵⁷: ecco il ruolo centrale dell'interesse per l'etica kierkegaardiana. L'interesse è il movente di ogni azione morale dell'individuo consapevole di sé che si trova ad agire; l'interesse è quindi imprescindibile per ogni individuo che cerchi di diventare se stesso, in quanto costituisce un'esperienza individualizzante: "La riflessione soggettiva rivela che la nostra coscienza è coscienza di qualcosa che ci interessa in prima persona"¹⁵⁸; infine, il maggior interesse dell'individuo consiste nella sua esistenza e questo interesse per la propria esistenza ne costituisce la più intima realtà¹⁵⁹.

In Kierkegaard sembra dunque essere presente una rappresentazione del soggetto e dell'azione che valorizza fortemente la dimensione dell'interesse soggettivo, concepito non in senso egoista e particolaristico, bensì come un legittimo movente morale che può portare a una vita etica autentica basata sull'auto-consapevolezza. Questo tipo di interesse caratterizza inoltre l'essenza dell'uomo in quanto essere che si preoccupa della propria esistenza.

Kierkegaard non parla però espressamente di cura e il concetto di interesse, per quanto portatore di significati in parte implicati dal termine cura, non sembra essere del tutto coincidente. Nonostante il suo pensiero non sia perciò direttamente correlato all'elaborazione del concetto di cura, esso può assumere rilievo nel dibattito contemporaneo nella misura in cui offre una visione dell'etica come legata alla soggettività e come luogo di realizzazione dell'autenticità individuale che si esplica sulla base di scelte in cui alla dimensione razionale si affianca un movente più emotivo, l'interesse. Inoltre, la rappresentazione dell'uomo come essere intrinsecamente caratterizzato dalla preoccupazione per la propria esistenza sembra in parte anticipare la nozione

¹⁵⁷ Sulle nozioni di interesse (*concern*) e di passione in Kierkegaard si veda Roberts 1998, pp. 185-189.

¹⁵⁸ Stack 1969, p. 29.

¹⁵⁹ Stack 1973, p. 122.

heideggeriana di *Sorge*¹⁶⁰ che “compendia la concezione kierkegaardiana del modo di essere di un individuo consapevole di sé che si preoccupa del proprio essere morale”¹⁶¹.

2.1.5 Heidegger, *Essere e tempo* e la Cura

Martin Heidegger è il filosofo che maggiormente ha contribuito a conferire alla cura lo statuto di concetto filosofico, attribuendole un significato tecnico e una posizione di rilievo all'interno della sua opera principale, *Essere e tempo*. Non è infatti un caso che nella maggior parte dei dizionari filosofici, se e quando il termine cura compare, esso è spiegato esclusivamente in riferimento alla nozione heideggeriana di *Sorge*¹⁶².

Con “Cura” Heidegger si riferisce in *Essere e tempo* alla determinazione ontologica fondamentale dell'Esserci (*Dasein*), quindi alla struttura di base che definisce l'essere dell'uomo. La Cura è l'espressione unitaria dell'essere dell'Esserci, in quanto costituisce l'unità in cui si raccolgono tutti i tratti ontologici originari dell'esistenza (gli esistenziali). A sua volta la Cura si basa però sulla radice ontologica fondamentale dell'Esserci, costituita dalla temporalità (*Zeitlichkeit*), che rivela come il *Dasein* sia un poter-essere, originariamente aperto e libero.

“L'esistere effettivo dell'Esserci non è soltanto, in generale e indifferentemente, un gettato poter-essere nel mondo, ma è anche già sempre immedesimato con un mondo di cui si prende cura. [...] La totalità formale esistenziale dell'insieme delle strutture ontologiche dell'Esserci deve quindi essere colta nella seguente struttura: essere-avanti-a-sé-già-in (un mondo) in quanto esser-preso (l'ente che si incontra dentro il mondo). Questo essere è espresso globalmente dal termine Cura, che qui è usato in un senso ontologico-esistenziale puro. Esso non ha nulla a che

¹⁶⁰ Sul rapporto tra l'interesse in Kierkegaard e la cura in Heidegger si veda in particolare l'articolo di George Stack, *Concern in Kierkegaard and Heidegger* (Stack 1969).

¹⁶¹ Stack 1973, p. 125.

¹⁶² Si vedano per esempio il *Dizionario di filosofia* (N. Abbagnano, TEA, Milano 1993), il *Dizionario delle idee* (Sansoni, Firenze 1977) e il *Dizionario di filosofia* (Rizzoli, Milano 1976).

vedere con tendenze d'essere di carattere ontico, del genere della preoccupazione o dell'incuranza"¹⁶³.

Come Heidegger chiarisce da subito, il termine va dunque inteso in "un senso ontologico-esistenziale puro"¹⁶⁴ e non ha nulla a che vedere con forme di cura particolari, concrete. "La Sorge non è intesa come un comportamento ontico particolare dell'esserci, di tipo teoretico, pratico o poetico, bensì come una determinazione d'essere che rappresenta il fondamento ontologico unitario e rende possibili tutti i diversi comportamenti"¹⁶⁵.

La Cura è la struttura che definisce l'esserci come essere gettato nel mondo: "L'esserci, in quanto *non* è stabilmente, ma *può* essere dinamicamente, risulta sempre già avanti a sé, aperto alle possibilità cui va incontro, contraddistinto dalla sua capacità di rapportarsi a esse in termini di 'progetto'"¹⁶⁶. Secondo Volpi, inoltre, con il termine *Sorge* "Heidegger intende riformulare in maniera non teoretica ciò che Husserl comprendeva come intenzionalità (fondamentalmente teoretica)"¹⁶⁷, valorizzando dunque la dimensione pratica al cuore dell'analisi dell'identità dell'Esserci e allo stesso tempo presentando come parimenti costitutivi gli atti intellettivi superiori e le componenti passionali ed emotive della vita umana. Tale valorizzazione è dimostrata dall'inclusione tra gli esistenziali fondamentali, oltre a *Verstehen* (comprensione) e *Rede* (discorso), della *Befindlichkeit* (situazione emotiva).

È interessante notare come Heidegger, dopo aver caratterizzato l'essere dell'Esserci come Cura, introduca un paragrafo volto a fornire una testimonianza preontologica a favore della sua interpretazione, temendo che

¹⁶³ Heidegger M., *Sein und Zeit*; edizione italiana a cura di F. Volpi (sulla versione di P. Chiodi), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 2001, pp. 234-235 (§ 41), enfasi mia.

¹⁶⁴ Stack sottolinea come da questa ontologizzazione del concetto di cura emerga tutta la distanza di Heidegger da Kierkegaard (Stack 1969).

¹⁶⁵ Volpi 1992, p. 245.

¹⁶⁶ Fabris - Cimino 2009, p. 59.

¹⁶⁷ Volpi 1992, p. 231.

essa possa “apparire strana”¹⁶⁸. La testimonianza chiamata in causa è naturalmente il mito di Igino, che Heidegger commenta come segue:

“Questa testimonianza preontologica assume un particolare significato non solo perché vede nella “Cura” ciò a cui l’uomo appartiene “per tutta la vita”, ma perché questo primato della “Cura” vi risulta connesso alla nota concezione dell’uomo come *compositum* di corpo (terra) e spirito. *Cura prima finxit*: questo ente ha l’“origine” del suo essere nella Cura. *Cura teneat, quamdiu vixerit*: l’ente in questione non è abbandonato da questa origine, ma è tenuto sotto di essa e da essa dominato fintanto che “è nel mondo”. L’“essere-nel-mondo” ha la struttura d’essere della “Cura”. Il nome (*homo*) gli è conferito non in relazione al suo essere, ma in base a ciò di cui consiste (*humus*). La decisione intorno alla natura dell’essere “originario” di questo ente spetta a Saturno, al “Tempo”¹⁶⁹. La determinazione preontologica dell’essenza dell’uomo contenuta nella favola ha quindi tenuto presente, sin dall’inizio, *quel modo di essere che domina da cima in fondo la sua vicenda temporale nel mondo*”¹⁷⁰.

Heidegger deriva dunque tre elementi principali dalla favola¹⁷¹: il ruolo della Cura come dominatrice della vita umana; il fatto che l’uomo venga definito (nominato) in base alla sua fatticità; la presenza del tempo – che Heidegger è in procinto di introdurre nella trattazione come fondamento della Cura. Nel mito

¹⁶⁸ Heidegger, *Essere e tempo*, cit., p. 240 (§ 42).

¹⁶⁹ Heidegger in questo punto si richiama esplicitamente alla poesia di Herder, *Das Kind der Sorge*, che riporto di seguito in originale: “Einst saß am murmelnden Strome / Die *Sorge* nieder und sann: / Da bildet’ im Traum der Gedanken / Ihr Finger ein leimernes Bild. // „Was hast du, sinnende Göttinn?“ / Spricht Zevs, der eben ihr naht. / „Ein Bild von Tone gebildet, / Beleb’s, ich bitte dich Gott.“ // „Wohlan! ich will es! – Es lebet! / Doch mein sei dieses Geschöpf!“ – / Dagegen redet die *Sorge*: / „Nein, laß es, laß es mir, Herr. // Mein Finger hat es gebildet“ – / „Und ich gab Leben dem Ton“ / Sprach Jupiter. Als sie so sprachen, / Da trat auch *Tellus* hinan. // „Mein ists! Sie hat mir genommen / Von meinem Schoße das Kind.“ / „Wohlan, sprach Jupiter, harret, / Dort kommt ein Entscheider, *Saturn*.“ // Saturn sprach: „Habet es alle! / So wills das hohe Geschick. / Du der das Leben ihm schenkte, / Nimm, wenn es stirbet, den Geist. // Du *Tellus* seine Gebeine: / Denn mehr gehöret dir nicht. / Dir, seiner Mutter, o *Sorge*, / Wird es im Leben geschenkt. // Du wirst, so lang’ es nur atmet, / Es nie verlassen, dein Kind. / Dir ähnlich wird es von Tage / Zu Tage sich mühen ins Grab.“ // Des Schicksals Spruch ist erfüllet / Und *Mensch* heißt dieses Geschöpf. / Im Leben gehört es der *Sorge*: / Der Erd’ im Sterben und Gott” (Herder J.G., *Werke in zehn Bänden*, vol. 3: *Volkslieder – Übertragungen – Dichtungen*, Deutscher Klassiker Verlag, Frankfurt am Main 1990, pp. 743-744).

¹⁷⁰ Heidegger, *Essere e tempo*, cit., pp. 241-242 (§ 42).

¹⁷¹ Klonoski 1984, p. 63.

di Cura, quindi, Heidegger ritrova alcuni elementi centrali del suo pensiero, tanto che alcuni interpreti considerano questo paragrafo come una sorta di compendio dell'intero *Essere e tempo*¹⁷².

Dopo essersi richiamato al mito di Cura, nel seguito del paragrafo Heidegger si riferisce all'ambiguità di significati che caratterizza il termine latino, rivelatrice dell'ambiguità che contraddistingue l'esistenza umana. L'Esserci, infatti, a causa della sua gettatezza è definito da una tendenza all'inautenticità, a perdersi, sgravandosi dal peso della pura possibilità che gli è propria e cedendo al dominio del Si, vale a dire livellandosi sui modi di comportamento degli altri, intesi impersonalmente come tutti in generale e nessuno in particolare. Allo stesso tempo il *Dasein* è caratterizzato dalla possibilità dell'autenticità: "L'esserci si realizza in modo autentico (φρόνιμος) solo là dove, disponendosi ad ascoltare la chiamata della coscienza, riconosce questo dover-decidere come il proprio ἔργον, il proprio compito specifico, anzi, come il proprio essere stesso, assumendone su di sé il peso, e non riparando verso l'aiuto che il 'Si' impersonale gli propone"¹⁷³. L'ambiguità del termine cura risulta perciò particolarmente adatta a esprimere l'essenza di un ente caratterizzato dalla tensione tra autenticità¹⁷⁴ e inautenticità.

Dopo aver delineato, per quanto in sintesi, il quadro generale in cui si colloca la trattazione heideggeriana della cura, è ora possibile passare a esaminare le forme più specifiche in cui la *Sorge* si esplica. Essa si attua infatti secondo due modalità fondamentali: rispetto alle cose come *Besorgen* (prendersi cura) e rispetto agli altri come *Fürsorge* (aver cura).

Il prendersi cura, o *Besorgen*, indica il modo in cui l'Esserci si rapporta alle cose:

"Il modo più immediato del commercio intramondano non è il conoscere semplicemente percettivo, ma il *prendersi cura maneggiante e usante*, fornito di una propria 'conoscenza'"¹⁷⁵.

¹⁷² Si veda Klonoski 1984.

¹⁷³ Volpi 1992, pp. 235-236.

¹⁷⁴ Sul problema dell'autenticità in *Essere e tempo* si può consultare Martinez 1989.

¹⁷⁵ Heidegger, *Essere e tempo*, cit., p. 89 (§ 15), enfasi mia.

In questa forma di rapporto, di tipo pratico-poietico, le cose ci si rivelano innanzitutto e per lo più come mezzi, rivelando la loro utilizzabilità (*Zuhandenheit*) in relazione ai nostri scopi. L'utilizzabilità è il modo d'essere primario in cui stanno le cose – vale a dire gli enti che non sono Esserci –, ma ne esiste un secondo. Infatti, nel momento in cui la catena di utilizzabilità delle cose-mezzi si interrompe per un qualunque motivo (da un guasto a un'assenza), esse appaiono come semplicemente presenti (*Vorhandenheit*) e l'Esserci può rapportarsi a loro in un atteggiamento di tipo teoretico. Entrambe queste modalità rappresentano modi in cui il *Dasein* si apre e si rapporta alle cose, vale a dire si prende cura di esse.

Il rapportarsi dell'Esserci agli altri, invece, è definito come aver cura o *Fürsorge*. Questa seconda modalità di relazione corrisponde quindi all'ambito della *praxis*. Nel suo essere gettato, l'Esserci si trova in un mondo che è anche sempre condiviso con gli altri (con-mondo) e in cui di conseguenza gli altri gli si rivelano come con-Esserci, mai come cose semplicemente presenti.

“Ma se il con-Esserci è esistenzialmente costitutivo dell'essere-nel-mondo, tanto esso quanto il commercio ambientale con l'utilizzabile intramondano, definito in precedenza come prendersi cura, devono essere interpretati a partire da quel fenomeno della *cura* che determina in linea generale l'essere dell'Esserci. [...] L'ente nei cui confronti l'Esserci si comporta come con-essere non ha però il modo di essere del mezzo utilizzabile, essendo esso stesso un Esserci. L'altro Esserci non è incontrato nel quadro del prendersi cura ma dell'*aver cura*. Anche il “prendersi cura” del nutrimento e dell'abbigliamento nonché la cura del corpo ammalato sono forme dell'*aver cura*. Intendiamo questa espressione come termine per indicare un esistenziale allo stesso modo in cui impieghiamo il termine prendersi cura”¹⁷⁶.

Anche in questo caso dunque l'aver cura va inteso come una categoria, un esistenziale appunto, e non come una trattazione di pratiche particolari – che competerebbe al livello dell'ontico e non dell'ontologico.

Heidegger aggiunge tuttavia alcune considerazioni interessanti riguardo le manifestazioni usuali dell'aver cura. Innanzitutto e per lo più, l'Esserci si

¹⁷⁶ Heidegger, *Essere e tempo*, cit., p. 152 (§ 26).

mantiene nei modi difettivi dell'aver cura - che, si badi bene, rimangono comunque modi dell'aver cura. Di conseguenza, nello stare assieme comune prevalgono l'indifferenza e il trascurarsi l'un l'altro più che la sollecitudine reciproca. Esistono però anche modi positivi dell'aver cura, che si situano tra due possibilità estreme:

“L'aver cura può in certo modo sollevare l'altro dalla 'cura' sostituendosi a lui nel prendersi cura, *intromettendosi* al suo posto. Questo aver cura assume, per conto dell'altro, ciò di cui ci si deve prendere cura. L'altro risulta allora espulso dal suo posto, retrocesso, per ricevere a cose fatte e da altri, già pronto e disponibile, ciò di cui si prendeva cura, risultandone del tutto sgravato. In questa forma di aver cura l'altro può essere trasformato in dipendente e in dominato, anche se il predominio è tacito e dissimulato per chi lo subisce. Questo aver cura, che solleva l'altro dalla 'cura', condiziona largamente l'essere-assieme e riguarda per lo più il prendersi cura degli utilizzabili.

Opposta a questa è la possibilità di aver cura la quale, anziché intromettersi al posto degli altri, li *presuppone* nel loro poter essere estensivo, non già per sottrarre loro la 'cura', ma per inserirli autenticamente in essa. Questa forma di aver cura, che riguarda essenzialmente la cura autentica, cioè l'esistenza dell'altro e non *qualcosa* di cui egli si prenda cura, aiuta l'altro a divenire trasparente *nella propria cura e libero per essa*¹⁷⁷.

Queste righe sono estremamente interessanti, in quanto Heidegger si riferisce a due possibili forme di aver cura tra le quali sembra stabilire una gerarchia. La forma di cura più autentica sarebbe così la cura che si rivolge all'esistenza stessa dell'altro e mira a renderlo libero e consapevole di sé. La forma opposta di cura, che sfocia nel dominio, si sostituisce all'altro nella sua cura, negandone di fatto la natura di Esserci come cura e come poter-essere e finendo per trattarlo come un ente.

In questo passaggio, dunque, la dimensione dell'aver cura che contraddistingue il nostro modo di essere in rapporto con gli altri (*Mitsein*) viene messa in relazione all'autenticità. Come abbiamo visto, l'autenticità rappresenta una possibilità dell'Esserci, insieme all'inautenticità: entrambe derivano dal fatto che, in quanto poter-essere, l'Esserci deve continuamente

¹⁷⁷ Heidegger, *Essere e tempo*, cit., p. 153 (§ 26).

riprogettarsi e prendere decisioni riguardo se stesso. Il peso di tale necessità determina la tendenza a liberarsi da questo fardello, evitando di decidere da sé e rifugiandosi invece in ciò che gli suggerisce il mondo del Si – si tratta della tendenza all'inautenticità. Tuttavia, rimane propria dell'Esserci la possibilità di scegliere e attuare le sue possibilità, affermando in tal modo la propria autenticità.

Dal passo citato, sembrerebbe quindi configurarsi una forma di aver cura che contribuisce all'autenticità dell'altro, in quanto lo aiuta "a divenire trasparente *nella* propria cura e libero *per* essa". È però difficile – nonché potenzialmente fuorviante – tentare di trarre conclusioni di tipo morale da un discorso, come quello di Heidegger, che si mantiene strettamente sul piano ontologico¹⁷⁸. Anche in questo caso, infatti, l'autore di *Essere e tempo* si "limita" a descrivere alcune possibilità di esistenza e il suo discorso è ben lontano dal piano normativo. Se si vuole evitare di travisare il senso di alcune affermazioni del filosofo tedesco, ci vuole quindi cautela nel mettere in relazione la prospettiva heideggeriana con quella dell'etica della cura¹⁷⁹. In particolare, per quanto la sua trattazione del concetto di cura sia fondamentale, il fatto che Heidegger definisca la Cura come la struttura ontologica dell'Esserci le preclude la ricchezza di significati che le viene di solito attribuita, in quanto tali significati sono legati alle pratiche di cura – che si situano sul piano dell'ontico ed evidentemente non rientrano nella trattazione ontologica proposta da Heidegger.

2.1.6 Ricoeur e la sollecitudine

Mi sembra giusto chiudere questa ricognizione con una diversa possibile accezione filosofica della cura, legata alla sua dimensione positiva come

¹⁷⁸ Su Heidegger e l'etica si veda Olafson 1998, in cui l'autore sviluppa le implicazioni etiche del *Mitsein*.

¹⁷⁹ Mi sembra che lo stesso Reich (Reich 1995) incorra a tratti nel rischio di semplificare troppo il discorso heideggeriano al fine di avvicinarlo al piano etico-normativo.

sollecitudine verso l'altro. Proprio questo aspetto della cura si trova infatti nel pensiero di Paul Ricoeur¹⁸⁰, in particolare in *Sé come un altro*¹⁸¹.

Uno specifico motivo di interesse è dato dal fatto che nella riflessione di Ricoeur la sollecitudine pertiene all'etica. In effetti, Ricoeur la chiama in causa nel settimo studio di *Sé come un altro*, che riguarda proprio il sé e la prospettiva etica. Come è noto, l'autore francese istituisce una distinzione tra "etica" e "morale": mentre l'etica riguarda la prospettiva di una vita compiuta ed è caratterizzata da un approccio teleologico che si preoccupa del buono, la morale concerne l'articolazione di tale prospettiva all'interno di norme e si contraddistingue per un approccio deontologico, legato al predicato obbligatorio. Il settimo studio riguarda la prospettiva etica, che Ricoeur ritiene avere un primato rispetto alla morale e definisce come la prospettiva della vita buona con e per l'altro all'interno di istituzioni giuste¹⁸². Egli individua così tre componenti sulla base delle quali articolerà anche il successivo studio sulla morale, nonché il nono, sulla saggezza pratica.

La componente che interessa il nostro discorso è la seconda, "con e per l'altro", che riguarda la dimensione interpersonale e che Ricoeur definisce "sollecitudine".

"All'inizio di questo studio è stata pronunciata d'un sol tratto, senza apparente soluzione di continuità, la definizione della prospettiva etica: *tendere alla vera vita con e per l'altro all'interno di istituzioni giuste*. Al secondo stadio della nostra meditazione si pone la seguente questione: in che modo la seconda componente della prospettiva etica, che designiamo con il bel nome di *sollecitudine*, si connette alla prima? La questione prende una svolta paradossale che suscita la discussione, nel momento che si caratterizza l'aspetto riflessivo di tale prospettiva con la stima di sé. La riflessività, infatti, sembra portare con sé la minaccia di un ripiegamento su di sé, di una

¹⁸⁰ Mi discosto qui dal percorso tracciato da Reich, che non si occupa di Ricoeur ma dopo Heidegger analizza gli sviluppi dell'idea di cura nel pensiero psicologico del Novecento. Tali sviluppi non appaiono infatti di particolare rilievo (Rollo May, per esempio, non sembra introdurre particolari elementi di novità rispetto a Heidegger – si veda May 1969), al contrario della nozione di sollecitudine elaborata da Ricoeur.

¹⁸¹ Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil, Paris 1990; trad. it. di D. Iannotta, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.

¹⁸² *Ivi*, p. 266.

chiusura, al contrario dell'apertura al largo, sull'*orizzonte* della "vita buona". Ad onta di questo pericolo sicuro, la mia tesi è che la sollecitudine non si aggiunge dal di fuori alla stima di sé, ma che essa ne dispiega la dimensione dialogale, passata fin qui sotto silenzio. Per spiegamento, come è già stato detto in un altro contesto, intendo certamente una rottura nella vita e nel discorso, ma una rottura che crea le condizioni di una continuità di secondo grado, tale che la stima di sé e la sollecitudine non possano viverci e pensarsi l'una senza l'altra"¹⁸³.

La sollecitudine, dunque, dispiega la dimensione dialogale della stima di sé, che costituisce il momento riflessivo dell'aspirazione a una vita buona, quindi della prima componente della prospettiva etica. Sollecitudine e stima di sé sono inestricabilmente connesse e questo permette di evitare il rischio di una chiusura del soggetto su se stesso. Per Ricoeur tale dimensione dialogale è un aspetto fondamentale e innegabile della stima di sé, che di fatto è resa possibile dal ruolo mediatore dell'altro. Per approfondire tale ruolo mediatore Ricoeur dedica ampio spazio alla trattazione dell'amicizia in Aristotele, della quale gli interessa soprattutto mantenere l'etica della mutualità, vale a dire di una reciprocità in cui "ciascuno ama l'altro *'per quello che egli è per se stesso'*"¹⁸⁴:

"Alla stima di sé, l'amicizia aggiunge senza togliere nulla. Ciò che essa aggiunge è l'idea di mutualità nello scambio fra umani che stimano ciascuno se stesso"¹⁸⁵.

Tuttavia il concetto di sollecitudine non coincide con quello di amicizia. La sollecitudine descritta da Ricoeur è un concetto più ampio, che si basa su un'analisi del rapporto tra il sé e l'altro articolato come uno scambio tra dare e ricevere. Mentre in Aristotele sembra configurarsi un'uguaglianza tra il dare e il ricevere - uguaglianza che per Ricoeur rappresenta solo un fragile punto di equilibrio - il filosofo francese preferisce analizzare i due estremi del rapporto tra il sé e l'altro.

¹⁸³ Ricoeur, *Sé come un altro*, cit., p. 275.

¹⁸⁴ *Ivi*, p. 278.

¹⁸⁵ *Ivi*, p. 284.

Il primo polo, in cui a prevalere nell'iniziativa dello scambio è l'altro, è rappresentato dalla filosofia di Emmanuel Lévinas e dalla sua descrizione della chiamata dell'Altro. Per Ricoeur però a prima vista questo modello, in cui l'altro si presenta come un maestro di giustizia, mal si coniuga con la prospettiva etica che egli sta cercando di delineare in questo studio, in quanto troppo incline ad assumere il lessico dell'obbligazione e quindi "troppo morale". La chiamata dell'altro configura inoltre una notevole dissimmetria nel rapporto, perché il sé sembra assumere i tratti della passività di chi subisce un'ingiunzione. Tuttavia, anche in questa situazione si può parlare di sollecitudine nel momento in cui si verifichi un movimento di ritorno del dare rispetto al ricevere, reso possibile dal riconoscimento della superiorità dell'autorità dell'altro con cui il sé si confronta. Questa dinamica rende possibile ristabilire un'uguaglianza, grazie alla spontaneità benevola che è alla base del movimento del riconoscimento.

"La nostra scommessa è che è possibile scavare al di sotto dell'obbligazione e raggiungere un senso etico, che non è a tal punto dissimulato dalle norme da non poter essere invocato a titolo di ricorso quando tali norme diventano, a loro volta, mute di fronte a casi di coscienza indecidibili. Per questo è tanto importante per noi conferire alla sollecitudine uno statuto più fondamentale di quello dell'obbedienza al dovere. Tale statuto è quello di una spontaneità benevola, intimamente connessa alla stima di sé all'interno della prospettiva della vita 'buona'"¹⁸⁶.

La sollecitudine si colloca quindi al livello fondamentale dell'etica che, pur necessitando di passare al vaglio della norma e della morale, rimane un punto di riferimento imprescindibile per la morale stessa in quanto risorsa preziosa per orientare l'azione in difficili situazioni di conflitto.

Il secondo polo della dialettica tra dare e ricevere vede invece prevalere il sé nell'iniziativa dello scambio. Ciò avviene quando l'altro ci si presenta come sofferente:

"Qui, l'iniziativa, precisamente in termini di potere-di-fare, sembra spettare unicamente al sé, che dona la sua simpatia, la sua compassione, prendendo questi termini nel senso forte dell'aspirazione a condividere la pena altrui. Confrontato a

¹⁸⁶ Ricoeur, *Sé come un altro*, cit., pp. 285-286, prima enfasi mia.

questa beneficenza, e anche a questa benevolenza, l'altro sembra ridotto alla condizione di *ricevere* solamente"¹⁸⁷.

In questo caso, dunque, si configura una dissimmetria altrettanto evidente, in cui è l'altro a rischiare di risultare passivo. Tuttavia, anche in questa situazione si può verificare un'equiparazione, nella misura in cui dall'altro sofferente che riceve la benevolenza del sé può procedere un dare legato al richiamo alla fragilità della condizione umana che l'altro sofferente porta con sé:

“Nella vera simpatia, il sé, la cui potenza di agire è, nel punto di partenza, più grande rispetto a quella del suo altro, si ritrova affetto da tutto ciò che l'altro sofferente gli offre di contro. Dall'altro sofferente, infatti, procede un dare che non è, precisamente, attinto nella sua potenza di agire e di esistere, ma nella sua stessa debolezza. È forse là la prova suprema della sollecitudine, che la disuguaglianza di potenza venga ad essere compensata da una autentica reciprocità nello scambio [...] Un sé richiamato alla vulnerabilità della condizione mortale può ricevere dalla debolezza dell'amico più di quanto non gli dia attingendo alle proprie riserve di forza"¹⁸⁸.

Anche in questo caso, quindi, il movimento di dare e ricevere non è unidirezionale, ma dall'iniziale dissimmetria può nascere un'uguaglianza feconda sia per il sé sia per l'altro.

In entrambe le situazioni, in conclusione, Ricoeur vede emergere dei sentimenti spontanei rivolti verso l'altro, sia che si tratti di un altro sofferente, sia che si tratti dell'ingiunzione che dall'altro scaturisce. Il termine “sollecitudine” vuole dunque veicolare allo stesso tempo una prospettiva etica e una dimensione di spontaneità quasi inconsapevole. Inoltre, la sollecitudine appare caratterizzata da una ricerca dell'uguaglianza attraverso la disuguaglianza e porta il sé a percepirsi come un altro fra gli altri. Vale a dire che il sé prende coscienza della *riversibilità* dei ruoli, dell'*insostituibilità* delle persone e infine della *similitudine* per cui “non posso stimare me stesso senza stimare l'altro *come me stesso*”¹⁸⁹.

¹⁸⁷ Ricoeur, *Sé come un altro*, cit., p. 286.

¹⁸⁸ *Ivi*, p. 287.

¹⁸⁹ *Ivi*, p. 290.

Infine, va ricordato che la sollecitudine compare ancora nel nono studio, in cui Ricoeur si occupa della dimensione della saggezza pratica, che entra in campo data l'inevitabilità del conflitto e l'insufficienza della morale nell'affrontarlo. Infatti, quando la norma del rispetto – analogo morale della sollecitudine etica – si dimostra fonte di conflitto, la sollecitudine compare come preziosa risorsa:

“Ma non si tratta della sollecitudine in qualche modo “ingenua” del nostro settimo studio, bensì di una sollecitudine “critica”, che ha attraversato il duplice esame delle condizioni morali del rispetto e dei conflitti suscitati da quest'ultimo. Tale *sollecitudine critica* è la forma che la saggezza pratica assume nella regione delle relazioni interpersonali”¹⁹⁰.

La sollecitudine critica entra dunque in campo a causa dei conflitti che nascono tra il rispetto della regola e il rispetto delle persone, in quanto l'alterità delle persone nella loro insostituibile singolarità non sempre risulta coordinabile con l'universalità delle regole. Ciò avviene in particolare nel momento di applicazione della regola a una situazione concreta: nei casi in cui sorge un conflitto, la sollecitudine critica consiste “nell'inventare le condotte che soddisferanno maggiormente all'eccezione richiesta dalla sollecitudine tradendo la regola il meno possibile”¹⁹¹. La saggezza pratica interviene infatti a mediare tra le esigenze individuate dall'etica e ciò che la morale con le sue norme richiede.

Per quanto Ricoeur elabori il concetto di sollecitudine, e non direttamente quello di cura, la sua analisi risulta estremamente ricca di spunti. Da un lato infatti essa pone la sollecitudine all'interno della filosofia morale, costituendo così un precedente¹⁹² interessante per un'etica della cura. Dall'altro egli si occupa del nucleo concettuale positivo della cura, quindi il suo discorso potrebbe fornire strumenti per una trattazione della buona cura.

¹⁹⁰ Ricoeur, *Sé come un altro*, cit., p. 382.

¹⁹¹ *Ivi*, p. 376.

¹⁹² Naturalmente l'opera di Ricoeur non è antecedente rispetto alla corrente dell'etica della cura, ma ciò non toglie che il suo pensiero possa essere d'ispirazione per il dibattito attuale.

Con l'esame della nozione ricoeuriana di sollecitudine, nelle sue due forme, si chiude questa analisi storica del concetto di cura e dei concetti a esso analoghi.

2.1.7 Conclusioni

Questa ricognizione storico-genealogica nel passato del concetto di cura potrebbe sicuramente essere oggetto di ulteriori studi e approfondimento, tuttavia già in questa forma essenziale mi sembra possa portare ad alcune utili riflessioni. Il primo elemento che vorrei sottolineare è l'indubbia rilevanza di un'analisi di questo tipo ai fini di una qualunque elaborazione contemporanea del concetto di cura. A maggior ragione in quanto dalla storia dell'idea di cura sembrano emergere con forza alcuni elementi, che si ritrovano in più di un contesto, nonostante le dovute differenze. Lo stesso Reich ritiene che un *excursus* di questo tipo riveli una famiglia di nozioni di cura strettamente legate tra loro, che condividono l'attribuzione alla cura di alcune caratteristiche chiave. Sono due in particolare gli elementi maggiormente ricorrenti e allo stesso tempo più importanti.

Innanzitutto la connotazione ambivalente della cura stessa, per lo più interpretata sia come sollecitudine, sia come preoccupazione angosciosa. Al contrario di ciò che avviene con le autrici femministe – alle quali si rimprovera di dare una rappresentazione fin troppo idealizzata della cura – storicamente nelle trattazioni relative alla cura è spesso prevalsa una sua connotazione fortemente negativa, nei termini di angoscia e preoccupazione o come un fardello pesante e a tratti persecutorio (si pensi alle *ultrices Curae* di Virgilio o alla *Sorge* di Goethe). In molti autori tuttavia questa non è l'unica connotazione della cura ma – così come avviene per l'etimologia latina – a essa si accompagna il significato positivo di sollecitudine, premura, interesse. Spesso, inoltre, in questa accezione positiva la cura riveste un ruolo estremamente importante per il compimento della vita umana – si pensi a Seneca o a Ricoeur. In generale, dunque, il dato che emerge dalla ricognizione storica è quello di un'ambiguità

della cura stessa. Tale indicazione è di sicuro interesse per il dibattito contemporaneo, in particolare per la discussione sui potenziali rischi legati alle pratiche di cura: considerare la cura anche nei suoi aspetti più negativi può infatti aiutare a mettere a fuoco l'assoluta necessità di distinguere le forme di cura buone e di formulare delle indicazioni normative in tal senso, elementi fondamentali nel momento in cui si voglia proporre la cura come un ideale etico. Una consapevolezza anche storica sul concetto di cura aiuterebbe quindi le autrici contemporanee a coglierne la potenziale vastità e a identificare il bisogno di formulare una definizione di cura più precisa di quanto sia avvenuto finora.

Il secondo elemento di particolare rilievo è poi lo stretto legame che diverse fonti istituiscono tra cura e condizione umana. La testimonianza centrale in questo senso è il mito di Cura riportato da Iginò, probabilmente alla base della *Sorge* di Goethe oltre che naturalmente di quella di Heidegger. La cura interviene infatti, in una vera e propria antropogonia, come colei che ha plasmato l'uomo e della cui vita si farà carico. La forza simbolica di una tale rappresentazione è evidente, e stupisce che le filosofe femministe della cura non abbiano fatto ricorso alle sue potenzialità. Il mito di Cura, così come l'idea di Cura che si trova in *Essere e tempo*, portano la riflessione sulla cura a un livello più profondo, fondativo. Heidegger in particolare considera la cura come la struttura ontologica dell'Esserci, attribuendole un'importanza inedita ma allo stesso tempo svuotandola di significato. Lasciando per ora da parte il caso specifico della trattazione heideggeriana, sulla quale tornerò a breve, molto si può dire sul possibile legame tra cura e antropologia.

Invece che fermarsi a un'indagine di tipo fenomenologico-psicologico come tendono a fare le autrici femministe, potrebbe infatti essere fruttuoso esaminare la cura da una prospettiva antropologica, seguendo la strada suggerita dal mito. Questa è in effetti la direzione che intraprende lo stesso Reich il quale, a partire dal mito di Iginò, interpreta la cura come l'elemento caratterizzante la nostra umanità. Valorizzare questa dimensione della cura, come una pratica che definisce in modo essenziale il nostro stare al mondo,

sembra perfettamente in linea con gli obiettivi della riflessione sull'etica della cura, volta a ripensare la filosofia morale a partire da nuovi presupposti che, in ultima istanza, consistono in una diversa immagine dell'uomo e quindi nel superamento del "mito" hobbesiano della guerra di tutti contro tutti. Si può così pensare che la cura definisca l'uomo in due sensi, come oggetto e soggetto di cure. Tutti gli uomini condividono infatti la condizione di essere stati oggetto di cure di qualche tipo durante la loro infanzia, altrimenti non sarebbero potuti sopravvivere e arrivare a essere degli adulti. La cura si presenta quindi già in questo senso come esperienza universale, pur trattandosi di una cura intesa in senso molto ampio, che può comprendere anche prassi lontane dall'ideale morale della cura e piuttosto negative. In secondo luogo si può pensare che la cura caratterizzi tutti gli uomini in quanto soggetti, considerando – sulla scia di Heidegger – la cura come definitoria del nostro modo di stare al mondo, sempre occupati a svolgere qualche compito, sempre protesi verso qualche progetto. Anche in questo caso si può sostenere che si tratti di un'esperienza umana universale solo a patto di mantenere una definizione di cura generica, che consenta di abbracciare la molteplicità di esperienze particolari in cui la vita umana si esplica. In entrambi i casi, dunque, la cura si presenta come un concetto molto vasto e che mantiene una certa ambiguità. Trovo che il confronto con un'articolazione della cura di questo genere, che emerge dalla storia di tale idea, sia imprescindibile per poter elaborare una nozione di cura più specifica da proporre come ideale morale. Infatti, per quanto sicuramente a livello etico l'ambiguità della cura vada risolta per arrivare a un modello di cura accettabile, questo obiettivo non può essere raggiunto se tale ambiguità viene ignorata. Su questi aspetti tornerò comunque nel prosieguo del capitolo, mentre ora vorrei focalizzarmi sul contributo specifico di Heidegger.

Come si è visto, l'elaborazione heideggeriana della *Sorge* è la trattazione filosofica più pregnante sul tema della cura. Sembra quindi importante soffermarsi sul ruolo piuttosto limitato che essa ha avuto nel dibattito contemporaneo sulla *Ethics of Care* e sulle ragioni che giustificano una certa diffidenza a servirsi del modello heideggeriano. In effetti, sono pochi gli autori

che hanno ripreso la proposta heideggeriana, ma questo scarso interesse a mio parere rispecchia la difficoltà di servirsi di un discorso che da un lato si situa a un livello squisitamente ontologico e dall'altro offre una nozione di cura ampia e poco dettagliata, allo stesso tempo piena di connotazioni negative e lontana dalle pratiche relazionali cariche di significato che di solito alla cura sono associate. Gli stessi autori che si richiamano a Heidegger si trovano costretti a fare una serie di precisazioni, a partire dalla problematicità di immaginare una morale heideggeriana - dato che Heidegger "non interpretava autenticità e inautenticità come questioni morali"¹⁹³. Lo stesso avviene con alcuni studiosi di pedagogia italiani che si sono occupati di cura richiamandosi a Heidegger. Luigina Mortari¹⁹⁴, per esempio, riprende Heidegger per giustificare la necessità ontologica della cura - che considera essere l'asse paradigmatico della pratica educativa - ma si trova a dover sottolineare due criticità: da un lato il fatto che Heidegger non concepisce la chiamata alla cura come fenomeno relazionalmente situato, aspetto invece centrale per l'agire educativo; dall'altro l'idea che nella vita quotidiana prevalgano i modi difettivi dell'essere, mentre ciò che interessa l'autrice sono i modi positivi della cura, i soli a rendere possibile il pieno fiorire umano. Secondo Mortari, "i modi positivi della cura che fermentano la vita quotidiana sono quelli agiti per lo più dalle donne. Heidegger non li vede, anche se sono questi i modi più frequenti; probabilmente non sa vederli perché non vede l'agire femminile"¹⁹⁵. Pur senza dover condividere questa tesi, non si può non riconoscere come il discorso heideggeriano sia legato a una rappresentazione neutra dei modi dell'aver cura e non offra alcuna particolare valorizzazione della cura utile a chi la voglia proporre come ideale, etico o pedagogico. Infine, volendo usare il pensiero di Heidegger in riferimento a pratiche concrete a mio parere si corre il rischio di

¹⁹³ Bishop - Scudder 1991, p. 61.

¹⁹⁴ Mortari 2006.

¹⁹⁵ *Ivi*, p. 5.

proporne delle interpretazioni un po' forzate¹⁹⁶, in quanto, come più volte ricordato, il suo discorso si situa sul piano dell'ontologia e non dell'ontico.

Un'attenzione specifica merita anche Ricoeur, che con la sua elaborazione della sollecitudine rappresenta un altro modello filosofico importante. A differenza di quanto avviene con Heidegger, il fatto che il discorso sulla sollecitudine riguardi la filosofia morale lo rende molto più fruibile per l'elaborazione di un'etica della cura. I suggerimenti che provengono dal suo modello sono molteplici.

In primo luogo è la stessa rappresentazione tripartita dell'ambito della morale a risultare interessante, con il suo richiamo alla necessità della norma e allo stesso tempo alla sua insufficienza, oltre che al ruolo fondamentale del momento etico che, per quanto debba passare al vaglio della norma, costituisce un riferimento imprescindibile in situazioni di conflitto, proprio perché riporta la morale al senso più profondo dell'etica. Un modello di questo tipo potrebbe portare a ripensare i rapporti tra cura e giustizia, permettendo di difendere l'importanza delle preoccupazioni di giustizia e allo stesso tempo attribuendo alla cura il ruolo di radicare l'etica su uno sfondo pienamente umano, in quanto ricco di significato.

In secondo luogo, la sollecitudine di cui parla Ricoeur potrebbe configurarsi come un esempio di buona cura. Di sicuro le analogie tra i due concetti non mancano: si pensi per esempio alla fenomenologia della sollecitudine nei confronti dell'altro sofferente descritta da Ricoeur e caratterizzata dalla dialettica tra dare e ricevere (tra uguaglianza e disuguaglianza), che ricorda da vicino molte descrizioni di una buona relazione di cura. Inoltre, la sollecitudine si presenta allo stesso tempo come una caratteristica spontanea dell'uomo, che sembra definirne la natura ed emerge nelle relazioni interpersonali, e come un elemento dagli innegabili risvolti etici. Come vedremo, questo legame con l'umano in quanto tale è questa intrinseca

¹⁹⁶ Tale mi sembra la proposta di Conte (Conte 2007), per quanto va detto che lo stesso autore ne è consapevole e dichiara esplicitamente di andare con il suo discorso oltre le intenzioni dichiarate di Heidegger.

dimensione etica caratterizzano in effetti la cura stessa. Infine, è rilevante la distinzione tra la sollecitudine "ingenua", spontanea e immediata, e la sollecitudine "critica", che interviene allo stadio della saggezza morale e porta con sé la consapevolezza dell'importanza della norma oltre che la preoccupazione per il valore rappresentato dall'insostituibile singolarità dell'altro. Questa distinzione potrebbe in effetti costituire un utile monito contro l'elaborazione di modelli della cura ingenui e semplicistici.

2.2 Antropologia e cura

Uno degli elementi emersi ripetutamente dalle analisi fin qui svolte è l'importanza del legame tra cura e antropologia. Questo legame si concretizza in due diverse forme: da un lato come rapporto tra l'etica della cura e alcune tesi antropologiche che ne costituiscono altrettanti presupposti; dall'altro come possibile inclusione della cura tra le caratteristiche qualificanti l'esistenza umana. Entrambi questi aspetti meritano un approfondimento.

Mi dedicherò innanzitutto all'esplicitazione di alcune dimensioni antropologiche spesso chiamate in causa nel dibattito sull'etica della cura, anche se raramente messe a tema individualmente. Di seguito riprenderò dunque anche idee delle autrici femministe esaminate nel primo capitolo, nel tentativo però di assegnare loro un ruolo maggiormente pregnante collocandole nella cornice di un'esplicitazione dei presupposti antropologici dell'etica della cura.

Questo tentativo si basa evidentemente sulla convinzione che l'antropologia rivesta grande importanza per l'elaborazione di una filosofia morale. Tale importanza si articola su più livelli. Innanzitutto si può sostenere che qualunque riflessione etica non possa che presupporre una certa visione dell'uomo (e quindi dell'agente), che ne influenza in buona misura l'impostazione e gli esiti. Risulta perciò fondamentale esplicitare tali presupposti per proporre una teoria etica consapevole e trasparente. Allo stesso tempo, occuparsi di questi presupposti riporta il discorso sulla morale dal piano normativo a quello dell'etica fondamentale sul quale, come abbiamo visto, si colloca il contributo più rilevante dell'etica della cura. Si può infatti ritenere che questa corrente di pensiero, più che proporre un ideale specifico in cui la morale dovrebbe esaurirsi, tenti di elaborare alcune tesi a livello di etica fondamentale per mettere in luce alcuni presupposti alternativi a quelli delle teorie morali normative oggi dominanti. Quest'attenzione al livello fondamentale spiega in parte la carenza dell'etica della cura a livello normativo.

Tuttavia proprio qui si situa un altro aspetto dell'importanza di una visione antropologica per la filosofia morale. Infatti, l'esplicitazione di un'idea di identità umana può rappresentare una preziosa risorsa per l'etica della cura al fine di raggiungere una maggiore consistenza etico-normativa¹⁹⁷. Secondo Mordacci, il mancato approfondimento da parte dell'etica della cura dell'analisi fenomenologica sul piano antropologico ha contribuito a impedire "un incontro più proficuo di questa linea di pensiero con le tematiche fondamentali dell'etica contemporanea"¹⁹⁸, mentre proprio la dimensione della profondità antropologica potrebbe dimostrarsi necessaria per un suo pieno dispiegamento oltre che per la sua coerenza complessiva¹⁹⁹. Proporre una specifica concezione della persona umana potrebbe quindi permettere di chiarire le implicazioni normative del concetto di cura e l'idea stessa di cura "buona"²⁰⁰. Tale esplicitazione potrebbe non rivelarsi sufficiente, ma risulta di sicuro rilevante.

Nei prossimi paragrafi tratterò quindi *in primis* le dimensioni antropologiche legate alla cura, per poi dedicarmi alla cura stessa e ad alcune sue caratteristiche che sembrano legarla inestricabilmente all'esistenza umana.

2.2.1 Vulnerabilità e dipendenza

Una delle caratteristiche principali del soggetto presupposte dall'etica della cura è la sua vulnerabilità. Tale proposta morale, infatti, considera fondamentale riconoscere la persona nella sua finitudine e dipendenza.

¹⁹⁷ Tale esplicitazione è imprescindibile per C. Viafora (Viafora 2012, p. 91). In effetti, nel volume da lui curato insieme a R. Zanotti e E. Furlan dedicato all'etica della cura (Viafora - Zanotti - Furlan 2007), lo stesso Viafora sottolinea l'importanza di collocare l'etica della cura in una prospettiva antropologica per poterne cogliere a pieno il valore e rafforzarne la dimensione etico-normativa.

¹⁹⁸ Mordacci 1996b, p. 73.

¹⁹⁹ *Ivi*, p. 76.

²⁰⁰ Questa è per esempio la convinzione di L. Vanlaere e C. Gastmans (Vanlaere - Gastmans 2007), che sviluppano un'etica della cura legata a un'antropologia relazionale di una specifica tradizione filosofica, il personalismo di Lovanio.

Questa prospettiva si sviluppa innanzitutto in opposizione a un'altra concezione del soggetto, considerata irrealistica, che lo rappresenta come individuo razionale e indipendente. L'etica della cura intende contrastare tale visione antropologica, dominante in etica dalla modernità in poi, e l'enfasi su razionalismo e individualismo che a essa si accompagnano. Il motivo è che si ritiene tale rappresentazione un'idealizzazione troppo distante dalla realtà dell'esistenza umana, e allo stesso tempo dannosa. Molte autrici²⁰¹ sottolineano infatti i rischi di presentare come normale, e dunque potenzialmente normativa, l'immagine fittizia di un soggetto isolato e autonomo che poco ha a che vedere con una persona reale. In effetti a partire da tale prospettiva risulterebbero problematiche innumerevoli situazioni del tutto comuni per qualunque soggetto: malattia, debolezza, dipendenza e ogni altra manifestazione della finitudine umana rischiano sia di essere percepite come altrettanti attentati alla pienezza e alla dignità del soggetto, sia di rendere chi le esperisce meno degno della propria umanità. Come si vedrà, è questa seconda conseguenza in particolare a risultare inaccettabile per la prospettiva della cura.

Tutto cambia se si considera l'essere umano prima di tutto come un essere intrinsecamente finito e vulnerabile, in quanto essere che è in un corpo e che è il suo corpo. Questa caratteristica dell'esistenza umana è innegabile e non va messa in secondo piano bensì portata alla luce. Naturalmente non è l'etica della cura a inventare una prospettiva antropologica di questo tipo, che si riconnette a tradizioni ben più antiche, come per esempio il pensiero cristiano. Inoltre, l'etica della cura - almeno nelle sue formulazioni femministe - non si basa su tesi antropologiche particolarmente dettagliate: ciò che preme è il riconoscimento di alcune caratteristiche di base che possono essere ulteriormente articolate secondo una molteplicità di prospettive. Ed è proprio su queste caratteristiche essenziali che concentrerò l'attenzione. Dunque, come si diceva, l'uomo viene considerato in primo luogo un essere vulnerabile,

²⁰¹ Per esempio Dodds 2007.

condizione che con Paul Valadier²⁰² possiamo distinguere da fragilità e precarietà: esperienze analoghe per alcuni versi, ma che si distinguono dalla vulnerabilità in quanto la fragilità rimanda alla possibilità di distruzione dell'ente a cui si riferisce, mentre la precarietà è per sua natura una condizione superabile. La vulnerabilità, invece, è caratteristica intrinseca dell'umano, e in quanto tale insormontabile, non transitoria proprio perché legata all'esistenza di un essere incarnato. Inoltre, essa rimanda alla possibilità di essere feriti, danneggiati, ma non direttamente all'idea della propria distruzione. La vulnerabilità richiama così l'attenzione sulla dimensione della sensibilità, più che della razionalità, dipingendo l'immagine di un essere inevitabilmente vincolato a dei limiti, ma allo stesso tempo provvisto di risorse per affrontarli, proprio perché vulnerabile ma non intrinsecamente fragile.

Questa condizione di vulnerabilità non va condannata, ma allo stesso tempo nemmeno enfatizzata eccessivamente: l'atteggiamento migliore consiste nel suo riconoscimento e nella sua accettazione, onde evitare che essa ci schiacci o che di essa si arrivi a compiacersi²⁰³. La consapevolezza della vulnerabilità propria e altrui è infatti la prospettiva che meglio consente di far fronte alle difficoltà che emergono nei momenti della vita in cui la vulnerabilità si manifesta in modo più evidente. Da queste considerazioni inizia a intravedersi la possibile rilevanza etica della condizione di vulnerabilità, ancor più evidente nel momento in cui si sottolinei il legame tra vulnerabilità e dipendenza.

Dalla condizione di vulnerabilità, infatti, deriva immediatamente la constatazione della non autosufficienza dell'io - specialmente in alcuni momenti della sua vita - e quindi il suo connaturato bisogno "dell'altro e della cura dell'altro"²⁰⁴. In quanto intrinsecamente vulnerabile, l'uomo è intrinsecamente dipendente. Riconoscere questo aspetto è fondamentale per non considerare le situazioni di dipendenza come situazioni in cui l'umanità di un soggetto è in qualche misura diminuita a causa delle sue performance non

²⁰² Valadier 2011, p. 200.

²⁰³ Due rischi individuati dallo stesso Valadier (*Ivi*, p. 205).

²⁰⁴ Palazzani 2012, p. 129.

all'altezza di un modello normativo che lo vorrebbe pienamente razionale e indipendente. Le autrici femministe, in particolare Kittay, insistono molto su questo tema, sottolineandone il rilievo politico oltre che antropologico e morale. Se si riconosce che attraversare fasi di dipendenza è una caratteristica intrinseca dell'esistenza umana in quanto vulnerabile, esse devono essere considerate come la norma, e non come un'eccezione scomoda che si tenta di relegare in secondo piano. Ciò porta, per esempio, a un approccio diverso alla disabilità, così come a una maggiore valorizzazione del lavoro di assistenza alle persone bisognose di cure.

Tutto questo deriva dal riconoscimento del fatto della dipendenza umana, contro la finzione che ci rappresenta come individui razionali e indipendenti: "Naturalmente, noi non spuntiamo fuori come persone completamente formate [...] lo diventiamo soltanto man mano che emergiamo da un periodo di dipendenza"²⁰⁵. Questa è una realtà antropologica che spesso non viene messa in luce a sufficienza, ma che ha rilevanti implicazioni filosofiche.

In primo luogo la dimensione della dipendenza chiama in causa la dimensione relazionale, perché riguarda una non autosufficienza dell'io che manifesta inevitabilmente il bisogno dell'altro. Nella maggior parte dei casi si tratta però di un legame a doppio senso, per cui sembra corretto parlare di "interdipendenza", termine che veicola sia la dimensione della dipendenza, sia della relazionalità.

Inoltre, secondo Kittay, su queste basi è anche possibile fondare una visione più relazionale del concetto di dignità, che la consideri come il riconoscimento di un valore intrinseco dell'altro, valore che emerge e può essere coltivato proprio tramite buone relazioni di cura che "agiscono come un canale che trasmette valore: il valore di chi offre assistenza viene conferito alla persona alla quale ci si dedica"²⁰⁶.

²⁰⁵ Kittay 2003, p. 153.

²⁰⁶ *Ivi*, p. 157.

In terzo luogo è interessante mettere in rapporto il concetto di dipendenza con quello di autonomia, iniziando dall'affermare che l'uno non contraddice l'altro. Come osserva anche Paolo Cattorini²⁰⁷, a differenza di quanto spesso si è portati a credere, in realtà dipendenza non è il contrario di autonomia. L'autonomia, infatti, non va concepita per forza in termini di autosufficienza e indipendenza, e riconoscere il valore dell'interdipendenza potrebbe portare a un'idea di autonomia più relazionale, nel senso di una competenza morale che si sviluppa nelle relazioni, non opposta ai legami²⁰⁸. In questo senso, anche e soprattutto le situazioni di dipendenza possono essere occasioni per coltivare la propria autonomia, non solo di vederla mortificata insieme alla propria autosufficienza.

Infine, considerare l'essere umano come intrinsecamente vulnerabile, e a tratti dipendente, porta a individuare l'esperienza della cura come esperienza umana universale in quanto risposta necessaria ai momenti di bisogno: risposta forse non inevitabile, ma in qualche misura comunque connaturata all'esistenza umana visto il sopravvivere della specie – che senza una naturale tendenza all'accudimento non sarebbe stato possibile. Ecco quindi che ci si presenta una tesi metaetica forte: quella di interpretare l'esperienza di cura come un'esperienza universale e allo stesso tempo fondante il nostro atteggiamento morale in quanto esperienza di apertura, condivisione e sollecitudine verso i nostri simili. “Il potere morale specifico [...] è legato alla realtà della nostra inevitabile dipendenza e fragilità umana”²⁰⁹ e “la capacità di assistere e curare [...] è in se stessa un potere morale specifico, che è a un medesimo tempo la risposta al valore intrinseco di ogni individuo e la sorgente di quel valore”²¹⁰.

²⁰⁷ Cattorini 2010.

²⁰⁸ Si veda Verkerk 2001.

²⁰⁹ Kittay 2003, p. 153.

²¹⁰ *Ivi*, pp. 154-155.

2.2.2 Relazionalità

La seconda componente antropologica fondamentale per la prospettiva della cura è l'intrinseca relazionalità dell'esistenza umana. Anche in questo caso essa è proposta in opposizione polemica alla concezione, ritenuta inadeguata, dell'essere umano come individuo isolato. Nelle autrici femministe in particolare, questa concezione relazionale della persona viene presentata all'interno della critica all'individualismo liberale²¹¹. Nella prospettiva della cura non ha senso concepire noi stessi prima di tutto come individui distinti e indipendenti che in seguito possono formare relazioni con altri individui. Al contrario, siamo persone che si costituiscono prima di tutto attraverso le relazioni e attraversando fasi di dipendenza. Quindi "il fatto che possiamo pensare e agire come se fossimo indipendenti dipende da una rete di relazioni sociali che rende possibile che ciò avvenga"²¹². Ogni essere umano è dunque sempre inserito in una rete di relazioni che, pur non plasmandola in modo deterministico, contribuisce a formarne l'identità. Questa prospettiva dovrebbe restituire un'immagine più veritiera e allo stesso tempo più piena sia dell'essere umano sia delle società in cui vive, poiché si basa su un modello non contrattualistico delle relazioni. Infatti, uno dei principali rischi dell'individualismo astratto è di proporre un soggetto di fatto sradicato dai fattori di costituzione della sua stessa soggettività, astratto al punto di rasentare il vuoto²¹³. Invece, proprio valorizzare la concretezza delle situazioni in cui è radicato permette di restituirgli pienezza.

È opportuno precisare che per quanto questo richiamo all'inevitabile relazionalità umana possa essere fondato in riferimento al bisogno di cura che emerge dalla condizione di vulnerabilità e dipendenza – portando quindi a una relazionalità concepita essenzialmente come interdipendenza – essa va intesa in

²¹¹ Si veda Held 2006, pp. 13-14.

²¹² *Ivi*, p. 14.

²¹³ Una preoccupazione simile è espressa, a partire da un diverso background filosofico, anche da Paul Valadier nel suo saggio *Democrazia di cittadini senza "Sé"?* (Valadier 2003b).

senso più ampio. Infatti, nonostante l'enfasi sulle relazioni di cura, le autrici femministe tramite il riferimento alla relazionalità umana vogliono veicolare un'immagine più realistica del soggetto morale, nei suoi legami con interessi particolari, relazioni concrete, sentimenti. Le relazioni prese in considerazione non sono quindi solo le relazioni di cura legate al bisogno, ma tutte le relazioni in cui la vita umana si esplica.

Inoltre, va detto che questa concezione relazionale dell'uomo non è assolutamente interpretata come contraria all'idea di un'autonomia del soggetto. Come in parte anticipato trattando della vulnerabilità, secondo la prospettiva della cura è infatti possibile ripensare lo stesso concetto di autonomia in termini meno rigidi e individualistici. In particolare, in seguito alla pubblicazione di un volume collettivo sul tema nel 2000²¹⁴, si è diffuso nel dibattito il riferimento alla cosiddetta "autonomia relazionale" (*relational autonomy*). Questa espressione non si riferisce a una specifica concezione di autonomia, ma abbraccia diversi tentativi di riconcettualizzare l'autonomia in modo non eccessivamente individualistico e razionalistico, a partire dalla "convincione che le persone siano socialmente radicate e che le identità degli agenti si creino nel contesto di relazioni sociali e si formino in base a un complesso di fattori sociali combinati, come razza, classe, genere, ed etnia"²¹⁵. Il punto di partenza è dunque l'insoddisfazione nei confronti della versione di autonomia più diffusa, incentrata sull'idea di autodeterminazione, insieme al riconoscimento dell'importanza del concetto stesso. La tesi delle curatrici è che nessuna delle critiche oggi rivolte all'autonomia giustifichi un rifiuto del concetto di per sé, ma piuttosto che esse indichino la necessità di ripensarlo. Questo ripensamento dovrebbe avvenire attraverso una concezione più completa dell'agente autonomo, in quanto l'autonomia dovrebbe essere pensata come "una caratteristica di agenti che sono creature emotive, incarnate,

²¹⁴ A cura di C. Mackenzie e N. Stoljar, dal titolo *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self* (Mackenzie - Stoljar 2000).

²¹⁵ *Ivi*, p. 4.

desideranti, creative e sensibili, oltre che razionali”²¹⁶. Inoltre, sia l’agente che le sue capacità andrebbero concepiti in termini relazionali. Per quanto manchi un modello di autonomia relazionale condiviso, in generale si può affermare che un’autonomia di questo tipo potrebbe essere concepita essenzialmente come una capacità del soggetto, che si esplica e si sviluppa anche e soprattutto all’interno di relazioni – e, molto spesso, proprio grazie a esse.

La prospettiva della cura è dunque caratterizzata da quella che con Pettersen²¹⁷ potremmo definire un’ontologia relazionale. Per quanto gli approcci legati alla cura siano tutti caratterizzati dall’enfasi sulla natura relazionale del soggetto, manca la condivisione di un’interpretazione più puntuale di questa stessa relazionalità. Ancora una volta emerge il carattere di impresa collettiva dell’etica della cura, che manca di una formulazione univoca, ma consiste in un tipo di approccio alla morale incentrato intorno ad alcune tesi di base, che viene ripreso da molti autori in tutto il mondo a partire da tradizioni filosofiche diverse. Così anche la tesi della relazionalità può essere ricondotta a diversi modelli dell’interazione umana: Eva Skærbæk²¹⁸, per esempio, la interpreta a partire dall’etica dell’interdipendenza ontologica di Løgstrup; Per Nortvedt²¹⁹ la ricollega all’etica metafisica di Lévinas; mentre Linus Vanlaere e Chris Gastmans²²⁰ utilizzano la tradizione personalista di Lovanio nelle versioni di Janssens e Selling. Non intendo qui soffermarmi su questi modelli; ciò che mi premeva era semplicemente mettere in luce gli aspetti principali della tesi condivisa e allo stesso tempo sottolinearne l’apertura a molteplici letture. Certamente, però, dedicarsi a un ulteriore approfondimento della dimensione antropologica – e ontologica – della relazionalità potrebbe essere una strada utile da percorrere per far progredire la riflessione sulla cura.

²¹⁶ Mackenzie – Stoljar 2000, p. 21.

²¹⁷ Pettersen 2011.

²¹⁸ Skærbæk 2011.

²¹⁹ Nortvedt 2003.

²²⁰ Vanlaere – Gastmans 2007.

2.2.3 Universalità e primarietà della cura

Dopo aver analizzato le tesi antropologiche principali presupposte dalla prospettiva della cura, è il momento di mettere a fuoco ciò a cui ho fatto riferimento in precedenza parlando del legame tra cura ed esistenza umana. La cura ha infatti dimostrato di possedere un notevole rilievo antropologico-esistenziale. Di fatto questo tipo di concezione della cura costituisce a sua volta una tesi antropologica ed è proprio questa tesi antropologica che definisce l'originalità filosofica della prospettiva della cura. Questa tesi potrebbe essere riassunta nell'attribuzione alla cura di due caratteristiche principali: universalità e primarietà.

Innanzitutto va chiarito che la cura a cui si fa riferimento costituisce un tipo di attività umana, dunque ha a che fare con delle pratiche e non corrisponde direttamente a una condizione caratteristica dell'esistenza, come vulnerabilità e relazionalità. Tuttavia è utile formularla in termini di condizione, in quanto la cura così formulata rivela un duplice aspetto: l'uomo è sia oggetto che soggetto di cure. Entrambe queste dimensioni, passiva e attiva, trovano fondazione a livello antropologico-esistenziale.

Come si è già visto, ogni uomo nel corso della sua vita è inevitabilmente oggetto di cure. Si tratta dunque di un'esperienza umana universale, legata alla nostra condizione di vulnerabilità e dipendenza che genera un innegabile bisogno di cure²²¹. "Nel corso della vita tutti gli esseri umani sperimentano momenti in cui hanno bisogno di ricevere cura, poiché nessuno è in grado di soddisfare autonomamente tutte le condizioni necessarie alla vita; la cura costituisce, dunque, una risposta necessaria a una condizione di forte dipendenza da altri. In questo senso si può parlare della cura come di *una necessità universale della condizione umana*"²²². Una necessità universale, dunque condivisa da ogni genere di società, anche se le pratiche attivate per soddisfarla possono variare a seconda delle epoche o delle culture. Inoltre, tale necessità di

²²¹ Si veda anche Martinsen 2011, in particolare p. 17.

²²² Mortari 2006, p. 31, enfasi mia.

essere accuditi da altri si manifesta nel momento stesso in cui veniamo al mondo: il fatto che siano le cure “materne” a garantirci la sopravvivenza dimostra l’essenzialità della cura per la nostra esistenza, in quanto ne costituisce la stessa condizione di possibilità. Si noti che a questo livello non ci si occupa di stabilire un modello di buona cura come riferimento, si sta semplicemente affermando che le nostre vite sono caratterizzate dalla presenza di pratiche di cura, buone o cattive che siano, esattamente allo stesso modo in cui sono caratterizzate dal nostro essere inseriti in una rete di relazioni, che possono essere più o meno gratificanti. La cura mantiene quindi traccia della sua ambiguità, che spetta al discorso etico affrontare.

In secondo luogo, ogni uomo è soggetto di cure. Non solo tutti sperimentiamo cosa significhi essere i destinatari della cura altrui, ma ciascuno di noi nel corso della vita fa l’esperienza di prestare cure ad altri. L’universalità di questa esperienza è quindi legata in particolare all’inevitabile interdipendenza che caratterizza gli uomini. La cura rappresenta infatti il nostro modo di confrontarci con la vulnerabilità e la dipendenza che ci contraddistinguono. Tuttavia, si può anche arrivare a sostenere che la cura definisca il nostro stare al mondo in generale e consista in un’attività quotidiana, in parte istintiva, che ci vede proiettati con interesse e preoccupazione verso l’esterno, sempre impegnati in pratiche volte a prenderci cura del nostro mondo, di noi e degli altri. Anche in questa interpretazione più esistenzialista la cura mantiene il suo carattere universale. Inoltre, in entrambe le versioni riemerge la primarietà della cura, anche se in questo caso più esistenziale che ontologica: l’essere soggetti di cure è infatti condizione di possibilità del fiorire della propria vita. Come sostiene Mortari, l’uomo “ha bisogno di aver cura di sé, degli altri e del mondo per costruire direzioni di senso nella sua esistenza”²²³. Ancora una volta, nulla si sta dicendo in senso valutativo nei confronti di queste pratiche di cura, e d’altronde la valutazione non compete a questo livello dell’analisi. Tuttavia questa proposta antropologica non è priva di conseguenze sul piano etico.

²²³ Mortari 2006, p. VII.

Un'antropologia di questo tipo, in effetti, porta con sé alcune tesi rilevanti per l'etica fondamentale, in quanto propone una visione del soggetto morale come intrinsecamente relazionale, naturalmente legato ad altri soggetti e naturalmente inserito in pratiche di cura. Condividere una proposta di questo tipo porta con sé molte conseguenze nel momento dell'elaborazione di una prospettiva morale. Per esempio, le relazioni non potranno essere concepite come elementi accessori, da mettere tra parentesi nel momento della deliberazione, ma andranno inevitabilmente prese in considerazione in quanto elementi costitutivi del soggetto. Il modello dell'agente razionale astratto viene così messo radicalmente in discussione. Inoltre, questa prospettiva suggerisce che nell'uomo ci sia una tendenza innata a sentirsi chiamato in causa dalla vulnerabilità altrui e a rispondervi con azioni di cura, per quanto differenziate. Nonostante si riconosca che diverse risposte, non sempre positive, sono possibili, questo modello restituisce comunque un'immagine dell'uomo più ottimistica rispetto al modello hobbesiano, essendo incentrato non su dinamiche di dimostrazione di forza, ma sulla dinamica del riconoscimento della propria comune vulnerabilità. Si apre così la strada per una morale della sollecitudine, più che del rispetto.

Dopo questo *excursus* antropologico, volto a chiarire i principali presupposti della prospettiva della cura, nel prossimo paragrafo mi dedicherò a una sintesi degli elementi principali emersi finora, con il duplice obiettivo di arrivare a una chiarificazione del concetto di cura e a un bilancio finale sulla possibilità che su di esso venga fondata un'etica.

2.3 Cura ed etica

Dopo questa lunga analisi dedicata alla cura è giunto il momento di tirare le fila della chiarificazione concettuale che ho cercato di portare avanti. Abbiamo visto nel primo capitolo che le autrici femministe hanno elaborato diverse caratterizzazioni della cura come pratica relazionale, in particolare tramite accurate descrizioni fenomenologiche e il riferimento al paradigma di cura per eccellenza, quello delle cure materne. Le loro riflessioni propongono spunti interessanti, ma sembrano in parte mancare di sistematicità e in parte trascurare l'approfondimento delle tesi antropologiche implicite nelle loro analisi. A queste tesi antropologiche è stata dedicata la seconda parte di questo capitolo, mentre nella prima mi sono soffermata su interpretazioni della cura passate o legate ad altre tradizioni di pensiero, nella convinzione che prenderle in considerazione potesse arricchire l'analisi.

In effetti, la storia del concetto di cura ha suggerito l'opportunità di approfondirne la dimensione universale, valorizzando il legame tra cura ed esistenza umana. Fonti come il mito di Cura e il *Faust* propongono infatti di concepire la cura come una costante della vita umana, persino come la caratteristica che definisce il nostro stare al mondo. In questa direzione potremmo forse reinterpretare la definizione di Tronto, che vede la cura come "un'attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro 'mondo' in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile. Quel mondo include i nostri corpi, le nostre identità, e il nostro ambiente"²²⁴. Una definizione così generale può essere infatti utile per inquadrare la cura nella sua dimensione più ampia e per sottolinearne la pervasività rispetto al vivere umano. Allo stesso tempo non deve però mancare la consapevolezza dell'ambiguità che caratterizza la cura così intesa. Lo stesso *Faust* e l'etimologia latina del termine sono un monito a prendere in considerazione il fardello che la cura può rappresentare, oltre alle forme

²²⁴ Fisher - Tronto 1990, p. 40.

negative che essa può assumere. Dunque, a questo livello più generale dell'analisi, sembra di poter concludere che la cura si presenta come una pratica relazionale, universale e primaria, che contraddistingue la vita umana. La cura riguarda ogni uomo nel suo relazionarsi con il mondo e con gli altri: ciascuno di noi si trova infatti a sperimentare relazioni di cura in cui di volta in volta possiamo essere i curanti o i curati. La condizione di "curati" (oggetti di cura) è resa inevitabile dalla vulnerabilità che ci caratterizza in quanto uomini, mentre la condizione di "curanti" (soggetti di cura) è legata al nostro modo di stare al mondo e di reagire alla vulnerabilità altrui. In entrambi i casi la cura si presenta come una pratica relazionale in cui siamo degli attori.

La cura considerata a questo livello, però, non sembra offrirsi come ideale di riferimento per un'etica. Si tratta infatti di una pratica concepita in termini troppo generali per servire a tale scopo, oltre a essere portatrice di una potenziale ambiguità. Tuttavia, pur nella sua ambiguità, essa rivela una naturale tendenza a sentirsi chiamati in causa dalla vulnerabilità altrui, tendenza che con Ricoeur possiamo designare con il bel nome di sollecitudine. L'idea della sollecitudine, vale a dire di un naturale senso di responsabilità verso gli altri, costituisce un'importante tesi fondativa per un'etica, ma non risulta sufficiente come nucleo di un'etica normativa, in quanto non specifica quali siano i principi che dovrebbero guidare le nostre azioni. Inoltre, al riconoscimento della tendenza alla sollecitudine si accompagna la consapevolezza del fardello che essa può rappresentare e del suo possibile degenerare in forme di rapporto poco raccomandabili dal punto di vista etico.

Per identificare una forma di cura che possa fungere da ideale per un'etica è quindi necessario effettuare alcune distinzioni. In particolare, in primo luogo è fondamentale identificare le manifestazioni della cura che hanno un qualche rilievo etico e differenziarle dalle pratiche di cura moralmente irrilevanti. In questo senso sembra di poter dire che la cura manifesta la sua intrinseca eticità nel momento in cui si rivolge a un altro essere umano, come impegno ad aiutarlo a soddisfare i suoi bisogni avendo il suo bene come fine. Questa precisazione apparentemente banale – che potrebbe peraltro essere

suggerita dallo stesso Heidegger e dalla sua distinzione tra *Besorgen* e *Fürsorge* - è in realtà di estrema importanza e non sempre è tenuta in adeguata considerazione dalle autrici femministe. L'enfasi sulla politica della cura e l'attenzione per il lavoro di cura le portano infatti a correre il rischio di assimilare forme di cura dal diverso valore morale; è il caso per esempio di Tronto, che con la sua definizione generale finisce per assimilare la cura per le persone alla cura per le cose. Tuttavia per poter parlare di un'etica della cura è fondamentale concentrarsi su una cura dal particolare rilievo etico, che non sembra essere quella che dedichiamo al nostro ambiente, per quanto importante essa possa essere per la nostra vita. La cura per altri esseri umani, invece, rivela un'immediata eticità non solo perché rivolta a persone, ma anche perché essa costituisce una relazione asimmetrica con un altro che ci si presenta nel momento del bisogno ed espone la sua vulnerabilità. Il modo in cui agiamo nei confronti di un altro soggetto che ci appare più debole è evidentemente un tema di rilevanza etica.

Dunque, la cura come ideale etico dovrà essere per prima cosa una pratica rivolta alla vulnerabilità altrui. Tale precisazione non è però ancora sufficiente, in quanto non tutte le relazioni di cura rappresentano dei modelli per l'agire. Per poter parlare di un'etica della cura è quindi necessario effettuare un'ulteriore distinzione, e individuare gli elementi che definiscono la cura buona o autentica. Un'efficace chiarificazione in questo senso permetterebbe infatti di presentare la cura come un ideale normativo. Gran parte del dibattito si riferisce alla cura intesa in questa accezione più ristretta, come pratica relazionale positiva, e molto sforzo è stato dedicato a delineare le caratteristiche che la distinguono da forme negative di relazione. Le principali preoccupazioni morali che emergono da una relazione di cura riguardano da un lato la tutela di entrambi i soggetti coinvolti, dall'altro la gestione dell'asimmetria che la caratterizza.

Per quanto concerne quest'ultimo punto, il criterio che identifica la buona cura è il suo tendere - quando possibile - a un superamento dell'asimmetria e non al suo consolidamento. Come la sollecitudine di Ricoeur,

la cura buona consiste in una dialettica di dare e ricevere che punta a bilanciare l'iniziale dissimmetria, non a esaltarla. Una buona relazione di cura si basa quindi su una certa reciprocità, che deriva generalmente dal contributo del *cared-for* al rapporto, contributo che può consistere in una risposta anche minima alle cure ricevute – che comunque restituisce al *carer* il senso degli sforzi che ha compiuto – fino all'instaurarsi di una relazione in senso pieno che può essere fonte di grande arricchimento umano per entrambi i soggetti.

Questa prima condizione ci indica anche una possibile risposta al problema della tutela del soggetto tendenzialmente più debole della relazione: il *cared-for*. Il rischio che egli corre è quello di subire sopraffazioni di vario genere, tra cui le più specifiche²²⁵ sono quelle legate al possibile paternalismo del *carer*. Per questo il fatto che la buona relazione di cura si basi sulla reciprocità rappresenta una tutela per il *cared-for*, in quanto sancisce l'importanza del momento della ricezione delle cure. Per Tronto e Kittay questo criterio – secondo il quale una cura è buona solo se viene percepita come tale da chi la riceve²²⁶ – permette di salvare la cura dai rischi di arbitrarità e unilateralità. Se si valorizza la risposta del *cared-for* alle cure si difende infatti la sua autonomia e si priva il *carer* di un potere decisionale senza controllo. Il paternalismo non sarebbe dunque possibile in un'autentica relazione di cura, in quanto il suo unico fine dovrebbe essere il bene del *cared-for*, al quale il *carer* non dovrebbe sostituire i suoi fini personali. L'idea di un io-trasparente elaborata da Kittay mette bene in luce come il *carer* dovrebbe limitare al massimo la sua ingerenza e mettersi in ascolto del *cared-for* e delle sue

²²⁵ Naturalmente sussiste il rischio di sopraffazioni più gravi, dalla violenza all'uccisione, ma si tratta di un rischio presente in ogni relazione umana e non specifico della relazione di cura. Inoltre, poiché si è detto che la pratica di cura di cui si tratta ha il bene dell'altro come suo fine, si possono immediatamente escludere dalla cura i soprusi peggiori.

²²⁶ Questo riconoscimento può essere esplicito, oppure può consistere in una semplice reazione fisica positiva, come una crescita adeguata nel caso di un infante, o il miglioramento delle condizioni di salute nel caso di un malato.

esigenze²²⁷. Inoltre, trattandosi di una relazione che punta a superare l'asimmetria, è evidente che una buona cura si basa sul maggior coinvolgimento possibile del *cared-for* nelle decisioni che lo riguardano, a partire dalla stessa definizione dei bisogni che la cura dovrebbe soddisfare. In tal senso una buona relazione di cura cerca di valorizzare l'autonomia del soggetto più debole, basandosi sulla consapevolezza che essa è depotenziata dalla sua condizione di dipendenza e che merita di essere tutelata. Per di più, la miglior cura possibile sarebbe analoga all'amore premuroso descritto da Ruddick: un'amorevole sollecitudine basata sul pieno riconoscimento dell'alterità di un soggetto del quale con la cura si vuole favorire la fioritura. Perché un soggetto riceva buona cura è quindi necessario che il *carer* soddisfi alcune condizioni: essere attento e aperto per identificare i bisogni altrui, assumersi la responsabilità di soddisfarli, essere competente rispetto alle cure che presta, infine essere reattivo per cogliere la reazione che le sue cure hanno determinato²²⁸.

Naturalmente un criterio di questo tipo si rivela a prima vista problematico in almeno due possibili scenari. Uno riguarda la situazione di una relazione di cura in cui l'autonomia del *cared-for* è seriamente compromessa: in questo caso il rischio di paternalismo sarebbe più forte, vista la difficoltà di coinvolgere chi riceve le cure nelle decisioni che lo riguardano. Si tratta in parte di una situazione limite – soprattutto se si dà il caso che non si configuri nemmeno la possibilità di un recupero – in cui si potrebbe avere lo stesso buona cura dedicando per esempio maggiore attenzione del normale a cercare di rispettare quelle che potrebbero essere le preferenze del *cared-for*²²⁹. In un caso simile la reciprocità della relazione sarà evidentemente ridotta, ma non per questo del tutto preclusa. Il secondo scenario potenzialmente problematico

²²⁷ La stessa descrizione del lavoro materno di Ruddick, orientata al fiorire del figlio e non certo al suo assoggettamento, è un possibile modello di riferimento contrario al paternalismo.

²²⁸ Si tratta dei quattro elementi morali che Tronto attribuisce a ciascuna delle quattro fasi in cui si articola la pratica di cura.

²²⁹ Identificandole magari tramite il confronto con persone a lui vicine, o stabilendole in base a standard generalmente condivisi.

riguarda invece il caso in cui il *cared-for* non riconosca come buona una cura che invece l'opinione comune riterrebbe tale. In base al criterio per cui la cura per essere buona deve essere percepita in tal senso dal *cared-for*, saremmo portati a escludere tutte le situazioni in cui tale riconoscimento non avviene. Ritengo però che alcune precisazioni siano necessarie. Questo criterio è volto innanzitutto a garantire il rispetto di chi riceve le cure, e quindi il rispetto della sua autonomia. Esso si applica quindi a decisioni che derivano e puntano ad affermare questa stessa autonomia. Così un senz'altro che rifiuta aiuto, o un paziente che rifiuta un trattamento medico – e quindi la loro eventuale reazione negativa a cure imposte in tal senso – vanno rispettati – e le eventuali cure imposte vanno giudicate negativamente da un punto di vista morale. Ciò vale ovviamente nella misura in cui la loro posizione sembra derivare da un'effettiva autonomia e consapevolezza di sé. Diverso il caso di soggetti il cui rifiuto o reazione negativa non appare pienamente funzionale a coltivare la loro autonomia, ma dettato da capricci o da stati d'animo passeggeri. Così non considereremo cattiva cura l'opportuna somministrazione di un antibiotico a un bambino che pure non vuole saperne, mentre sarà cattiva cura desistere troppo in fretta dall'assistenza di una persona in difficoltà nel caso di reazioni negative, senza approfondirne il motivo. Il criterio del rispetto della percezione delle cure da parte del *cared-for* non sembra dunque cadere nel rischio di un totale soggettivismo, per quanto va detto che esso determina una notevole variabilità in ciò che può essere considerato cura buona. Tale variabilità va però considerata un valore, in quanto consente di basare il giudizio morale sull'unicità delle relazioni di cura.

L'ultima preoccupazione morale che emerge dalle relazioni di cura riguarda invece la persona che presta le cure. Anche il *carer* ha infatti bisogno di essere tutelato, perché corre il rischio di essere sfruttato. E tale rischio è aggravato dall'enfasi sul *cared-for* come soggetto debole e bisognoso di tutela. Nel primo capitolo abbiamo però visto che la relazione di cura può essere estremamente impegnativa e onerosa per chi se ne fa carico, tanto da rendere il *carer* un soggetto potenzialmente debole a sua volta. Kittay difende quindi la

necessità di un sostegno sociale per chi svolge il lavoro di cura, insieme alla valorizzazione di quest'ultimo. Tuttavia mettere in luce la potenziale fragilità del *carer* aiuta a chiarire un ulteriore criterio che identifica la cura buona. La cura buona deve infatti tutelare anche colui che presta le cure e questa tutela è garantita innanzitutto dal suo essere una relazione reciproca. La reciprocità della relazione non indica infatti solo la necessità di favorire un ruolo attivo del *cared-for*, bensì anche l'importanza di rispettare le esigenze dello stesso curante. In una relazione di cura sono almeno due i soggetti coinvolti ed entrambi devono potersi sentire a loro agio nel rapporto, sapendosi entrambi rispettati in quanto soggetti. In questo senso, nonostante il suo io-trasparente, il *carer* non deve scomparire dalla relazione – che anzi può arricchirsi grazie alla sua soggettività – e le cure che egli presta devono rimanere compatibili con la cura che riserva a se stesso. Il fatto che la cura di sé del *carer* sia compatibile con le cure che presta è quindi un altro criterio che definisce la cura buona. Naturalmente questo criterio implica anche il rispetto dei valori del *carer* (ed eventualmente della sua professionalità): nonostante il *cared-for* debba manifestare le sue preferenze, egli non può pretendere di ricevere un'assistenza di un certo tipo quando questa vada contro le convinzioni di chi gli presta le cure.

In sintesi, la cura buona alla base di un'etica della cura sarebbe quindi una relazione tra più soggetti, in cui uno di essi si assume l'impegno ad aiutare l'altro a soddisfare alcuni bisogni che quest'ultimo non è in grado di soddisfare da solo. Questa relazione deve essere reciproca, vale a dire puntare a ridurre l'iniziale dissimmetria e basarsi sul rispetto e la tutela di entrambi i soggetti e delle loro esigenze.

In seguito a questo tentativo di chiarificazione del concetto di cura, vorrei riprendere il bilancio relativo all'ipotesi di fondare un'etica basata su di esso, bilancio già introdotto alla fine del primo capitolo.

Dall'ulteriore analisi svolta, infatti, mi sembra emergere un certo potenziale anche normativo dell'idea di cura. A ben vedere, è possibile

identificare una serie di criteri che definiscono la buona cura in maniera abbastanza convincente, per cui l'accusa di vaghezza normativa andrebbe in parte ridimensionata. Tuttavia, anche in seguito a questo ulteriore approfondimento, rimane indubbia un'insufficienza dell'etica della cura come teoria normativa. Il problema principale, infatti, riguarda la possibilità di incentrare tutta l'etica intorno all'ideale di una buona cura. Come si è visto con Noddings, un tale tentativo non convince perché finisce per presentare un'immagine della morale estremamente riduttiva. La stessa Held ritiene che l'etica della cura non vada intesa in tal senso, ma come parte di una morale più ampia che includa anche un'"etica della giustizia". Purtroppo un modello di questo tipo non è ancora stato proposto, per cui si può concludere che per il momento l'etica della cura non si presenta come una teoria morale autonoma²³⁰.

Come si è già più volte sottolineato, però, le potenzialità dell'etica della cura non risiedono tanto nella sua componente normativa ma emergono davvero solo nel momento in cui si assuma una prospettiva più ampia sulla morale, riconoscendo l'importanza di interrogarsi sull'etica fondamentale e sulle tesi antropologiche che precedono la teorizzazione, nonché il ruolo centrale di alcune precondizioni della vita morale, quali la percezione morale e la motivazione.

Il tema della percezione morale come precondizione della vita morale - e quindi del giudizio e del comportamento morale - è spesso trascurato dall'etica, nonostante sia all'origine della stessa morale, sia da un punto di vista logico, sia empirico. Poiché la teoria morale contemporanea è per lo più preoccupata "dei criteri per un giudizio moralmente corretto e della giustificazione di norme, principi e diritti, la questione di come si arrivi in primo luogo all'oggetto del giudizio morale tende a essere poco considerata, così come la questione di cosa

²³⁰ Tuttavia, il potenziale anche normativo dell'idea di cura potrebbe forse essere sfruttato in riferimento ad alcune pratiche umane specifiche, rispetto alle quali potrebbe essere considerato in grado di esaurirne la normatività. Questa ipotesi è stata esplorata in letteratura in particolare in riferimento alla pratica infermieristica, ma potrebbe essere efficacemente applicata anche alla medicina clinica, come cercherò di fare nel prossimo capitolo.

sia necessario al soggetto – in termini di capacità cognitive ed emotive – per riconoscere l'altro come un interlocutore morale e quindi come oggetto di rispetto e cura e come portatore di diritti e dignità umana"²³¹. In particolare, a essere trascurata è la componente emotiva alla base della morale, mentre è innegabile il ruolo cruciale che le emozioni rivestono nel farci percepire la salienza morale di alcune situazioni²³²: "Comprendere le circostanze e percepire se stessi come chiamati in causa, e quindi essere sensibili al modo in cui una situazione riguarda gli altri nel bene e nel male, in breve, identificare una situazione come portatrice di *valore morale* – tutto ciò è necessario per entrare nell'ambito della moralità, e niente di ciò potrebbe accadere senza la facoltà emotiva basilare dell'empatia"²³³. Da questo punto di vista è chiaro il contributo che l'etica della cura può portare, sia grazie alla riabilitazione morale della vita emotiva che propone, sia tramite le sue risorse critiche nei confronti dei limiti della concezione dell'etica offerta dalle teorie dominanti.

Inoltre, una prospettiva morale basata sulla cura può offrire spunti per riconsiderare la questione della motivazione morale, quindi il modo in cui si spiega l'influenza dell'etica sulla nostra effettiva condotta. In questo senso l'etica della cura può offrire un contributo per rifiutare una netta separazione tra motivi e ragioni giustificatrici, sulla base della constatazione che "guardando all'esperienza comune, una separazione radicale tra i sentimenti e i motivi umani, da una parte, e le ragioni a cui attribuire la giustizia dei nostri atti, dall'altra, non trova riscontro"²³⁴. Allo stesso tempo, l'approccio della cura mette in guardia da posizioni razionaliste di stampo kantiano, che rischiano di misconoscere il ruolo di fattori non razionali – come passioni o interessi – che pure risultano fondamentali per la vita etica. L'etica della cura potrebbe quindi farsi promotrice di una concezione più sentimentale della ragione che opera in

²³¹ Vetlesen 1994, p. 5.

²³² Carse 1991, p. 14.

²³³ Vetlesen 1994, p. 4.

²³⁴ Donatelli 2001, p. 25.

etica, seguendo un percorso analogo a quello suggerito da Donatelli nel suo tentativo di recupero di alcuni aspetti del sentimentalismo morale²³⁵.

Infine, l'etica della cura propone di ripensare l'immagine del soggetto e delle relazioni umane alla base delle teorie morali dominanti. Questo ripensamento va interpretato in senso forte come un cambio di paradigma, che dovrebbe lentamente portare a nuove teorie morali, diverse perché basate su nuovi presupposti. Naturalmente l'etica della cura non propone di rigettare *in toto* ciò che la morale tradizionale ci insegna, ma suggerisce di rivalutarne il peso a partire dall'enfasi su aspetti della vita etica di solito relegati in secondo piano. Il nuovo paradigma proposto consiste principalmente nel concepire la vita etica come basata su una dinamica di sollecitudine verso l'altro, che ci si presenta innanzitutto come un soggetto vulnerabile verso il quale ci sentiamo responsabili e i cui bisogni siamo inclini a soddisfare tramite la cura. Si tratta di una dinamica diversa sia dal mito hobbesiano sia dalla dialettica del rispetto, in quanto improntata alla reciprocità, ma non all'antagonismo. Si potrebbe dire che questa prospettiva proponga una visione più "ottimista" della vita morale, dandone una rappresentazione più ampia e meno formale e puntando a includere un'etica imparziale del rispetto e della giustizia - che potremmo considerare alla stregua di un'etica minima - nel quadro di una morale "massima" della sollecitudine. La morale della sollecitudine potrebbe così rappresentare, come in Ricoeur, la fonte imprescindibile del senso più autentico della norma etica, della quale non si vuole negare la necessità, ma di cui si vuole mettere in luce la limitatezza come immagine esauriente della moralità. Esaurire la vita morale nella dialettica del rispetto sembra infatti limitante quanto far coincidere la filosofia morale con la teoria normativa. Una prospettiva di questo tipo finirebbe infatti per privarci di importanti risorse di significato; ed è proprio da questo che l'etica della cura vuole metterci in guardia.

²³⁵ Donatelli 2001.

3. LA CURA MEDICA

Per completare l'analisi della portata normativa del concetto di cura, mi dedicherò ora a valutare il suo possibile contributo alla bioetica clinica, saggiandone le potenzialità in riferimento a una pratica umana specifica: la medicina clinica²³⁶. Questa operazione presuppone evidentemente un certo tipo di concezione del rapporto tra etica e pratiche – o, in altri termini, di etica applicata²³⁷ – in base alla quale la morale non si esaurisce in un'unica etica normativa generale applicabile a qualunque contesto, ma si trova invece a essere arricchita nel confronto con pratiche umane particolari che rivelano principi morali loro propri²³⁸. In base alla definizione di MacIntyre²³⁹, infatti,

²³⁶ Come già detto, in letteratura questo tipo di analisi è stata svolta soprattutto per quanto riguarda l'etica infermieristica, ma intendo mostrare come l'ideale di cura si possa applicare in maniera altrettanto convincente alla medicina clinica. L'elaborazione del concetto di *care* in relazione al *nursing* ha in effetti una storia piuttosto lunga che risale anche a prima degli anni Ottanta ed è in parte indipendente rispetto alla *Care Ethics* (Reich 1995; Griffin 1983; Jecker – Self 1991). Molto meno successo ha avuto la nozione di cura in riferimento all'etica medica, nonostante alcuni articoli pionieristici in tal senso (si pensi a Peabody 1927).

²³⁷ Sull'interpretazione dell'espressione "etica applicata" si veda la prima parte di Morandini 2010.

²³⁸ Il riconoscimento dell'esistenza e della legittimità di una morale interna alla medicina determina l'assunzione di un approccio ben preciso alla stessa bioetica clinica, in base al quale se ne rifiuta l'identificazione con la semplice applicazione di teorie e principi generali a problemi specifici. Questo approccio mira invece all'integrazione tra la moralità interna della pratica medica – perseguendo l'aderenza ai suoi fini intrinseci – e la moralità esterna – che permette di mantenere uno sguardo critico sulle singole pratiche. I presupposti teoretici di una concezione della bioetica clinica di questo tipo si trovano in un volume del 2005 a cura di C. Viafora, *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations* (Viafora 2005), che raccoglie i contributi di alcuni tra i più importanti bioeticisti contemporanei (si veda in particolare il saggio di Henk Ten Have dal titolo "A Helping and Caring Profession": *Medicine as a Normative practice*).

²³⁹ "Per 'pratica' intenderò qualsiasi forma coerente e complessa di attività umana cooperativa socialmente stabilita, mediante la quale valori insiti in tale forma di attività vengono realizzati nel corso del tentativo di raggiungere quei modelli che pertengono ad essa e parzialmente la definiscono. Il risultato è un'estensione sistematica delle facoltà umane di raggiungere l'eccellenza e delle concezioni umane dei fini e dei valori impliciti" (MacIntyre 2007, p. 232 della traduzione italiana).

una pratica è un tipo di attività umana caratterizzata da precisi valori di riferimento e dalla realizzazione di fini specifici che la contraddistinguono. In questo senso “ogni pratica ha una propria etica peculiare, in cui si tutelano i valori essenziali in gioco in quella pratica”²⁴⁰. Ciò non significa tuttavia proporre un’immagine schizofrenica della moralità - in cui i valori di riferimento cambierebbero da una pratica all’altra senza alcuna garanzia di continuità - bensì è possibile immaginare una coerenza tra etiche pratiche e morale generale, sia a partire per esempio da una prospettiva aristotelica (per cui le pratiche specifiche dovrebbero rimanere coerenti con il fine ultimo della vita umana), sia da una prospettiva kantiana (per cui “vi sono valori interni alle pratiche ma ogni singola massima è vincolata internamente dal criterio della non contraddizione del volere”²⁴¹). In base a questa concezione, inoltre, il confronto con pratiche specifiche e concrete è considerato una risorsa fondamentale per la stessa etica generale - in base a un’idea del rapporto tra universale e particolare non gerarchica ma per la quale l’universale deve calarsi e prender corpo nell’assunzione delle particolarità “non come una spiacevole concessione, ma come un’indispensabile condizione del suo senso”²⁴².

L’analisi qui proposta muoverà dal presupposto essenziale del discorso, vale a dire la possibilità di caratterizzare la medicina come pratica dotata di una normatività interna. La prima parte del capitolo sarà quindi dedicata alla medicina come pratica e all’approfondimento del contesto in cui essa si situa, attraverso un’analisi della relazione medico-paziente e un approfondimento del significato dell’esperienza di malattia. Nella seconda parte, invece, mi concentrerò dapprima sulle implicazioni dell’idea di medicina come pratica relazionale, per poi spostare l’attenzione sull’idea di cura come ideale normativo per la pratica clinica stessa. Nella conclusione si arriverà infine a una valutazione del potenziale normativo del concetto di cura quando applicato alla pratica clinica o a contesti clinici specifici.

²⁴⁰ Mordacci 2010, p. 73.

²⁴¹ *Ivi*, p. 79.

²⁴² Valadier 2003c, p. 404.

3.1 Medicina clinica e moralità

Per poter parlare della cura come ideale normativo della pratica medica è indispensabile valutare la natura di questa attività umana e il suo essere o meno dotata di un rilievo morale.

Sembra senz'altro possibile considerare la medicina clinica come una pratica in base alla già ricordata definizione di MacIntyre, come fa per esempio Roberto Mordacci: "La cura medica è un'attività complessa e coerente, che implica cooperazione tra varie persone che perseguono un bene comune generale attraverso diversi incarichi individuali; questo bene comune generale può essere considerato interno alla pratica medica nel senso che non può essere raggiunto in altro modo, così che ogni modo di ottenere quel bene [...] costituisce un esempio di medicina; ci sono standard di eccellenza, e al di sotto di essi a nessuno è pubblicamente permesso praticare la medicina; e i maestri della pratica sono coloro che ne estendono i limiti nel realizzarne i beni interni"²⁴³. Una definizione di questo tipo si basa sull'idea che per identificare una pratica sia necessario individuare quali sono i suoi "beni interni", vale a dire gli scopi che la contraddistinguono; nel caso della medicina si può parlare di una pratica orientata al perseguimento di un bene che è anche un bene comune, valorizzando così la dimensione sociale dell'agire medico.

Intendere la medicina come pratica significa anche rifiutare una sua caratterizzazione in termini meramente tecnico-scientifici e avvicinarla piuttosto all'idea aristotelica di *praxis*²⁴⁴. Se è infatti evidente che la medicina clinica non può rientrare tra le scienze teoretiche, a causa del carattere eminentemente pratico delle sue finalità, non risulta neppure soddisfacente

²⁴³ Mordacci 2001, p. 124.

²⁴⁴ Mi riferisco qui alla distinzione aristotelica tra sapere teoretico, pratico e poietico (che si trova in particolare in *Metafisica*, II A, 993b, 19-23; VI E, 1025b, 20-28; XI K, 1064a, 10-20) e tra le attività che a tali saperi sono legate, vale a dire rispettivamente teoresi, prassi e poiesi.

considerarla un'attività semplicemente tecnica²⁴⁵. Il prendersi cura di un altro essere umano malato, dunque, non sembra essere definibile come prodotto di una *poiesis*, ma presenta caratteristiche che lo avvicinano alla *praxis*. La *praxis* aristotelica, infatti, contraddistingue in particolare l'azione morale, vale a dire un'azione che ha origine e conclusione nell'uomo stesso, perché contribuisce a formarne il carattere (in questo senso l'azione torna al soggetto). Inoltre, una caratteristica rilevante dell'azione pratica, a differenza di quella poetica, è il suo non essere replicabile, in virtù del suo legame con il soggetto agente e il contesto in cui si è verificata. Questi elementi sono perfettamente coerenti con l'agire medico, che si realizza in situazioni di cura irripetibili ed è sempre rivolto a un paziente nella sua singolarità. Un ulteriore elemento di interesse è poi la possibilità di applicare alla pratica medica la riflessione aristotelica sulla saggezza alla base della *praxis*: la *phrónesis*. In Aristotele, infatti, la *phrónesis*²⁴⁶ (saggezza pratica) è una virtù che consiste nella disposizione a deliberare secondo ragione su ciò che è bene o male nella concretezza delle situazioni particolari, individuando i mezzi più appropriati per realizzare i fini che il soggetto si è dato. La saggezza pratica è così l'unica virtù dianoetica che entra in relazione con le virtù etiche, in quanto essa delibera sui mezzi per raggiungere fini la cui bontà dipende dalle virtù etiche del soggetto. La *phrónesis* rappresenta quindi la commistione dell'"universale" e della contingenza, poiché consiste nell'applicazione di una conoscenza generale alla situazione particolare in cui il soggetto si trova ad agire. È evidente che un procedimento deliberativo di questo tipo, che rapporta la conoscenza teorica alla singolarità del caso presente, ha molte somiglianze con il giudizio medico, tanto che lo stesso Ricoeur²⁴⁷ definisce "prudenziale" il primo livello del

²⁴⁵ Va detto però che proprio Aristotele in più passi parla della medicina come di una *techné* (si vedano per esempio *Etica Nicomachea*, I, 1094a, 5-10; I, 1097a, 15-20; II, 1104a, 5-10; V, 1138b, 1-5; VI, 1143b, 25-30; VI, 1145a, 5-10).

²⁴⁶ Aristotele, *Etica Nicomachea*, VI, 1140a, 25-30.

²⁴⁷ Ricoeur 1996, p. 29 della traduzione italiana.

giudizio clinico – in cui la facoltà di giudizio si applica a singole situazioni – riferendosi proprio alla saggezza pratica in senso aristotelico²⁴⁸.

Parlare della clinica come pratica, nel senso appena descritto, significa perciò ritenere insoddisfacente una sua caratterizzazione in termini esclusivamente tecnico-scientifici. Infatti, se è difficile considerare la clinica²⁴⁹ come una scienza, a causa della sua vocazione pratica alla terapia, la complessità della relazione umana tra medico e paziente rende difficile anche assimilarla a una semplice tecnica, per quanto raffinata. Questo non significa sostenere che scienza e tecnica siano elementi estranei alla medicina, ma significa ricomprenderli in una visione più ampia di una pratica clinica che coniughi il sapere di tipo naturalistico su cui si fonda a una spiccata sensibilità umanistica. Tale necessità deriva dal fatto che la medicina clinica si basa sempre su un'irrepetibile relazione tra individui ed è quindi contraddistinta da una relazione interpersonale che la porta a confrontarsi con la complessità delle dimensioni in cui la vita personale si esplica. Questa dimensione personale entra inevitabilmente in gioco, per esempio, nel processo del giudizio clinico, in cui il medico si deve confrontare con la persona che vuole aiutare e con il suo mondo valoriale: in alcuni casi il rispetto dei valori del paziente può portare a decidere per un intervento (o non intervento) diverso da quello che il medico avrebbe consigliato sulla base delle sue sole conoscenze scientifiche²⁵⁰.

²⁴⁸ Infatti *prudentia* è il termine latino con cui si traduce il greco *phrónesis*.

²⁴⁹ Si badi bene che il nostro discorso verte sulla natura della *pratica clinica* e non della medicina in generale. Affermare che la pratica clinica non dovrebbe essere identificata con una scienza non significa dunque in alcun modo affermare che non possa esistere una scienza medica o che la clinica non presenti alcun carattere di scientificità. Inoltre, la prospettiva fronetica sulla medicina non nasconde tanto una filosofia della scienza di particolare pochezza – come sembra pensare A. Pagnini (Pagnini 2010, p. 36) – quanto una valorizzazione di altre dimensioni di significato che fanno parte della pratica clinica e che non sono interamente riconducibili a conoscenze e competenze di tipo scientifico, indipendentemente da quanto complessa e ricca possa essere l'immagine della scienza che si propone.

²⁵⁰ Ciò naturalmente non significa che il medico prenderà una decisione contraria alle sue convinzioni professionali e scientifiche, ma solo che per valutare quale sia il *migliore* corso d'azione per uno specifico paziente (tra diverse alternative tutte valide

Oltre a definire la medicina clinica come una pratica in questo senso specifico, se ne deve anche sottolineare l'intrinseco rilievo morale. La tesi che intendo sostenere è che la dimensione morale appartenga e definisca la medicina in quanto tale, e quindi che si tratti di qualcosa che va al di là del semplice fatto che alcune pratiche mediche possano sollevare questioni di tipo morale.

Vi sono una molteplicità di fattori che portano a sostenere questa tesi²⁵¹, ma la maggior parte di essi riguarda il fatto che la medicina clinica consiste in una relazione terapeutica tra due persone e che quindi il suo oggetto di studio e pratica è in realtà un soggetto: "La medicina è certamente un'attività tecnocratica basata su scienze [...] ma non è riducibile a esse, in quanto è di più. Essa, diversamente dalle sue scienze di base [...] che hanno per oggetto un oggetto, è un'attività tecnocratica che ha per oggetto un soggetto, l'uomo, e che si esercita non in un mondo neutro, ma in un mondo di valori"²⁵². La medicina si basa quindi sempre su un'irripetibile relazione tra due (o più) persone, di cui per di più una particolarmente vulnerabile, e proprio questo la rende una pratica così delicata, per la quale una caratterizzazione in termini tecnico-scientifici appare limitante.

Oltre al suo avere per oggetto un soggetto e al suo darsi sempre in un rapporto irripetibile tra due individui, ciascuno portatore di un suo sistema di valori, vi sono altri modi in cui la medicina dimostra un intrinseco legame con

dal punto di vista scientifico), egli prenderà in considerazione le preferenze e i valori del paziente come variabili di rilievo.

²⁵¹ La tesi che la medicina sia una pratica morale è suggerita anche dall'analisi della sua storia: "L'indicazione che emerge dall'indagine storica [...] punta indubbiamente al riconoscimento di una dimensione morale intrinseca della medicina, che appare come coestensiva alla definizione della sua natura e delle sue finalità e che, in maniera più o meno esplicita, ha sempre determinato il tenore della riflessione etica in campo medico. In altre parole, le considerazioni precedenti suggeriscono fortemente un'idea di medicina come pratica morale, essenzialmente definita da una relazione 'intensamente personale' - la relazione clinica - e costituita da motivazioni, convinzioni, responsabilità, fini e modelli di eccellenza in grado di fornirle una intelligibilità antropologica e morale propria" (Buzzi 2013, pp. 10-11). Per una sintetica ricostruzione storica della medicina si può consultare Cosmacini 1997.

²⁵² Cosmacini - Rugarli 2007, p. 210.

la morale. Innanzitutto essa riguarda momenti e aspetti di cruciale importanza per la vita delle persone e si fa carico di decisioni che possono avere conseguenze molto profonde sul paziente. Per di più, queste decisioni non sono del tutto imparziali e “scientifiche”, ma chiamano in causa dei valori e diverse possibili interpretazioni del bene del paziente. Anche per questo, spesso le pratiche mediche sollevano questioni di tipo morale: questioni specifiche legate all'accrescersi delle possibilità tecniche di intervento, cui per lo più si rivolge la bioetica, così come questioni di carattere più generale che emergono dal confronto con momenti della vita di particolare rilievo antropologico²⁵³.

Infine, non va trascurato il ruolo della medicina come veicolo di trasmissione di valore: trattandosi di una pratica sociale di grande rilevanza la medicina è in grado di influenzare profondamente la società. Come sostiene B.J. Good, essa non è esente nemmeno da forme di creazione del valore, per esempio in relazione alla sofferenza: “La medicina fa profondamente parte della nostra immagine attuale di ciò che costituisce la sofferenza da cui tutti quanti speriamo di essere liberati, e della nostra visione culturale dei mezzi di redenzione”²⁵⁴.

Dopo questa prima valutazione della natura della pratica clinica, è utile mettere a fuoco due elementi che la caratterizzano in maniera decisiva e la cui trattazione permetterà di approfondire l'analisi: la specificità della relazione medico-paziente e l'esperienza della malattia come sfondo della pratica clinica.

3.1.1 La relazione clinica

Il primo elemento che distingue la medicina clinica da altre pratiche umane è rappresentato dalla particolarità della relazione di cura che si instaura tra medico e paziente. L'analisi delle caratteristiche del rapporto medico-paziente, infatti, permette di mettere in luce ciò che contraddistingue la

²⁵³ Cassiers 2001 affronta alcune questioni di questo genere, come per esempio il problema del legame tra vita umana e sofferenza.

²⁵⁴ Good 1994, p. 134 della traduzione italiana.

medicina e, allo stesso tempo, di far emergere la sua moralità interna, che deriva direttamente da tali caratteristiche. Molti autori individuano proprio nell'analisi della relazione clinica il punto di partenza per l'elaborazione di un'etica medica che si basi sull'esplicitazione della normatività interna della medicina e non sull'imposizione di un'etica più generale del tutto scevra di considerazioni legate al contesto clinico²⁵⁵. Edmund Pellegrino e David Thomasma, in particolare, si sono dedicati all'individuazione degli elementi costitutivi della relazione terapeutica come basi sia della filosofia della medicina²⁵⁶ sia dell'etica medica²⁵⁷. La relazione clinica si configura indubbiamente come una relazione asimmetrica tra una persona in posizione di forza e una persona particolarmente vulnerabile e quindi essa chiama immediatamente in causa i concetti di fiducia e responsabilità.

La relazione medico-paziente è innanzitutto una relazione asimmetrica, in cui evidentemente il medico si trova in posizione di forza in virtù del suo ruolo, basato sull'autorevolezza che gli deriva dall'essere presumibilmente in possesso delle conoscenze necessarie per aiutare il malato che lo interpella. Allo stesso tempo il malato, oltre a non avere tali conoscenze e competenze, si trova per definizione in un momento di grande vulnerabilità in cui necessita di aiuto. Questa mancanza di equilibrio nel rapporto risulta delicata dal punto di vista etico e chiama quindi in causa considerazioni di tipo morale. In particolare, emerge la necessità che il medico sia consapevole della sua posizione di superiorità e cerchi di puntare a un bilanciamento del rapporto a tutela del paziente, tutela che d'altra parte costituisce lo scopo delle stesse indicazioni deontologiche, che sembrano aver caratterizzato la medicina fin dai suoi albori²⁵⁸.

²⁵⁵ Penso in particolare a Zaner 1988 e Malherbe 2007.

²⁵⁶ Pellegrino – Thomasma 1981.

²⁵⁷ Pellegrino – Thomasma 1993.

²⁵⁸ La seconda parte del giuramento di Ippocrate stesso, infatti, contiene indicazioni sugli obblighi etico-professionali che il medico deve rispettare (Ippocrate, *Il giuramento e altri testi di medicina greca*, RCS Libri, Milano 1999, pp. 7-8). Per una breve storia della deontologia medica si veda Ricciardi 2010.

A chiamare in causa una particolare cautela morale contribuisce inoltre il fatto che l'asimmetria si basi su una condizione di vulnerabilità molto complessa. Il paziente malato, infatti, spesso non si trova semplicemente a sperimentare un disagio fisico, ma deve fare i conti con una condizione che costituisce una potenziale minaccia per la sua identità, che può mettere in crisi la sua auto-percezione di sé e che può limitare in maniera significativa alcune libertà essenziali. La malattia può rappresentare un serio rischio per la sua esistenza, per cui la sua richiesta di aiuto si carica di sfumature morali in quanto "richiesta di liberazione dal disturbo che la malattia ha insinuato nella spontanea felicità del vivere"²⁵⁹. Per poter rispondere adeguatamente a questa richiesta è quindi fondamentale che da parte del medico vi sia la consapevolezza della complessità esistenziale del fenomeno della malattia e della sofferenza a essa legata²⁶⁰, oltre a una certa sensibilità di base nei confronti dei pazienti e delle loro difficoltà. Infatti, un medico che voglia davvero agire per il bene del paziente non può che essere disposto a comprendere i valori del suo assistito e soprattutto l'importanza di rispettarli per arrivare a un'azione pienamente terapeutica, in quanto il bene del paziente non può essere deciso unilateralmente dal medico. Infine, il fatto che i medici si trovino a confrontarsi con forme, a volte radicali, dell'intrinseca vulnerabilità che ci caratterizza dal punto di vista antropologico fa della clinica una pratica di grande rilievo umano e morale.

Gli elementi appena richiamati, asimmetria della relazione e vulnerabilità del paziente, determinano a loro volta l'instaurarsi tra medico e paziente di un rapporto di natura fiduciaria. La fiducia è infatti inevitabile da parte del malato che, se vuole essere curato, non può fare a meno di affidarsi a un medico, mettendosi letteralmente "nelle sue mani". Il paziente dunque confida che il curante abbia la capacità e la volontà di aiutarlo, che rispetti le sue richieste e in caso di difficoltà sia pronto a difendere i suoi interessi. Allo stesso

²⁵⁹ Cattorini 1994, p. 29.

²⁶⁰ Data la sua importanza per la pratica medica, alla malattia sarà dedicato il prossimo paragrafo.

tempo il medico confida che il suo paziente cercherà di rispettare le sue indicazioni e sarà disposto a sottoporsi ai trattamenti decisi insieme. Per Paul Ricoeur il patto di fiducia che così si crea costituisce il vero e proprio “nocciolo etico” della relazione clinica²⁶¹. Tale relazione si configura infatti come un patto che impegna entrambi gli attori della relazione: “L’affidabilità dell’accordo deve essere [...] messa alla prova da una parte e dall’altra, attraverso l’impegno del medico a ‘seguire’ il suo paziente, e da parte di questi a ‘comportarsi’ come l’agente del trattamento medico. Il patto di cura diviene così una sorta di *alleanza* sigillata tra due persone contro il nemico comune, la malattia. L’accordo deve il suo carattere morale alla promessa tacita, convenuta tra i due protagonisti, di rispettare fedelmente i rispettivi impegni”²⁶². Una caratterizzazione della relazione di questo tipo mette evidentemente in luce la natura morale della relazione di cura, data anche dalla portata dell’impegno che il medico assume nel momento in cui si fa carico di un paziente, nonché dalla grossa responsabilità che ne deriva.

In effetti, un ultimo elemento fondamentale che caratterizza la pratica clinica e ne fa emergere il rilievo morale è dato dall’enorme responsabilità di cui si fa carico il medico. Le decisioni mediche, infatti, possono avere conseguenze permanenti sulla vita di un paziente e il medico è tenuto ad assumersi la responsabilità morale – oltre che professionale – delle conseguenze delle proprie decisioni. Anche per questo è di vitale importanza che le decisioni siano il più possibile condivise con il paziente sulla cui vita andranno a riflettersi.

Ritengo che queste caratteristiche della relazione medico-paziente contribuiscano in maniera decisiva a delineare un’immagine della medicina clinica come pratica dallo specifico valore morale e allo stesso tempo di particolare rilievo umano, elementi che saranno confermati dall’analisi dell’esperienza della malattia.

²⁶¹ Ricoeur 1996.

²⁶² *Ivi*, p. 33.

3.1.2 L'esperienza della malattia

Un ulteriore aspetto che va approfondito per poter completare la nostra rappresentazione della realtà clinica è dato dall'esperienza umana che costituisce la stessa ragion d'essere della medicina: quella della malattia. Parlare della malattia come esperienza umana significa fin da subito mettere in luce quanto sia fuorviante considerare le malattie come entità vere e proprie: le malattie in sé non esistono, esistono solo persone malate²⁶³. Dedicarsi a una problematizzazione in tal senso del concetto di malattia è di particolare rilievo per la pratica clinica, in quanto la malattia vissuta dal paziente costituisce l'elemento centrale della situazione di cura - vale a dire del contesto in cui la cura avviene - ed è quindi fondamentale per coglierne la specificità normativa.

Ora, l'analisi della malattia riguarda un concetto complesso e di conseguenza una tematica estremamente articolata. Per questo mi limiterò a richiamare alcune delle problematiche a essa legate e mi concentrerò invece in particolare sugli aspetti che mi sembrano di maggior rilievo per la pratica clinica e che riguardano la malattia come esperienza vissuta del paziente.

Una prima complessità che riguarda la malattia è legata al problema della sua definizione²⁶⁴. Per lo più, infatti, essa viene definita in relazione al concetto opposto di salute, della quale la malattia è considerata la negazione²⁶⁵. Poiché salute e malattia sono due concetti centrali per la pratica medica, la questione della loro definizione è una delle problematiche fondamentali per la filosofia della medicina, sulla quale esiste un dibattito vastissimo. Ciò che

²⁶³ "La medicina deve curare il paziente e non la malattia, perché quest'ultima, lontana dall'essere la realtà concreta, diventa un'astrazione quando è separata dalla considerazione della persona che ne è affetta" (Agazzi 2001, p. 14).

²⁶⁴ Un'ottima sintesi delle problematiche legate alla definizione dei concetti di salute e malattia e alla classificazione delle malattie si trova in Federspil - Giaretta - Oprandi 2010.

²⁶⁵ Considerare la malattia come negazione della salute sembra preferibile a definire la salute come semplice assenza di malattia. Da un lato perché questo approccio rispecchia più da vicino l'uso abituale dei due concetti; dall'altro in quanto caratterizzare la salute semplicemente come assenza di malattia appare riduttivo.

emerge chiaramente dal dibattito è la complessità di entrambi i concetti, che appaiono difficilmente definibili in maniera precisa anche perché articolati su molteplici livelli e difficilmente riconducibili al solo discorso medico. Sembrano per questo promettenti proposte come quella di Mordacci²⁶⁶, che suggerisce di concepire la salute come un concetto analogico²⁶⁷, rinunciando così a una definizione univoca e onnicomprensiva. Un tale approccio permette infatti di distinguere tra diversi livelli di significato e allo stesso tempo di mantenere l'unità attraverso il riferimento a un contenuto originario. Per procedere nell'analisi è dunque opportuno distinguere le principali prospettive che partecipano alla discussione su salute e malattia tentando di definire il significato dei due concetti. Lo stesso Mordacci²⁶⁸ individua sei livelli principali del discorso: fisico-biologico, clinico, psicologico, sociale, morale e teologico. Mantenere la distinzione tra questi diversi livelli del discorso è fondamentale per evitare confusione e possibili mistificazioni, derivanti dall'impropria pretesa di una singola prospettiva di esaurire la realtà di un fenomeno così complesso²⁶⁹.

Il punto di vista fisico-biologico su salute e malattia è caratterizzato da uno sguardo che si vuole descrittivo e si basa sulle regolarità che emergono dai fenomeni studiati per stabilire ciò che è normale, vale a dire ciò che rientra in tali regolarità. Ciò che invece si discosta dalla media tende a essere qualificato come patologico. Questo livello - che considera la salute come caratteristica di tutti gli esseri viventi (non solo dell'uomo) - è chiaramente fondamentale per

²⁶⁶ Mordacci 1995.

²⁶⁷ Il riferimento è all'analogia di attribuzione, così come si trova formulata nel pensiero di Tommaso d'Aquino, per cui diversi termini sono detti analoghi in virtù del loro riferimento a una realtà comune alla quale sono legati da relazioni di diverso tipo. In questo caso si tratta di relazioni tra significati (i diversi significati di salute) e non tra enti; inoltre la realtà cui tutti i significati partecipano consiste in un'esperienza comune e originaria (quella della salute, qualificata come esperienza originaria della vita come promessa di bene).

²⁶⁸ Mordacci 1996a.

²⁶⁹ Si evita così per esempio di ricollegare la dimensione medica della malattia, quella che interessa più strettamente questa trattazione, all'idea teologica del peccato o di sostenerne l'equivalenza con la devianza sociale.

un approccio scientifico alla malattia, tuttavia è bene tener presente che esso rappresenta solo uno tra i possibili approcci a un fenomeno complesso e rischierebbe di essere riduzionista nel momento in cui volesse presentarsi come discorso esaustivo su salute e malattia. Inoltre, Georges Canguilhem²⁷⁰ mette in guardia dalla difficoltà di mantenersi su un piano descrittivo e avalutativo nel momento in cui si finisce per attribuire valore normativo alla media.

Il secondo livello, clinico, è quello che più direttamente interessa questo discorso e sul quale mi soffermerò a breve. Esso risulta caratterizzato essenzialmente da una duplicità della malattia, che non è semplicemente un'affezione patologica "astratta" che la medicina studia e cerca di classificare (aspetto reso nel dibattito internazionale dal termine inglese *disease*) ma è sempre allo stesso tempo uno stato di sofferenza e afflizione esistenziale della persona malata, con conseguenze più o meno profonde sulla sua vita (definito in inglese dal termine *illness*)²⁷¹.

Per quanto riguarda l'approccio psicologico si apre la possibilità di ampliare la definizione di salute nei termini della pienezza della vita psichica di una persona. Questo porta a considerare una serie di fattori, per esempio di tipo relazionale e comunicativo, di cui altre prospettive non tengono conto, in quanto non le riguardano direttamente. Anche in questo caso, tale significato costituisce un approfondimento dei concetti di salute e malattia, ma non deve aver pretese di esaustività nei confronti dei due fenomeni. Un discorso analogo vale per le possibili interpretazioni sociologiche che integrano la concezione di salute con le relazioni sociali dell'individuo e allo stesso tempo si concentrano sull'influenza del contesto socio-culturale nella definizione dei due termini in esame.

Un quinto livello del discorso su salute e malattia riguarda la loro valenza morale. La malattia in particolare può essere considerata un'esperienza dal profondo significato morale, in quanto porta a interrogarsi sul senso dell'esistenza e della sofferenza che ne fa parte. Essa costituisce una sfida alla

²⁷⁰ Canguilhem 1966.

²⁷¹ Su queste due nozioni e sulla loro interdipendenza si veda Fulford 1993.

possibilità di dare senso a ciò che accade e di riconoscersi padroni delle proprie azioni, per cui mette in crisi l'identità del soggetto come artefice della propria vita. In linea con questa interpretazione esistenziale, F. Svenaeus²⁷² paragona la malattia all'esperienza dell'angoscia in senso heideggeriano²⁷³, che porta a non sentirsi più "a casa" nel mondo, determina cioè uno spaesamento e rende possibile la domanda filosofica sul senso dell'esistente.

Infine, è possibile elaborare i concetti di salute e malattia a livello teologico, legandoli alla tematica della salvezza e valorizzandone la dimensione spirituale.

Questa complessità di articolazione del significato va tenuta presente anche nel momento in cui ci si concentra su un approccio specifico, nel nostro caso quello clinico. A questo livello, l'oggetto primo di interesse è la malattia – più che la salute – così come è definita dalla scienza medica, ma allo stesso tempo il punto di vista clinico è caratterizzato dalla tensione verso la terapia, come risposta alla richiesta di aiuto di una persona malata. Questo approccio combina quindi a un sapere di tipo scientifico considerazioni di carattere antropologico²⁷⁴, dovendo coniugare due dimensioni della malattia²⁷⁵: il suo essere una classe nosologica mirante all'oggettività e il suo presentarsi come vicenda personale dell'ammalato, soggettiva e quindi non oggettivabile²⁷⁶.

²⁷² Svenaeus 2001.

²⁷³ Si veda Heidegger M., *Was ist Metaphysik?*, Klostermann, Frankfurt am Main 1976; trad. it. a cura di F. Volpi, *Che cos'è metafisica?*, Adelphi, Milano 2001.

²⁷⁴ L'integrazione di queste due prospettive è alla base dell'antropologia medica, che Diego Gracia definisce come "il continuo e mai concluso tentativo di elaborare una riflessione sistematica, insieme scientifica, filosofica e teologica sull'uomo in quanto sano, ammalabile, malato, curabile e mortale" (Gracia 1974, p. 296). Per una introduzione storica e concettuale all'antropologia medica si veda Gracia 1974; mentre per le ricadute dell'antropologia medica su un'etica della malattia si può consultare Viafora 1996.

²⁷⁵ Cosmacini – Rugarli 2007, pp. 65-67.

²⁷⁶ Interessante in tal senso anche questa osservazione di Canguilhem: "In materia di patologia, la prima parola, storicamente parlando, e l'ultima parola, logicamente parlando, spettano alla clinica. Ora la clinica non è una scienza e non sarà mai una

La scienza medica naturalmente si concentra principalmente sul primo aspetto della malattia, che potremmo definire malattia oggettivata. La malattia così intesa, a ben vedere, consiste in un'astrazione effettuata a partire dall'osservazione di pazienti con caratteristiche patologiche affini, più che in una realtà di per sé sussistente: "Se si dice che un tale è affetto da una epatite cronica non si intende che è stato colpito da qualcosa di definito e di reale, come potrebbe essere una automobile che investe un pedone e gli provoca delle fratture, ma solo che quel paziente presenta delle alterazioni del suo corpo, oggettivamente rilevabili, che consentono di inserirlo nella classe di tutti gli ammalati con alterazioni simili e che indichiamo con il nome di 'epatite cronica' [...] Perciò le malattie, e nei discorsi dei medici e in quelli della gente comune, sono in qualche modo delle costruzioni artificiali, adatte ai libri di medicina e che descrivono le caratteristiche di gruppi di ammalati individuali, accomunati da peculiarità in tutto o in parte condivise"²⁷⁷. Evidentemente un'operazione di questo tipo – basata sull'oggettivazione, la quantificazione e la classificazione – è necessaria perché possa darsi una scienza medica in grado di approntare terapie efficaci. Non ne si vuole quindi in alcun modo mettere in discussione la legittimità, ma solo auspicare una maggiore consapevolezza dei limiti che essa presenta se concepita come unico approccio alla malattia²⁷⁸.

scienza, anche se essa farà uso di mezzi di efficacia sempre più scientificamente garantita. La clinica non può essere separata dalla terapeutica, e la terapeutica è una tecnica di instaurazione o di restaurazione del normale il cui fine, vale a dire la soddisfazione soggettiva dell'instaurazione di una norma, si sottrae alla giurisdizione del sapere oggettivo" (Canguilhem 1966, p. 188 della traduzione italiana).

²⁷⁷ Cosmacini – Rugarli 2007, p. 66.

²⁷⁸ Si potrebbe anche sostenere che la scienza medica, più che della malattia, si occupi solo di malattie (Worrall – Worrall 2001), in quanto la categoria della malattia non è un fenomeno naturale osservabile, a differenza del decorso di singole patologie. Questo è vero a livello di scienza medica, ma a livello di pratica clinica di fatto i medici si trovano a esprimere giudizi su salute e malattia, in quanto portatori di una loro concezione, più o meno consapevole, dei due concetti, la quale ne influenza l'agire. Anche da questo esempio si vede come la medicina clinica, in quanto pratica relazionale, rappresenti un contesto in cui i diversi approcci alla malattia si sovrappongono: essa infatti non chiama in causa solo la valenza esistenziale della malattia, ma contribuisce per esempio a delinearne il significato sociale.

In particolare, spunti critici alla pretesa di oggettività provengono da alcuni studiosi di antropologia della medicina, che sottolineano l'influenza del contesto socio-culturale sulla classificazione delle malattie: "Le malattie, come enti classificati, esistono solo in contesti storici e culturali specifici e sono sempre espresse in linguaggi particolari, in situazioni concrete in cui è possibile riconoscere la confluenza di fattori cognitivi, sistemi di rappresentazioni culturali, credenze mitiche, relazioni di identità e differenza, reti di relazioni sociali, tutti fattori che definiscono caratteristiche particolari necessarie per la costruzione delle malattie"²⁷⁹. In effetti, studi su questi temi²⁸⁰, oltre a favorire una maggiore consapevolezza sui presupposti della propria visione del mondo, possono avere un particolare rilievo pratico nel contesto di società come le nostre, che si avviano a essere sempre più multiculturali e per le quali l'incontro con diverse visioni della salute può facilmente trasformarsi in una realtà quotidiana e concreta. Anche in questo senso, inoltre, emerge l'enorme influenza che la pratica medica ha sulla realtà sociale²⁸¹ sulla quale di fatto proietta il suo sistema assiologico, ben lontano dall'essere del tutto oggettivo e immutabile. L'oggettivazione delle malattie rimane comunque un'operazione pienamente legittima, purché si accompagni – soprattutto nella pratica clinica –

²⁷⁹ Viesca 2001, p. 31.

²⁸⁰ Si veda per esempio Good 1994, in cui l'autore descrive la medicina come costruzione culturale basata su un "*ricco linguaggio culturale*, legato a una visione altamente specializzata della realtà e a un sistema di relazioni sociali, e che quando viene usato nelle cure mediche, fonde in sé spinte morali con i più ovvi compiti di natura tecnica" (p. 9 della traduzione italiana). Good mostra inoltre come la medicina *costruisca* i suoi oggetti, in particolare il corpo e le malattie, secondo tratti culturalmente peculiari, che per quanto riguarda la medicina occidentale corrispondono soprattutto a un approccio materialistico, piuttosto riduttivo, il cui emblema è costituito dallo sguardo anatomico che gli studenti di medicina devono acquisire durante la loro formazione. L'autore conclude così che la medicina "per quanto materialista e fondata sulle scienze naturali, è una forma di attività dove si fondono l'universo morale e quello materiale" (p. 109 della traduzione italiana) e non dovrebbe quindi immaginare se stessa semplicemente come una scienza basata su una descrizione oggettiva della realtà.

²⁸¹ Basti il fatto che definendo qualcuno come "malato" un medico ne determina la collocazione in un ruolo sociale ben preciso, nei confronti del quale esistono specifiche aspettative.

alla considerazione di altri aspetti che contribuiscono a definire in modo altrettanto legittimo le malattie stesse, *in primis* il vissuto del paziente.

Il vissuto nel paziente chiama in causa un altro approccio alla definizione della malattia - non più solo delle singole malattie - e si basa su un punto di vista, quello del paziente, che andrebbe considerato primario e non meno veritiero del punto di vista scientifico²⁸². In effetti, nella maggior parte dei casi, sono i pazienti ad accorgersi di qualcosa che potrebbe denotare uno stato patologico e che per questo si rivolgono al medico: "È stato per primo il malato che un giorno ha constatato che 'qualcosa non andava', ha notato certe modificazioni sconvolgenti o dolorose della struttura morfologica o del comportamento. Ha attirato su di esse, a torto o a ragione, l'attenzione del medico. Questi, avvertito dal malato, ha proceduto all'esplorazione medica dei sintomi evidenti e più ancora dei sintomi latenti [...] Il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico [...] Una volta posto rimedio a quest'oblio, si è portati a pensare che sia stata l'esperienza di un *ostacolo*, vissuta innanzitutto da un uomo concreto sotto forma di malattia, a suscitare la patologia nei suoi due aspetti, di semiologia clinica e di interpretazione fisiologica dei sintomi"²⁸³. L'elaborazione medica del concetto di malattia deriva quindi, almeno storicamente, da un'esperienza primaria: la malattia percepita dal paziente. L'esperienza vissuta può dunque fornire un'importante caratterizzazione della patologia, che sembra configurarsi innanzitutto come l'esperienza di un'inaspettata resistenza che il corpo oppone alla realizzazione dei nostri scopi, presentandosi a noi improvvisamente come un ostacolo.

La malattia vissuta consisterebbe quindi nell'esperire una restrizione delle proprie possibilità da parte del soggetto. Una definizione in questi termini sembra cogliere il nucleo dell'esperienza della malattia e risulta allo stesso

²⁸² Fondamentali da questo punto di vista le osservazioni di E.J. Cassell, che sottolinea la responsabilità del medico di alleviare la sofferenza del paziente, mettendo in luce le difficoltà che sorgono in relazione a questo compito a causa dell'inevitabile carattere personale della sofferenza e dell'impreparazione medica, oltre che dei pregiudizi, a riguardo (Cassell 1982).

²⁸³ Canguilhem 1966, pp. 170-171 della traduzione italiana, enfasi mia.

tempo coerente con la diffusa caratterizzazione della salute come trasparenza o spontaneità del vivere. Molti autori²⁸⁴ in effetti considerano la salute come “trasparenza e docilità della corporeità al volere”²⁸⁵, o spontaneità irriflessa del vivere²⁸⁶, che ci si rivela solo in seguito all’irrompere della malattia. Inoltre, la caratterizzazione della malattia come ostacolo può essere ulteriormente elaborata, per esempio sfruttando la nozione di capacità. L. Nordenfelt²⁸⁷ ha proposto una definizione in questi termini: “M è un tipo di malattia nell’ambiente A se, e solo se, M è un tipo di processo fisico o mentale che, quando ricorre in una persona P in A, ha un’elevata probabilità di causare infermità [*illness*] in P”²⁸⁸. A sua volta P è infermo se, e solo se, date circostanze standard, non ha la capacità²⁸⁹ di conseguire i propri scopi vitali, cioè l’insieme degli scopi il cui conseguimento è condizione insieme necessaria e sufficiente per la sua felicità minimale a lungo termine²⁹⁰. In altre parole, il medico si occupa di tutti i processi fisici o mentali, ritenuti in via di principio curabili²⁹¹, che hanno un’elevata probabilità²⁹² di ostacolare la capacità di una persona di

²⁸⁴ Da R. Leriche che definisce la salute come “la vita nel silenzio degli organi” (*La philosophie de la chirurgie*, Flammarion, Paris 1951) fino a H.-G. Gadamer che ne sottolinea il carattere nascosto (*Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1993; trad. it. di M. Donati e M. E. Ponzio, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994, pp. 122 ss.).

²⁸⁵ Cattorini 1994, pp. 64-65.

²⁸⁶ Mordacci 1995, p. 478.

²⁸⁷ Nordenfelt 1995.

²⁸⁸ *Ivi*, p. 152 della traduzione italiana.

²⁸⁹ Intesa come capacità di secondo ordine, cioè come capacità effettiva (di primo ordine) di apprendere la capacità di compiere un’azione.

²⁹⁰ La precisazione “a lungo termine” viene aggiunta dall’autore in un testo successivo (Nordenfelt 2000, p. 93).

²⁹¹ Quindi sono incluse le malattie per le quali non si è ancora trovata una cura ed esclusi i processi su cui la medicina non può intervenire.

²⁹² Considerare i processi che hanno un’elevata probabilità di causare infermità, e non solo quelli che la causano attualmente, permette di includere anche i processi patologici asintomatici tra le malattie. Ciò è molto importante e permette di superare una delle difficoltà principali di caratterizzare la malattia partendo dal vissuto

raggiungere gli obiettivi il cui conseguimento le garantirebbe almeno una felicità minima²⁹³.

Si è affermato in precedenza che una definizione della malattia in questi termini – come processo che tende a influire negativamente sulla vita del soggetto che ne è afflitto, ostacolando nel raggiungimento dei suoi obiettivi – rispecchia fedelmente il vissuto del paziente. Per giustificare questa affermazione è quindi bene rivolgersi brevemente a tale vissuto, nella convinzione che un approfondimento del significato antropologico-esistenziale della malattia non sia affatto materia aliena alla pratica clinica, ma anzi la avvicini alla sua effettiva ragion d'essere. Il vissuto di un paziente è naturalmente un elemento estremamente personale, difficilmente riconducibile a categorie universali. Tuttavia, è possibile individuare alcune caratteristiche ricorrenti di tale vissuto che, anche se non universalmente esperite, possono aiutare a precisare la descrizione dell'esperienza di malattia e possono servire ai medici per instaurare una comunicazione con il malato all'interno della quale approfondire il suo vissuto individuale. I contributi a un avvicinamento al vissuto del paziente possono essere di diverso genere: nonostante non sottovaluti l'importanza in tal senso di narrazioni letterarie o cinematografiche²⁹⁴, in questa sede mi concentrerò sulle trattazioni filosofiche.

(conscio) del paziente: quella di escludere i processi patologici in corso di cui il malato non è consapevole.

²⁹³ Il concetto di felicità minima presenta evidentemente il rischio di un eccessivo soggettivismo, che risulta però più contenuto se ci si attiene al livello medico della definizione (concentrandosi sulla malattia e non sull'infermità), per cui la felicità minima è legata soprattutto alla sopravvivenza fisica. Inoltre, di fatto, la maggior parte delle malattie ha un'influenza negativa su tutti i tipi di attività e quindi su tutta la gamma potenzialmente infinita degli scopi vitali, per cui in concreto il problema per lo più non si pone. Comunque l'autore ritiene che sia in ogni caso necessario un intervento da parte di politici e responsabili dei programmi sanitari volto a specificare gli scopi che le pratiche sanitarie devono considerare come vitali.

²⁹⁴ Questo tipo di narrazioni della malattia vengono sfruttate nell'approccio delle *medical humanities*, che mira a favorire il dialogo tra il linguaggio della medicina e altri linguaggi di area umanistica, in particolare letterari e cinematografici, per facilitare così la stessa relazione medico-paziente. Un esempio di tale approccio si trova nella "Rivista per le Medical Humanities" pubblicata dall'Ente Ospedaliero Cantonale del Cantone Ticino.

In particolare, gli approcci filosofici di maggior rilievo che si sono soffermati sull'esperienza del paziente sono di tipo fenomenologico²⁹⁵. Un'autrice di riferimento per la fenomenologia della medicina è S. Kay Toombs che, in *The Meaning of Illness*²⁹⁶, si è dedicata a chiarire il significato della malattia a partire dalla sua esperienza personale di malata di sclerosi multipla. Nel libro, oltre a sottolineare la differenza quasi insormontabile tra la visione della malattia del medico e quella del malato, e di conseguenza le difficoltà comunicative, l'autrice si concentra sulla prospettiva del paziente. La persona malata, infatti, sperimenta la malattia essenzialmente come distruzione del corpo vissuto (*illness*) e si preoccupa degli effetti che essa avrà sulla sua vita di tutti i giorni. Per questo, gli obiettivi che il paziente vuole raggiungere chiedendo aiuto al medico sono per lo più relativi all'immediatezza qualitativa della malattia e non coincidono direttamente con quelli del curante, interessato in primo luogo a formulare una diagnosi di una disfunzione del corpo biologico (*disease*). L'autrice afferma inoltre a più riprese che "l'esperienza del paziente deve essere tenuta in considerazione perché *l'esperienza vissuta rappresenta la realtà della malattia del paziente*"²⁹⁷; per questo, il medico dovrebbe tener conto delle caratteristiche più comuni che la contraddistinguono. Secondo Kay Toombs la malattia viene esperita in primo luogo come una perdita di integrità, in quanto porta a percepire il proprio corpo come un antagonista, che non risponde più alle nostre aspettative e non è più sufficientemente "performante", per cui l'io fatica a identificarsi con esso. Questa dinamica può facilmente portare a una crisi d'identità per il soggetto, che normalmente si vede

²⁹⁵ Il richiamo alla fenomenologia in questo contesto va inteso come valorizzazione dell'esperienza del singolo rispetto alla presunta superiorità della conoscenza scientifica: il vissuto di ogni persona, e quindi di ogni malato, viene messo in luce come fonte primaria del significato dell'esperienza stessa, mentre la concettualizzazione scientifica riveste un ruolo secondario, in quanto non costituisce apprensione immediata e anzi deriva da numerose astrazioni e categorizzazioni non universalmente condivisibili. "Rivelando il primato dell'esperienza vissuta su qualunque spiegazione teoretica e scientifica successiva, il resoconto fenomenologico rivela la validità dell'esperienza soggettiva del paziente della malattia" (Kay Toombs 1993, p. 26).

²⁹⁶ Kay Toombs 1993.

²⁹⁷ *Ivi*, p. 26.

essenzialmente come soggetto “capace di”, vale a dire si riconosce nelle proprie potenzialità che la malattia ha drasticamente ridotto. In secondo luogo, la malattia è esperita come una perdita di certezza, in quanto frattura improvvisa nel piano di vita del soggetto, che minaccia sia i suoi progetti per il futuro sia la qualità della vita quotidiana che dava per scontata. Un terzo aspetto della malattia riguarda la perdita di controllo esperita dal malato: sia nei confronti del proprio corpo (che finisce nelle mani dei medici e rischia di subire molti trattamenti²⁹⁸), sia nei confronti del mondo esterno (che non è più né familiare né accogliente). Inoltre, la malattia limita la libertà di agire, riducendo la capacità di fare scelte razionali pienamente consapevoli. In alcuni casi il malato può addirittura non essere in grado di esprimersi sui trattamenti di cui è oggetto e si trova sempre in una situazione di inferiorità rispetto al medico che conosce meglio di lui le alternative tra cui scegliere. Infine, la malattia viene vissuta anche come perdita del mondo che ci è familiare: il mondo in cui viviamo può apparirci improvvisamente ostile e la nostra percezione sia della dimensione temporale (su cui si basa la possibilità di fare progetti per il futuro) che di quella spaziale (su cui si basano le nostre possibilità di movimento) può cambiare²⁹⁹.

Anche da questo, seppur sintetico, resoconto emerge l’idea che la malattia è vissuta essenzialmente come una restrizione delle proprie possibilità, basata su un sentimento ambivalente nei confronti del proprio corpo: da un lato, esso viene percepito come ostile, separato da sé, un corpo in cui non ci si riconosce più; dall’altro, rimane l’impossibilità di considerarlo in tutto e per tutto un oggetto estraneo, in quanto ciascuno di noi è inevitabilmente il suo corpo e non può fare a meno di identificarsi con esso. Una caratterizzazione della malattia vissuta di questo tipo non può che chiamare in causa

²⁹⁸ “Essere un paziente significa trovarsi in una situazione difficile e profondamente ironica. Le azioni più intime come toccare, sentire, parlare, ed esplorare, che di solito assicurano o testimoniano intimità personali, ora avvengono tra sconosciuti” (Zaner 1988, p. 84).

²⁹⁹ Sui cambiamenti nella percezione del tempo si veda Brough 2001; su temporalità e spazialità Kay Toombs 2001b.

l'importanza di una consapevolezza nell'ambito della clinica delle ricadute che la malattia può avere sull'esistenza del malato, dato che essa affligge il suo corpo che della sua esistenza è mediatore. Come già ricordato, la considerazione di questi aspetti non costituisce un ampliamento fuorviante del discorso, bensì esplicita alcune dimensioni implicite nella pratica clinica in quanto pratica relazionale. Un medico che abbia a cuore il bene del paziente deve infatti sforzarsi di instaurare una comunicazione che gli permetta di capire in che modo la malattia influisce sulla vita del suo paziente, solo così potrà capire qual è il miglior modo di prendersene cura, al di là della prescrizione della terapia più efficace contro la malattia.

Oltre a rappresentare una restrizione delle proprie possibilità di agire, spesso già difficile da accettare, la malattia può rappresentare un momento drammatico nell'esistenza del soggetto, in quanto essa può metterne in crisi l'identità, oltre a costringerlo a confrontarsi con la propria finitudine. L'identità di una persona malata è a rischio a causa della frattura che la malattia può rappresentare per la propria vita, soprattutto nei casi in cui obbliga a rinunciare ai propri progetti, che fanno parte di ciò che dà senso alla nostra esistenza. La malattia è un evento che non può essere compreso nello schema di intelligibilità precedente della nostra vita e che quindi ci obbliga a ripensare a tale schema e a sviluppare una nuova narrazione della nostra storia: "Accade un avvenimento imprevisto che mi disorienta completamente e rende desueta l'intelligibilità che mi ero costruito. È questo sconvolgimento che chiamo una 'crisi': non potersi più aggrappare al modo in cui si comprendeva se stessi prima. Il senso ci sfugge. Questo non vuol dire che non sia più possibile alcun senso ma piuttosto che si dovrà ricostruire il senso. E questa operazione non è possibile senza che si sia elaborato il lutto dell'intelligibilità anteriore, alla quale teniamo molto [...] L'intelligibilità nuova che costruiremo (eventualmente con l'aiuto di un coniuge, di un amico o di un terapeuta) dovrà integrare nel suo schema una 'ricomprensione' dei capitoli precedenti"³⁰⁰. Una sfida analoga al senso che si attribuisce alla propria vita emerge dal fatto che la malattia in alcuni casi

³⁰⁰ Malherbe 2003, pp. 40-41.

costringe a confrontarsi con la propria finitudine e la possibilità della propria morte: “Il dolore per il fatto stesso di restringere le possibilità di vita approssima quanto mai alla fine dando sentore di essa: poiché rode e consuma, apre le porte alla morte”³⁰¹. Confrontarsi con la possibilità della fine della propria esistenza naturalmente non è mai facile, ma per i malati tale difficoltà rischia di essere acuita dal tabù che circonda la fine della vita³⁰² che può portare ad alienare il paziente dalla sua stessa morte, in quanto o ne viene tenuto all’oscuro o non gli è permesso parlarne³⁰³. Questo atteggiamento diffuso nella società caratterizza anche la medicina, per cui gli ospedali non sono assolutamente concepiti anche come luogo dell’accompagnamento alla fine e gli stessi medici spesso si arrendono troppo tardi all’evidenza dell’imminenza della morte e tendono a non accettarla come risultato dei loro sforzi. Tutto ciò porta però a negare il valore esistenziale della morte, privando di fatto i malati e i familiari della possibilità di rielaborare e dare un senso a ciò che sta capitando loro³⁰⁴. Naturalmente non spetta solo alla medicina cambiare una realtà di questo tipo, ma un primo importante passo è riconoscere che la morte

³⁰¹ Natoli 2006, p. 23.

³⁰² È opinione diffusa che le società contemporanee siano caratterizzate da un atteggiamento di rimozione nei confronti della morte.

³⁰³ La difficoltà di affrontare il discorso sulla morte è un tema diffuso anche in letteratura, a partire già dall’Ottocento. “Il maggior tormento di Ivàn Il’ič era la menzogna che lo voleva malato ma non moribondo, una menzogna accettata da tutti, chissà perché [...] Questa menzogna lo tormentava, lo tormentava il fatto che non volessero riconoscere che tutti sapevano e che anche lui sapeva, e che volessero invece mentire sul suo terribile stato, e che per di più costringessero lui stesso a prender parte a quella menzogna” (L.N. Tolstoj, *Smert’ Ivana Il’iča*; trad. it. di G. Buttafava, *La morte di Ivàn Il’ič*, Garzanti, Milano 1999, pp. 61-62). Lo stesso tema ritorna ai giorni nostri riferito al contesto ospedaliero: “Se dici ‘morire’ in un ospedale, nessuno sente. Puoi star sicuro che ci sarà un vuoto d’aria e che si parlerà d’altro” (E.-E. Schmitt, *Oscar et la dame rose*, Éd. Albin Michel, Paris 2002; trad. it. di F. Ascari, *Oscar e la dama in rosa*, RCS Libri, Milano 2007, p. 15).

³⁰⁴ “Se l’ethos civile non consente e istruisce un pensiero equilibrato e maturo sul destino mortale dell’uomo, se non predispone e ratifica forme rituali, in cui l’angoscia della fine possa venire collettivamente nominata, interpretata e condivisa, è inevitabile che il compito di rinvenire un senso per lo scacco finale venga sistematicamente e unicamente trasferito alla coscienza privata, individuale” (Cattorini 1994, p. 47).

fa parte della pratica clinica e prenderla in considerazione nel momento in cui si voglia proporre un'immagine veritiera della medicina.

L'analisi della complessità delle dimensioni chiamate in causa dalla malattia contribuisce in maniera decisiva a delineare un'immagine della pratica clinica come pratica allo stesso tempo scientifica – in quanto basata sulla scienza medica e su decisioni razionali coerenti con essa – e profondamente umana e morale – a causa della sua intrinseca vocazione a offrire aiuto a persone malate. Inoltre, tutti gli elementi analizzati finora sono funzionali a valutare quali siano le indicazioni normative intrinseche alla pratica clinica – valutazione che sarà oggetto del prossimo paragrafo.

3.2 La medicina clinica come pratica della cura

Dati gli elementi appena considerati, è senz'altro possibile proporre una caratterizzazione della pratica clinica basata sul riferimento al concetto di cura che è stato analizzato nei primi due capitoli – e che individua un'attività basata sulla sollecitudine e volta a rispondere ai bisogni altrui in modo individualizzato. Applicato alla medicina, ciò significa definire l'atto clinico come una modalità specifica del prendersi cura e affermare che “la medicina è una forma di prendersi cura [*caring*] che aspira a curare [*curing*], e che la guarigione è il suo ideale normativo fondamentale ma non un risultato necessario”³⁰⁵. Si tratta inoltre di una forma di prendersi cura estremamente specifica, legata a un sapere scientifico specialistico³⁰⁶ e a un riconoscimento sociale che ne definiscono le modalità. La cura medica è infatti sempre un'attività esercitata da un professionista riconosciuto dalla società in cui esercita³⁰⁷. Il ruolo professionale del medico si accompagna a una serie di responsabilità e doveri, e costituisce una prima fonte di normatività per la pratica clinica. Le indicazioni che provengono da questa fonte sono però in parte estrinseche alla pratica stessa, in quanto dettate da esigenze socio-economiche di vario genere o legate a conoscenze scientifiche perfettibili. Per quanto rilevanti per la pratica quotidiana, esse non esprimono dunque la normatività interna della clinica, che deriva invece dal suo essere una pratica relazionale incentrata sulla cura – nella duplice forma di *care* e *cure*. Per chiarire

³⁰⁵ Mordacci 2001, p. 127.

³⁰⁶ Infatti le azioni cliniche sono anche gesti tecnici, eseguiti da specialisti che hanno ricevuto una ben precisa formazione che, spesso, è controllata dalla società. L'appellativo “medico” si riferisce quindi sempre a un professionista: non a chiunque, né ad azioni qualunque.

³⁰⁷ Secondo Mordacci “siamo autorizzati a chiamare medicina ogni forma concreta di relazione di cura volta a guarire che utilizza i mezzi e i modi ritenuti più adeguati in uno specifico contesto culturale” (Mordacci 2001, p. 128). La medicina opera infatti in base a standard accettati dalla collettività, che sono tuttavia soggetti a variazioni da un contesto culturale all'altro.

il senso di una definizione di questo tipo è bene focalizzarne le implicazioni; a partire dalle implicazioni più generali sull'idea di medicina che ne consegue, per arrivare alle implicazioni normative più specifiche derivanti dal considerare il prendersi cura come finalità della pratica clinica. Infine, mi dedicherò a un bilancio del potenziale normativo del concetto di cura applicato alla pratica clinica o a settori specifici della medicina.

3.2.1 La medicina come pratica relazionale

Considerare la medicina una pratica essenzialmente relazionale significa richiamare l'attenzione sul fatto che la clinica è un'attività rivolta a delle persone e che quindi il suo oggetto non sono le malattie. Certo la medicina si occupa di malattie, ma il senso di tale interesse risiede nel fatto che le malattie hanno risvolti negativi sulla vita delle persone e per questo si cerca di eliminarle: il medico auspica di poter guarire il suo paziente dalla causa dei suoi disturbi, non semplicemente di distruggere una malattia, cosa di per sé priva di senso. La descrizione dell'attività clinica come relazione di cura permette di individuare nel paziente il vero destinatario delle azioni mediche e così di recuperare l'orizzonte di senso che dovrebbe guidare la pratica medica.

Infatti, una visione più riduttiva della medicina – centrata sul solo riferimento alla malattia – corre il rischio di portare i medici a essere sopraffatti dalle vastissime possibilità di intervento offerte dalla tecnica. Finché si concepisce il proprio operato esclusivamente in termini di lotta alla malattia, non c'è alcun motivo di fermarsi e non tentare tutto il possibile. Invece, rimettere al centro dell'atto clinico il paziente nella sua singolarità permette di interrogarsi sul senso delle procedure che si potrebbero eseguire e sul loro essere proporzionate rispetto ai risultati attesi. Concentrarsi sul proprio paziente nella sua individualità, infatti, dovrebbe portare il medico a vagliare l'appropriatezza di un trattamento in riferimento alle peculiarità del singolo caso, prendendo in esame variabili che vanno al di là di quelle da valutare per arrivare a una decisione corretta dal punto di vista scientifico. L'effettiva

considerazione del paziente come protagonista della clinica può quindi fungere da ostacolo a diverse forme di accanimento terapeutico, dalle più palesi alle più sottili, derivanti da decisioni mediche poco ponderate e da una sorta di imperativo interventista che sembra prevalere in alcuni settori della medicina.

Anche da tale esempio emerge come una visione della medicina di questo genere permetta di restituire al medico il senso più profondo del proprio operato. Infatti, lo scopo della pratica clinica non viene più definito solo in negativo, come eliminazione delle malattie, e ciò permette al clinico di considerare le proprie azioni in una prospettiva più ampia del semplice gesto tecnico. A quest'immagine più rassicurante della professione si accompagna però la richiesta di un maggiore impegno da parte del medico: concepire il proprio operato in termini di pratica relazionale implica infatti maggiori responsabilità da parte del curante, che è tenuto a farsi carico del paziente come persona e non può limitarsi a vederlo solo come un caso clinico. In particolare, nella visione proposta, al medico si richiedono competenze relazionali e comunicative oltre alle tradizionali competenze "scientifiche"³⁰⁸, poiché la buona riuscita dell'atto clinico viene a dipendere anche dal tipo di relazione che si instaura tra curante e curato.

Per questo diventa centrale la qualità della comunicazione tra medico e paziente, in quanto essa costituisce lo strumento primario che permette alla relazione clinica di diventare una relazione autentica che valorizzi l'umanità di entrambi i soggetti coinvolti. L'importanza della comunicazione, d'altronde, è stata riconosciuta anche dai medici³⁰⁹ stessi, in particolare in settori in cui ottime capacità comunicative risultano indispensabili, come per esempio

³⁰⁸ Ciò significa che accettare l'immagine della medicina qui proposta dovrebbe portare anche a una riforma dell'attuale sistema di formazione dei medici italiani, che tende a riflettere la sola idea di medicina come scienza. Tra l'altro, un riconoscimento dell'importanza di fornire ai giovani medici competenze non solo strettamente scientifiche costituirebbe un atto di rispetto e tutela innanzitutto nei loro confronti: infatti, come le autrici femministe sottolineano a più riprese, è giusto che la società si preoccupi di creare le condizioni perché i *care-givers* possano davvero essere tali.

³⁰⁹ In Italia è stata recepita dal Codice di Deontologia Medica a partire dal 1995.

l'oncologia³¹⁰ (a causa della frequenza di diagnosi infauste nonché del particolare carico simbolico che il cancro ha assunto nella nostra società) e la pediatria³¹¹ (settore in cui il medico deve essere in grado di gestire la comunicazione con bambini di diverse età e allo stesso tempo con i loro genitori³¹²). Esistono quindi diversi studi sulle metodologie per comunicare una diagnosi così come una prescrizione, e su quali siano i tempi, i modi e i luoghi più appropriati per farlo. Questi studi richiamano l'attenzione, per esempio, sull'importanza della gradualità³¹³ e della trasparenza³¹⁴ della comunicazione, sull'opportunità di lasciar modo al paziente di gestire il dialogo in prima persona³¹⁵, nonché sul ruolo della comunicazione non verbale³¹⁶. Le

³¹⁰ Fiorentino 2001.

³¹¹ Burgio - Notarangelo 1999.

³¹² Naturalmente la necessità di relazionarsi e comunicare anche con le famiglie dei pazienti non riguarda solo la pediatria, semplicemente nel settore pediatrico essa è imprescindibile.

³¹³ "La comunicazione della diagnosi deve essere, più che un evento episodico, il primo passo di un processo comunicativo e di un rapporto che coinvolge l'équipe medica e i membri della famiglia e che cresce e cambia con il tempo" (Burgio - Notarangelo 1999, p. 304).

³¹⁴ Boyd 1996.

³¹⁵ "Il malato è soggetto della propria esistenza e non solo oggetto di uno sguardo medico. Lasciamogli dunque l'iniziativa del dialogo. È così che ridiventerà soggetto della propria esistenza nonostante la sua attuale astenia. È così, mettendoci a sua disposizione in un dialogo di cui condurrà il gioco, che lo rimetteremo con più certezza in posizione di soggetto della sua malattia e, alla fine, della sua guarigione" (Malherbe 2003, p. 44).

³¹⁶ "Il toccare l'altro è un atto medico importantissimo, siccome ha un significato interpersonale. Non ha solo un significato conoscitivo, un significato oggettivante [...] ma è un toccare che è relazione. È un organismo in cui si fa tangibile la persona [...] Al momento in cui sono esaminato nel mio corpo cerco nello sguardo del medico di capire qualcosa [...] Quindi [...] la gestualità, la mimica, tutto il linguaggio non verbale hanno, accanto alla parola, questa valenza enorme, diagnostica e terapeutica" (Callieri 2007, pp. 51-52). Questa citazione mette bene in luce la complessità di dimensioni chiamate in causa dalla pratica comunicativa che, lungi dall'esaurirsi nel dialogo verbale, si nutre di gesti e sguardi - strumenti altrettanto (se non più) efficaci per veicolare il messaggio che si vuole trasmettere al paziente. Proprio per questo, il curante deve essere consapevole che è già a partire dal suo atteggiamento generale nei confronti di un paziente - quindi a partire da elementi apparentemente banali come il modo di rivolgersi al malato, di guardarlo e di toccarlo - che egli gli restituisce

competenze comunicative, però, non devono essere solo strumenti che permettono al medico di superare la difficoltà di riferire una diagnosi, ma dovrebbero rappresentare la premessa per l'istituzione di un proficuo dialogo con il paziente per tutta la durata della sua terapia - dialogo che rappresenta la condizione indispensabile per il darsi di un'autentica relazione di cura. Sono proprio le capacità comunicative del medico a rendere possibile che il rapporto medico-paziente si trasformi in un "patto di cura basato sulla fiducia"³¹⁷ e che l'atto medico diventi "l'atto congiunto di due volontà di guarigione"³¹⁸, vale a dire un atto sinergico che deriva dall'accordo tra due soggetti che si impegnano per realizzare un'opera comune. Per quanto queste espressioni possano risultare eccessivamente idealistiche e corrispondenti a una minima parte delle relazioni cliniche, ciò non toglie, da un lato, che esse possano rappresentare un ideale a cui tendere e, dall'altro, che un buon dialogo rimanga un elemento imprescindibile in una buona relazione di cura, in quanto necessario affinché il clinico possa rendersi conto del vissuto del paziente e stabilire il modo migliore di aiutarlo. È chiaro che il dialogo, e con esso la cura, richiede al medico un notevole investimento personale, un lavoro su di sé non sempre facile. La tesi qui suggerita è che la difficoltà di tale impegno e le energie che richiede dovrebbero risultare compensate dalla soddisfazione che deriva dall'attribuzione di un significato autentico al proprio operare e dalla crescita personale legata alla consapevolezza del valore etico della professione clinica.

Un'ulteriore caratteristica del modello di medicina come pratica relazionale è il suo ruolo critico nei confronti di alcune tendenze che caratterizzano la pratica clinica occidentale contemporanea. In effetti, considerando la realtà in cui si pratica la medicina clinica, in particolare la realtà ospedaliera, non è difficile individuare diversi fattori che ostacolano pratiche di cura come quelle descritte. A mio parere si tratta di fattori che ostacolano

un'immagine di sé che può essere (o non essere) illuminata dal riconoscimento di un'uguale umanità e dignità.

³¹⁷ Ricoeur 1996, p. 32 della traduzione italiana.

³¹⁸ Malherbe 2003, p. 44.

l'esercizio della medicina nella sua pienezza, non di elementi costitutivi della medicina stessa, e quindi essi non inficiano la validità del modello proposto, che anzi si presenta come un correttivo nei loro confronti. Mi riferisco in particolare a fattori che rendono difficile coltivare la natura relazionale della medicina, come l'organizzazione ospedaliera, con la sua elevata burocratizzazione e la rotazione del personale; l'elevata specializzazione medica, che rende difficile mantenere la necessaria unità delle cure, rischiando di accentuare la perdita di integrità già esperita dal malato e privandolo di un punto di riferimento; l'utilizzo di tecnologie sempre più sofisticate, che aumenta la sensazione di alienazione e di distacco rispetto al proprio corpo, che si trova a essere sottoposto a trattamenti quanto mai oggettivanti; la cronica mancanza di tempo, che tra le altre cose rischia di ridurre in modo grave la libertà dei clinici di pensare seriamente, vale a dire di riflettere sui fini che si perseguono e sull'adeguatezza dei mezzi utilizzati per raggiungerli³¹⁹. Questi elementi estrinseci rischiano di aggravare una tendenza intrinseca alla medicina: l'oggettivazione del paziente, per cui "la persona, il soggetto della sofferenza, viene rappresentato come il luogo della malattia piuttosto che come agente narrante"³²⁰. Come afferma Jean-François Malherbe, ciò che va condannato non è tanto l'oggettivazione (*objectivation*) operata dalla medicina, che "consiste nell'astrarre dalla soggettività del paziente e nel guardarlo non come una persona ma come una macchina cibernetica estremamente complessa"³²¹ e che risulta legittima - oltre che necessaria - come fase transitoria dell'operare medico. A essere inaccettabile è invece la reificazione permanente (*objectification*) del paziente, vale a dire il mancato superamento della fase oggettivante e la mancata restituzione "al corpo che sono di ciò che è stato fatto sul corpo che ho"³²². Il superamento di questa fase è evidentemente auspicato dal modello relazionale della pratica medica, che punta a

³¹⁹ Si veda Malherbe 2003, pp. 98-99.

³²⁰ Good 1994, p. 125 della traduzione italiana.

³²¹ Malherbe 2003, p. 34.

³²² *Ivi*, p. 37.

incoraggiare elementi di “umanizzazione” che facciano percepire al paziente di essere trattato come un soggetto e, allo stesso tempo, mira a condannare fattori di oggettivazione non necessari. Peraltro tali fattori, da un lato, contribuiscono spesso a una percezione negativa da parte del paziente delle cure ricevute e quindi ad accuse di malasanità e lamentele; dall’altro, derivano per lo più da ragioni di tipo economico, non certo da reali necessità cliniche, e sono per questo passibili di miglioramento. È evidente che non tutti questi fattori oggettivanti possono essere facilmente superati ma, in seguito all’analisi qui svolta – che ha messo in luce la complessità delle dimensioni coinvolte nella relazione di cura –, dovrebbe risultare altrettanto chiara la necessità di intervenire dove è possibile. Tra l’altro in molti casi potrebbero bastare piccole attenzioni che però dimostrino al paziente la sua centralità.

L’immagine della medicina qui difesa si caratterizza inoltre in contrasto ad altri modelli. In particolare, essa è del tutto opposta a visioni di stampo liberale, che propongono modelli contrattualistici del rapporto medico-paziente³²³. Questa opposizione rispecchia di fatto la contrapposizione più generale tra l’etica della cura e il liberalismo morale e quindi tra un’attenzione alle relazioni umane nella loro complessità e concretezza e un modello di interazione centrato sul libero scambio tra eguali, nonché tra una visione dell’uomo come essere vulnerabile e interdipendente e un’enfasi sull’individuo libero e autonomo. Proprio a causa di queste differenze, la prospettiva della cura risulta molto più efficace quando applicata al contesto clinico, in quanto permette di rendere conto di una relazione inevitabilmente asimmetrica a causa della particolare vulnerabilità di uno dei soggetti, dovuta alla malattia. Proporre di concepire la profonda umanità del rapporto medico-paziente nei termini di un contratto, invece, finisce inevitabilmente per svilirla, basandosi su un modello del tutto impersonale e legalistico³²⁴. Oltre ad apparire riduttivo,

³²³ Sulle implicazioni del dibattito tra etica della cura ed etica della giustizia per l’etica medica si veda Sharpe 1992.

³²⁴ Di questo genere è per esempio il modello proposto da Engelhardt (Engelhardt 1986, 1996²). Per il bioeticista americano, infatti, il rapporto medico-paziente si

inoltre, il modello contrattualistico risulta una rappresentazione ben lontana dalla realtà clinica per diversi motivi. Non solo esso si basa sulla finzione di una simmetria che nella relazione clinica non esiste e trascura completamente il carico emotivo ed esistenziale che alla malattia si accompagna, ma costituisce anche un modello impraticabile nella misura in cui presuppone che un contratto possa anticipare nei dettagli la complessità del decorso clinico e le innumerevoli decisioni che il medico dovrà prendere. Per quanto dettagliato un contratto possa essere, infatti, esso risulterà sempre insufficiente a tutelare gli interessi del paziente se non si accompagna alla creazione di una relazione di fiducia con il curante. Dunque, basare la liceità delle pratiche mediche esclusivamente sul consenso individuale e svuotare la medicina di qualunque valore sostanziale – compreso il riferimento a un principio di beneficenza – non sembra essere una strategia efficace per assicurare la tutela del paziente. Così come la vita morale, anche la pratica medica necessita di assunti sostanziali che ne definiscano gli obiettivi, assunti che non possono essere sostituiti dall'accordo senza che tale sostituzione porti a perdere di vista la reale natura delle pratiche mediche. Inoltre, stabilire come unico criterio normativo quello del consenso finisce per negare alla tradizione medica, sia deontologica che scientifica, lo specifico valore che le è sempre stato riconosciuto.

Per tutte queste ragioni sembra preferibile un modello di medicina che ne valorizzi la dimensione relazionale e ne identifichi il fine nel prendersi cura del paziente. Una caratterizzazione di questo tipo, infatti, pur lasciando un certo margine discrezionale al medico e al paziente, identifica un criterio di normatività “sostanziale” che permette di attribuire un senso alla pratica

configura come un contratto tra due persone che rischiano di essere tra loro stranieri morali, con visioni diverse della medicina derivanti dall'idea di beneficenza che caratterizza la loro comunità morale. Per questo, a livello pubblico l'unico principio che va garantito è quello del permesso: il medico non ha nessun obbligo nei confronti del paziente – se non il rispetto del suo consenso libero e informato – con il quale si trova a negoziare un vero e proprio accordo. L'unica preoccupazione etica è la tutela del diritto del paziente di essere lasciato solo nelle proprie scelte e di decidere cosa fare di sé e del proprio corpo, per il resto tutto è permesso. Come nota W.T. Reich, in questo modo Engelhardt finisce per delineare “un'immagine spoglia, asettica e vuota della medicina come professione che non conosce alcun valore sostanziale” (Reich 1996, p. 235).

medica. Quindi, la variabilità che pure viene contemplata da questo modello non rischia di sfociare nell'arbitrarietà, anche perché è legata agli standard etici e scientifici riconosciuti dall'etica professionale. Infine, la considerazione dei valori del paziente e degli standard professionali imposti dalla società permettono di rendere conto della pratica medica in diversi contesti culturali, pur mantenendo il riferimento al fine universale della cura³²⁵.

Il modello proposto si avvicina per molti aspetti all'interpretazione della pratica clinica offerta da E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma, basata sulla descrizione dell'incontro clinico e sull'idea di medicina come impresa eminentemente morale, governata dal bisogno di aiuto del paziente. La prospettiva morale dei due autori è di stampo aristotelico ed essi attribuiscono grande importanza al carattere del soggetto morale, in questo caso il medico, che si forma attraverso l'azione e deve coltivare alcune virtù³²⁶. Sempre in un'ottica aristotelica, per definire la medicina risulta necessario individuare il fine cui essa tende: il bene del paziente³²⁷. In seguito a un'analisi dei diversi livelli a cui tale bene può essere concepito e realizzato³²⁸, Pellegrino e Thomasma concludono che il fine della medicina consiste nella "azione di cura

³²⁵ Un modello di questo tipo dovrebbe anche garantire la possibilità di praticare la medicina in un contesto pluralistico, istituendo relazioni non tra "stranieri morali" condannati all'incomunicabilità, ma tra esseri umani che possono creare un dialogo autentico e condividere un obiettivo comune.

³²⁶ Pellegrino - Thomasma 1993.

³²⁷ In questo senso essi riprendono anche la tradizione ippocratica, assegnando un valore prioritario al principio di beneficenza.

³²⁸ Come è noto, essi propongono una quadripartizione del bene del paziente (Pellegrino 2005). I due autori individuano infatti quattro livelli in cui si struttura il bene, che sono ordinati in maniera gerarchica. A un primo livello, il più basso, il medico deve puntare a realizzare il bene biomedico del paziente, cercando di ripristinarne la funzionalità fisica. A un secondo livello, invece, entra in gioco la dimensione personale del bene del malato, che chiama in causa la sua concezione di sé e i suoi progetti di vita. A un terzo livello, si deve tener conto di ciò che costituisce il bene umano in generale e quindi tutelare il paziente come persona rispettandone la dignità e l'autonomia. Infine, al quarto livello si situa il bene più importante, quello spirituale, che conferisce alla vita il suo significato ultimo. A causa dell'ordinamento gerarchico, un'azione volta a promuovere il bene del paziente a un certo livello non deve essere in contrasto con il significato che il bene assume a un livello superiore.

*giusta e buona per uno specifico paziente*³²⁹: *giusta* a livello biomedico, in quanto rappresenta ciò che di meglio la scienza medica può offrire a quel paziente; *buona* agli altri livelli, in quanto si propone di rispettarli; indirizzata a un *paziente specifico*³³⁰, in quanto il bene da realizzare assume sfumature diverse per ogni malato.

È evidente che le somiglianze tra i due approcci sono notevoli: entrambi valorizzano il punto di vista dei soggetti concreti, immersi in una rete di relazioni e portatori di valori; entrambi considerano la medicina clinica una pratica dall'intrinseco valore morale; entrambi propongono una mediazione tra le conoscenze scientifiche e le specifiche esigenze umane del paziente. In effetti, le due prospettive in linea di principio non sono inconciliabili tra loro e si potrebbe immaginare una loro integrazione³³¹. Per esempio, la stessa idea di cura come attenzione per i disagi e le esigenze del malato potrebbe comprendere la considerazione del bene del paziente nei diversi livelli descritti da Pellegrino e Thomasma. Tuttavia, ritengo che l'individuazione del fine della medicina nel prendersi cura del paziente possa offrire qualche spunto normativo specifico e originale, come si vedrà nel prossimo paragrafo.

3.2.2 La medicina come pratica della cura

Si tratta ora di analizzare quali siano le conseguenze normative più specifiche che derivano dal definire la clinica come una forma di prendersi cura altamente specialistica che aspira a guarire la persona malata.

Il primo elemento fondamentale di questa definizione consiste nel considerare la guarigione come un riferimento imprescindibile, ma non un

³²⁹ Pellegrino – Thomasma 1981, p. 219, enfasi mie.

³³⁰ L'indirizzarsi a un paziente specifico, d'altronde, distingue la clinica, di cui i due autori intendono occuparsi, da altre forme di medicina. "Con medicina clinica, intendo l'uso della conoscenza e dell'abilità mediche per la cura di persone malate, qui e ora, nell'incontro individuale tra medico e paziente" (Pellegrino 2005, p. 22).

³³¹ Sul dialogo tra le due prospettive – e tra etica delle virtù ed etica della cura – si veda Benner 1997.

risultato necessario. Il riferimento all'intenzione di guarire da parte del curante – almeno fintantoché o in tutti i casi in cui la guarigione sembra possibile – deve far parte della definizione di medicina, in quanto evidentemente prendersi cura di una persona trascurando interventi che potrebbero restituirle la salute non potrebbe essere considerato un agire di tipo clinico³³². La medicina aspira infatti per la sua natura a curare le malattie nel modo più efficace possibile, e questo spiega la sua strutturale tendenza all'innovazione e alla ricerca. A livello clinico, tuttavia, il raggiungimento della guarigione non va ritenuto una condizione necessaria dell'agire medico, proprio perché al centro dell'atto clinico va posta la persona e non la malattia. Non si può considerare la guarigione come essenziale per definire la pratica medica, perché così facendo si escluderebbero dall'ambito della medicina tutti i casi in cui gli sforzi del medico e del paziente non sono sufficienti a far guarire quest'ultimo, mentre “il fatto che un *team* medico non riesca a restituire la salute al paziente non toglie alle sue azioni la loro qualità di azioni *mediche*”³³³. In molti casi la medicina non può garantire la guarigione, ma non per questo viene meno alla sua natura se continua a farsi carico del paziente e ad averne cura.

L'enfasi sulla primarietà del prendersi cura del paziente rispetto alla guarigione dalla malattia ha due importanti conseguenze. In primo luogo, l'avvenuta guarigione non è un criterio sufficiente per attribuire la qualifica di “cliniche” alle azioni che l'hanno determinata. Da un lato, infatti, deve trattarsi di azioni altamente specializzate dettate da un ben preciso sapere, la cui validità è socialmente riconosciuta, e non di azioni qualunque. Dall'altro, la sola guarigione (quindi la buona riuscita delle terapie prescritte) non esaurisce l'atto clinico, che consiste, invece, nel far interagire nel miglior modo possibile la percezione da parte del paziente dei propri problemi con le soluzioni che la scienza medica può offrirgli. Se manca questo dialogo, il medico, pur intervenendo secondo i dettami della medicina, rischia di non riuscire a

³³² Va detto che, a rigore, sarebbe difficile anche considerarlo una forma autentica del prendersi cura in ambito sanitario.

³³³ Mordacci 2001, p. 122.

soddisfare la richiesta di aiuto del paziente, che riguarda principalmente le modalità in cui la malattia interferisce con la sua vita, modalità che solo il paziente può conoscere.

In secondo luogo, considerare come finalità della pratica clinica il prendersi cura del paziente significa che il medico non esaurisce il suo ruolo nel momento in cui si rende evidente che guarire non è più possibile. Questa è un'implicazione di cruciale importanza perché riguarda sia categorie di malati in aumento – come i malati cronici, cronico-degenerativi, o i pazienti geriatrici – sia la difficile situazione dei malati terminali, che rischiano l'abbandono da parte dei loro curanti³³⁴. L'intenzione di prendersi cura del paziente permetterebbe invece di attribuire un senso anche a queste situazioni in cui la guarigione non risulta possibile e che spesso vengono invece percepite esclusivamente come fallimenti. Un cambiamento di prospettiva che vada in questa direzione sarebbe davvero fondamentale soprattutto per quanto riguarda i malati terminali. Il medico che concepisce la sua professione come prendersi cura dei pazienti può, infatti, trovare conforto nella consapevolezza che per il malato terminale c'è ancora qualcosa da fare, considerato che la difficoltà dei medici di relazionarsi con i morenti deriva in gran parte proprio dalla frustrazione di non poter fare più niente per loro. Da questo punto di vista la prospettiva della cura dovrebbe facilitare la progressiva integrazione delle terapie con le cure palliative ed evitare forme di accanimento che spesso vanno contro l'interesse del paziente e ne favoriscono l'alienazione. Invertire la tendenza alla deumanizzazione della morte, che spesso avviene in luoghi spersonalizzati come gli ospedali e mentre si è sottoposti a trattamenti iper-invasivi e alienanti, è un compito la cui importanza morale e sociale non può essere sovrastimata.

Oltre a configurarsi come un compito più ampio rispetto alla guarigione, il prendersi cura del paziente ha ulteriori implicazioni. Esso si traduce infatti in

³³⁴ La difficoltà dei medici di accettare la malattia terminale, che appare loro come una sconfitta personale, sembra rispecchiare un più diffuso atteggiamento di rimozione della morte da parte della società.

una serie di azioni, in risposta ai bisogni dell'altro, verso il quale si è mossi da responsabilità³³⁵ e sollecitudine. Queste azioni trovano la loro origine, e si inseriscono, in una relazione asimmetrica tra due soggetti in cui almeno uno dei due manifesta la propria vulnerabilità: una relazione di cura. La normatività di una relazione di cura deriva in maniera rilevante dal contesto in cui si inserisce e dall'individualità del *cared-for*. Per quanto legare la normatività all'individualità apra le porte a un'infinita variabilità – oltre che a un potenziale soggettivismo –, si è ritenuto che l'analisi del contesto clinico potesse mettere in luce alcune costanti della buona relazione di cura medica, sufficienti a delineare un quadro normativo non relativistico per questa pratica specifica.

Da un lato, quindi, concepire la medicina come pratica della cura significa applicare alla medicina una prospettiva definita da alcune caratteristiche molto chiare, quali per esempio l'attenzione alla concretezza delle situazioni e una visione dell'uomo come essere relazionale, vulnerabile e interdipendente. Si è già visto³³⁶ come questo porti all'elaborazione di un modello di medicina molto promettente che contiene già alcune indicazioni normative generali, quali la tensione al bene del paziente, l'importanza del dialogo e il rispetto del paziente come soggetto della sua vita.

Dall'altro lato, è la medicina stessa a fornire delle indicazioni normative specifiche, in quanto per approfondire la normatività della cura medica si è resa necessaria un'analisi delle caratteristiche che la definiscono. Proprio tale analisi, svolta nella prima parte di questo capitolo, ci permette di identificare alcuni elementi normativi universali della pratica clinica come relazione di cura. La cura medica si rivolge infatti a una categoria di soggetti i cui bisogni di cura sono assimilabili: le persone malate. Parte dei loro bisogni sono fisici e sono facilmente individuabili dal personale sanitario che se ne prende cura. Tuttavia, la discussione sul concetto di malattia ha messo in luce che essa è un fenomeno

³³⁵ Nel caso della pratica clinica la responsabilità nei confronti dell'altro – il proprio paziente – non è solo un concetto morale, ma fa parte della professione stessa.

³³⁶ Delle implicazioni più generali dell'applicazione della prospettiva della cura alla medicina e del modello di pratica clinica che ne deriva si è riferito in precedenza (si veda il paragrafo 3.2.1).

che va ben al di là di semplici necessità fisiche, in quanto coinvolge l'esistenza del soggetto che la esperisce. Per questo si rende necessaria una valutazione più attenta dei bisogni di cura dei malati, che spesso riguardano gli effetti che la malattia ha sulla loro vita. Poiché la malattia chiama in causa la dimensione personale, nella cura entra così in gioco una variabile non universale che rende imprescindibile il confronto dialogico tra *carer* e *cared-for*. Allo stesso tempo è possibile individuare alcune caratteristiche costanti del modo in cui la malattia influenza la vita dei pazienti, le quali possono tradursi in altrettante indicazioni normative per i medici. Basandosi sull'analisi fenomenologica di Kay Toombs, si può così affermare che le cure mediche, oltre a porsi l'obiettivo della guarigione e a soddisfare i bisogni fisici del paziente, dovrebbero cercare di limitare le perdite esperite dai malati: perdita di controllo su di sé, di integrità, di certezza, di libertà di agire e del mondo familiare. Le azioni da mettere in atto per raggiungere tale obiettivo possono essere le più varie, e ideare modalità di venire incontro allo specifico disagio esperito dal singolo paziente è un ottimo esercizio di creatività morale. Pur nella varietà dei mezzi, il fine da realizzare rimane costante e consiste nell'alleviare il più possibile i disagi legati alla malattia, trovando un punto di equilibrio tra la dimensione umana e la dimensione scientifica della clinica.

Infine, ulteriori indicazioni provengono dagli elementi normativi individuati in precedenza³³⁷ come caratteristici della cura. Infatti, si è visto come la relazione di cura sia una relazione asimmetrica che punta alla reciprocità, e quindi alla creazione di un equilibrio. Nei casi in cui è possibile, a dire il vero, la relazione di cura mira a rendere il *carer* non più necessario, in quanto i bisogni di cura sono stati soddisfatti – nel caso della medicina potremmo quindi dire che il suo scopo sarebbe far sì che il paziente non abbia più bisogno del medico. In generale, comunque, questa tensione alla reciprocità ha molteplici risvolti normativi.

Innanzitutto, la cura clinica esclude il paternalismo medico, in quanto condanna l'unilateralità di decisioni prese senza tenere in considerazione le

³³⁷ Si veda il paragrafo 2.3.

preferenze del paziente, oltre a sottolineare l'importanza del momento della ricezione delle cure - quindi la risposta del paziente³³⁸ - per stabilire la legittimità di una cura ed evitare il rischio di arbitrarietà.

Inoltre, una relazione di cura non può che puntare al coinvolgimento del malato nelle decisioni che lo riguardano e nella definizione dei bisogni che la cura dovrebbe soddisfare. Il coinvolgimento del paziente è fondamentale per consentire al medico di comprendere in cosa consista la restrizione di possibilità che la malattia comporta, per poi restituirgli le sue capacità, quando possibile, o, negli altri casi, studiare insieme le soluzioni più adeguate per limitare la sensazione di inabilità. Inoltre, il coinvolgimento del paziente è uno degli strumenti più importanti a disposizione del medico per rafforzarne il senso di autonomia in una fase di dipendenza, e quindi per alleviare il senso di perdita di controllo su di sé e di libertà di agire descritti in precedenza. La tutela dell'autonomia che deriva da una prospettiva basata sulla cura è quindi più ampia di quella suggerita dal principlismo di Beauchamp e Childress, il cui principio di autonomia si è per lo più tradotto nella realtà clinica in un rispetto passivo e procedurale basato sui moduli del consenso informato. Nella nostra prospettiva, invece, non è sufficiente un rispetto passivo dell'autonomia del paziente, ma si auspica un atteggiamento attivo di cura (nel senso di interesse e sollecitudine) nei confronti di un'autonomia già messa a dura prova dalla condizione di dipendenza che la persona malata sperimenta. Per di più, le concezioni di autonomia più diffuse nel dibattito bioetico sembrano focalizzarsi sul medico, mentre la prospettiva della cura, oltre a proporre un'idea di autonomia più articolata e relazionale, vuole riportare l'attenzione non solo sul processo decisionale del paziente ma anche sugli altri momenti in cui

³³⁸ Nel caso di pazienti non coscienti tale risposta consisterà semplicemente nel verificarsi del risultato atteso - auspicabilmente, ma non necessariamente, un miglioramento delle condizioni fisiche - ritenuto positivo in base a standard di valutazione condivisi. Nel caso di pazienti coscienti, invece, alla valutazione strettamente medica della positività del risultato delle cure dovrebbe accompagnarsi il riconoscimento del paziente che le giudichi come tali.

l'autonomia entra in gioco, in quanto essa non si esaurisce nella capacità di effettuare delle scelte³³⁹.

Infine, il richiamo alla reciprocità costituisce una tutela per lo stesso curante, in quanto implica il rispetto delle sue esigenze, sia umane sia professionali: come già detto, il paziente non può pretendere che il medico vada contro le proprie convinzioni. Inoltre, la prospettiva della cura riconosce il bisogno di tutelare il *carer*, in quanto la relazione di cura può essere per lui molto onerosa, e sembra quindi offrire risorse per affrontare i problemi legati al *burnout*.

Ritengo che da queste considerazioni emerga la molteplicità di implicazioni dell'applicazione della prospettiva della cura alla pratica clinica, oltre alle sue potenzialità. Inoltre, il concetto di cura riferito al contesto specifico della clinica dimostra una certa efficacia normativa, che non lo contraddistingue se riferito all'etica in generale. Le potenzialità etico-normative della cura, infatti, si manifestano nel momento in cui tale approccio si confronta con le peculiarità di una situazione di cura specifica, nei confronti della quale è in grado sia di fungere da quadro di riferimento generale, sia di attingere elementi e risorse. Proprio grazie a questa sua propensione ad arricchirsi nel confronto con la concretezza delle situazioni, il modello della cura può essere particolarmente adatto per affrontare diversi aspetti dell'etica medica: non tanto i dilemmi di principio con i quali spesso si identifica la bioetica, quanto i problemi che emergono dalla pratica della cura quotidiana. Affrontare nello specifico particolari contesti della clinica dovrebbe quindi portare a precisare ulteriormente le indicazioni normative legate alla cura, come vedremo in relazione a due ambiti: le cure palliative e le cure a lungo termine.

Le cure palliative sono state definite "un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie di fronte ai problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo di una precoce identificazione e di un'accurata valutazione e trattamento

³³⁹ Si veda Dodds 2000.

del dolore e degli altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali”³⁴⁰. Come si vedrà, le cure palliative rappresentano un settore della medicina in cui l’idea della pratica clinica come prendersi cura del paziente nella sua integrità trova effettiva applicazione. La nascita della medicina palliativa è legata all’assistenza dei malati terminali di cancro e, in particolare, all’approccio di cura elaborato dal movimento degli *hospice*. Il movimento, nato a seguito della fondazione nel 1967 del St. Christopher’s Hospice di Londra da parte di Cicely Saunders, si dedica infatti all’obiettivo di prendersi cura (*care*) dei malati terminali, per preservarne la dignità e difenderne la qualità di vita fino al momento della morte³⁴¹. Il punto di partenza è dunque il riconoscimento del valore esistenziale cruciale della fine della vita e la constatazione dell’inadeguatezza dell’approccio medico tradizionale all’accompagnamento alla morte. In base a questi elementi, Cicely Saunders ha inaugurato un approccio che sembra incarnare al meglio il farsi carico attraverso la cura dei diversi livelli di disagio che la malattia provoca alla persona malata – oltre all’idea che il fine della medicina non coincida con la guarigione.

Il primo livello che va affrontato consiste nel disagio fisico causato dalla malattia: per questo l’obiettivo primario dell’équipe in un *hospice* consiste nel controllo professionale dei sintomi e del dolore, senza il quale tutti gli altri tipi di intervento risulterebbero inutili. Proprio questa attenzione per la gestione del

³⁴⁰ Si tratta della definizione di cure palliative adottata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, che specifica: “Le cure palliative: procurano sollievo dal dolore e da altri sintomi che causano sofferenza; affermano il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale; non mirano ad affrettare né a posticipare la morte; comprendono anche gli aspetti psicologici e spirituali della cura del paziente; offrono sostegno per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino al momento della morte; offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia dell’ammalato a convivere con la malattia e con il lutto; utilizzano un approccio d’équipe per soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, incluso il sostegno al lutto, se indicato; migliorano la qualità della vita, e possono anche influenzare positivamente il decorso della malattia; sono applicabili anche in fasi precedenti del decorso della malattia, in concomitanza ad altre terapie che mirano a prolungare la vita, come chemioterapia e radioterapia, e includono le indagini necessarie a capire e gestire al meglio le complicazioni cliniche che causano malessere” (definizione consultabile on-line, al link: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

³⁴¹ Si vedano Saunders 1978 e Saunders – Summers – Teller 1981.

dolore ha permesso alla medicina di fare progressi in tale ambito e ha portato alla nascita del settore della medicina palliativa, che non si rivolge esclusivamente ai malati nelle ultime settimane di vita³⁴², ma dovrebbe intervenire già nelle fasi avanzate di malattie in cui serve un'attenzione particolare per controllare i sintomi e, soprattutto, il dolore. All'inizio della loro applicazione, dunque, le cure palliative dovrebbero essere affiancate a interventi che mirano ancora alla guarigione, interventi che dovrebbero essere sospesi solo in seguito, qualora la malattia raggiungesse uno stadio terminale. La gradualità dell'inserimento delle cure palliative è molto importante per garantire una continuità assistenziale lungo il decorso della malattia e per consentire che il passaggio alle sole cure di fine vita avvenga al momento giusto, in modo da evitare sia forme di accanimento terapeutico, sia un affidamento tardivo.

Oltre a farsi carico della gestione dei sintomi, però, *hospice* e cure palliative offrono un supporto decisamente più ampio al paziente e alla sua famiglia. Innanzitutto il paziente viene considerato nella sua estrema vulnerabilità e si cerca di fornirgli tutta l'assistenza di cui ha bisogno per vivere nel modo per lui migliore l'avvicinarsi della morte³⁴³. Ciò implica che uno degli elementi chiave per le cure palliative sia la comunicazione costante con il paziente, con il quale si cerca di stabilire un piano anticipato e condiviso delle cure basato sul prevedibile decorso della patologia. Lo scopo è di progettare insieme un'ottimizzazione della qualità della vita che resta, cercando di ridurre eventi indesiderati, come trattamenti aggressivi o frequenti ospedalizzazioni, grazie alla pianificazione. Il malato sa così di potersi aspettare la prevenzione e il trattamento precoce degli eventi critici, nonché la franchezza delle persone che lo circondano, sempre disponibili a fornirgli chiarimenti sulla sua situazione. Il team di cura cerca inoltre di affrontare insieme al paziente la

³⁴² Inoltre, non si rivolge nemmeno ai soli malati di cancro, ma dovrebbe essere applicata anche ad altre situazioni patologiche, come le malattie croniche gravi (Murray - Kendall - Boyd - Sheikh 2005).

³⁴³ Di una buona morte come obiettivo delle cure palliative trattano Dekkers - Sandman - Webb 2002.

paura, che in molti casi è legata a convinzioni infondate, descrivendogli cosa deve aspettarsi dal decorso della sua malattia e soprattutto ascoltandolo. Un approccio di questo tipo è del tutto coerente con la prospettiva del prendersi cura, in quanto mira ad alleviare la sofferenza legata alla malattia terminale, cercando di valorizzare le capacità di cui il paziente può ancora disporre per renderlo soggetto e protagonista anche in una difficile fase di declino. Inoltre, anche questo approccio considera fondamentale, per poter offrire un'autentica cura, il confronto con le preferenze e le credenze del singolo malato. Negli *hospice* l'attenzione per la complessità delle dimensioni chiamate in causa dalla malattia terminale si è tradotta nella presenza di un'un'equipe interdisciplinare e in una flessibilità e varietà di iniziative³⁴⁴ che ben rappresentano l'esercizio di una saggezza morale in situazione. In generale, l'efficacia delle cure palliative dipende dalla capacità di coordinare diverse risorse assistenziali (ospedali, *hospice*, cure domiciliari, ecc.) in base alle esigenze del paziente e alla pianificazione delle cure stabilita insieme a lui.

A un terzo livello, cure palliative e *hospice* si basano sul riconoscimento del valore della relazionalità dell'esistenza umana³⁴⁵, sia favorendo il dialogo con il paziente, sia coinvolgendo nella cura l'intero nucleo familiare. La famiglia viene coinvolta non solo per via del ruolo positivo che può rivestire per il malato, ma anche come "vittima" a sua volta della malattia. "In un reparto di cure terminali i familiari del paziente non sono intrusi, né ospiti rispettati; sono intima parte della rete di cura. Sono sia persone che si prendono cura [*care-*

³⁴⁴ Tra i vari servizi, gli *hospice* assicurano: una disponibilità costante, ventiquattro ore al giorno e sette giorni su sette; assistenza spirituale a chi la richiede; un servizio di cura domiciliare per i pazienti che desiderano e hanno la possibilità di essere assistiti nella propria casa; un'attenzione agli elementi architettonici per rendere gli spazi il più consoni possibile alle esigenze dei malati; un coordinamento assistenziale, mantenendo il dialogo con il medico di medicina generale del paziente e con gli altri medici con cui ha avuto a che fare; l'intervento del *social worker*, a disposizione del paziente per risolvere problemi pratici di varia natura, dalla gestione dell'eredità all'organizzazione del funerale.

³⁴⁵ "Valorizzare la fase terminale vuol dire introdurre il tempo del morire nel campo della *relazione*: abitarlo con la parola e con la presenza per aiutare a viverlo in maniera degna" (Viafora 2006, p. 362, enfasi mia).

givers] che persone di cui ci si prende cura [*cared-for*]. Appartengono all'ospedale di diritto e i loro bisogni devono essere per noi di capitale importanza"³⁴⁶. Per questo viene fornito anche un supporto al lutto, nel caso ce ne fosse bisogno, e i familiari sono incoraggiati a passare molto tempo con il malato, con il quale li si aiuta a condividere la verità.

Anche questo elemento rappresenta una significativa applicazione di una caratterizzazione della relazione di cura in linea con quella qui proposta. Inoltre, in generale l'esperienza dell'*hospice* dimostra l'interesse di un approccio più profondo alla relazione di cura per la riconsiderazione di alcuni dilemmi di cui si occupa la bioetica. Una visione che tenga presente la complessità della relazione di cura, infatti, permette di uscire da alcune sterili contrapposizioni, spesso risultato di approcci astratti o ideologici. In questo senso, nell'ambito delle cure di fine vita le cure palliative costituiscono un approccio equilibrato, che si situa a metà strada tra accanimento terapeutico ed eutanasia³⁴⁷. Invece di preoccuparsi dell'opposizione tra qualità e sacralità della vita, è proprio cercando di garantire la qualità della vita fino alla fine che le cure palliative ne difendono il valore. Infatti, l'attenzione per le esigenze del paziente permette di combattere le principali cause della perdita del desiderio di vivere nei malati terminali, tra cui rientrano l'assenza di speranza unita alla percezione di una perdita di dignità e la preoccupazione di essere un peso per gli altri. In molti casi, dunque, forse un approccio corretto alla cura potrebbe configurarsi come la soluzione migliore ai dilemmi teorici.

Infine, è interessante notare che la prospettiva della cura è del tutto coerente con alcuni degli approcci più recenti alle cure palliative, come l'etica dell'accompagnamento o il modello della *dignity therapy* proposto da Harvey M. Chochinov.

³⁴⁶ Murray Parkes 1978, p. 53.

³⁴⁷ Come nota anche J.-F. Malherbe (Malherbe 2007, pp. 359-378).

Di un'etica dell'accompagnamento del malato in fase terminale parla per esempio Corrado Viafora³⁴⁸, che considera l'accompagnamento una risposta relazionale alla solitudine che spesso affligge il morente: "L'etica dell'accompagnamento esprime un concetto delle cure dove chi assiste impara a 'camminare accanto' al malato terminale, senza la pretesa di imporgli la direzione, ma lasciandolo libero di indicare *lui* la via, con l'attenzione prioritaria a far sì che questo processo avvenga all'interno di un contesto relazionale fatto di tenerezza e di accoglienza. È questa la condizione di un morire umanamente degno"³⁴⁹. Questo approccio è per molti versi sovrapponibile a quello incentrato sulla cura, in quanto entrambi si basano su una valorizzazione di alcune caratteristiche antropologiche che permette di riconoscere e coltivare la dignità umana anche nel momento del confronto con la finitudine.

La *dignity therapy*, invece, consiste in un modello della cura volta a tutelare la dignità (*dignity-conserving care*) elaborato da Chochinov³⁵⁰ nel tentativo di sviluppare l'idea che il fine delle cure palliative sia aiutare i pazienti a morire con dignità. Esso costituisce un ottimo esempio di come il prendersi cura qui teorizzato potrebbe concretizzarsi. Come si vede dalla tabella nella pagina seguente, tale modello integra i diversi livelli in cui si articola l'esperienza della malattia (in questo caso terminale), prendendo in considerazione in particolare i livelli fisico, esistenziale e sociale. Inoltre, Chochinov considera fondamentale, al fine di preservare la dignità, l'attenzione per l'individualità del malato e sottolinea l'importanza di strategie volte a massimizzarne l'autonomia. Così, la sua elaborazione empirica del concetto di dignità è alla base di un modello di cure palliative perfettamente in linea con la prospettiva della medicina come pratica del prendersi cura qui difesa.

³⁴⁸ Viafora 2006, cap. 14.

³⁴⁹ *Ivi*, p. 372.

³⁵⁰ Chochinov 2002.

Table. A Model of Dignity and Dignity-Related Interventions for Patients Nearing Death

Factors/Subthemes	Dignity-Related Questions	Therapeutic Interventions
Illness-Related Concerns		
Symptom distress		
Physical distress	"How comfortable are you?" "Is there anything we can do to make you more comfortable?"	Vigilance to symptom management Frequent assessment Application of comfort care
Psychological distress	"How are you coping with what is happening to you?"	Assume a supportive stance Empathetic listening Referral to counseling
Medical uncertainty	"Is there anything further about your illness that you would like to know?" "Are you getting all the information you feel you need?"	Upon request, provide accurate, understandable information and strategies to deal with possible future crises
Death anxiety	"Are there things about the later stages of your illness that you would like to discuss?"	
Level of independence		
Independence	"Has your illness made you more dependent on others?"	Have patients participate in decision making, regarding both medical and personal issues
Cognitive acuity	"Are you having any difficulty with your thinking?"	Treat delirium When possible, avoid sedating medication(s)
Functional capacity	"How much are you able to do for yourself?"	Use orthotics, physiotherapy, and occupational therapy
Dignity-Conserving Repertoire		
Dignity-conserving perspectives		
Continuity of self	"Are there things about you that this disease does not affect?"	Acknowledge and take interest in those aspects of the patient's life that he/she most values See the patient as worthy of honor, respect, and esteem
Role preservation	"What things did you do before you were sick that were most important to you?"	
Maintenance of pride	"What about yourself or your life are you most proud of?"	
Hopefulness	"What is still possible?"	
Autonomy/control	"How in control do you feel?"	
Generativity/legacy	"How do you want to be remembered?"	
Acceptance	"How at peace are you with what is happening to you?"	Support the patient in his/her outlook. Encourage doing things that enhance his/her sense of well-being (eg, meditation, light exercise, listening to music, prayer)
Resilience/fighting spirit	"What part of you is strongest right now?"	
Dignity-conserving practices		
Living in the moment	"Are there things that take your mind away from illness, and offer you comfort?"	Allow the patient to participate in normal routines, or take comfort in momentary distractions (eg, daily outings, light exercise, listening to music)
Maintaining normalcy	"Are there things you still enjoy doing on a regular basis?"	
Finding spiritual comfort	"Is there a religious or spiritual community that you are, or would like to be, connected with?"	
Social Dignity Inventory		
Privacy boundaries	"What about your privacy or your body is important to you?"	Ask permission to examine patient Proper draping to safeguard and respect privacy
Social support	"Who are the people that are most important to you?" "Who is your closest confidante?"	Liberal policies about visitation, rooming in Enlist involvement of a wide support network
Care tenor	"Is there anything in the way you are treated that is undermining your sense of dignity?"	Treat the patient as worthy of honor, esteem, and respect; adopt a stance conveying this
Burden to others	"Do you worry about being a burden to others?" "If so, to whom and in what ways?"	Encourage explicit discussion about these concerns with those they fear they are burdening
Aftermath concerns	"What are your biggest concerns for the people you will leave behind?"	Encourage the settling of affairs, preparation of an advanced directive, making a will, funeral planning

©2002 American Medical Association. All rights reserved.

(Reprinted) JAMA, May 1, 2002—Vol 287, No. 17 2255

Tabella 1 (Chochinov 2002, p. 2255).

Un altro settore che ben esemplifica le potenzialità applicative del paradigma del prendersi cura è costituito dalle cure a lungo termine. Tali cure riguardano l'assistenza a persone affette da malattie croniche o disabilitanti, che rappresentano una fascia crescente della popolazione a causa sia dei cambiamenti demografici – che determinano un invecchiamento generale della popolazione –, sia dell'aumento dell'aspettativa di vita media di questo genere di malati³⁵¹. La combinazione di questi due fattori sta cambiando la realtà di molti reparti ospedalieri – per esempio quelli di medicina interna – che vedono prevalere il ricovero di persone anziane e spesso affette da più patologie.

Questa tendenza costituisce una sfida per un sistema ospedaliero studiato soprattutto per gestire la fase acuta delle malattie e interventi diagnostico-terapeutici di elevata complessità. Infatti, questi pazienti mettono in luce i limiti di un approccio terapeutico incentrato esclusivamente sulla malattia, o addirittura sulla malattia nella sua fase più acuta, costringendo i medici ospedalieri a riflettere su alcuni aspetti che la prospettiva della cura considera fondamentali, come le conseguenze concrete che la condizione patologica potrà avere sulla vita del malato dopo la dimissione. In particolare, le caratteristiche di questo tipo di malati – spesso anziani, più o meno soli, con possibili deficit cognitivi e affetti da diverse patologie potenzialmente disabilitanti – determinano la necessità di un'assistenza a lungo termine, anche se spesso a basso contenuto sanitario, che ne rende problematica la dimissione. Da questo punto di vista, ancora una volta si rende necessario un approccio volto a integrare le cure sanitarie ospedaliere alle diverse modalità assistenziali presenti sul territorio e a garantirne la continuità. Oltre a richiamare l'attenzione sul fatto che occuparsi del modo in cui la patologia cronica influirà sulla vita del paziente rientra tra i compiti essenziali del clinico, il concetto di cura mette anche in luce le problematiche sociali legate all'assistenza di questi malati e fornisce strumenti per analizzare l'impatto della patologia sulla rete di relazioni di cui la persona non autosufficiente fa parte. Infine, la riflessione femminista sulle implicazioni politiche della cura potrebbe costituire un utile

³⁵¹ Brizioli 2000.

monito a non sottovalutare il carico che un'assistenza a lungo termine può rappresentare per le famiglie e, in particolare, per le donne.

Oltre alle problematiche “gestionali” appena richiamate, le cure a lungo termine sollevano alcune questioni etiche più pregnanti, legate alle condizioni di particolare fragilità che per lo più contraddistinguono gli assistiti. I problemi che nascono durante l'assistenza – ospedaliera, domiciliare o residenziale – spesso riguardano temi come l'opportunità o meno di eseguire procedure invasive (diagnostiche o terapeutiche) date le condizioni precarie del paziente, la difficoltà di comunicare con il malato a causa di possibili deficit cognitivi, l'utilità di ricorrere alla nutrizione artificiale. Si tratta di problemi non banali per la cui soluzione sembra proficuo un approccio caso per caso, attento alle peculiarità della situazione e alla considerazione di una prospettiva ampia, che comprenda la rete familiare e assistenziale in cui il paziente è inserito. L'approccio basato sulla cura, grazie alla sua enfasi sulla relazionalità e sulla situazione della nostra esistenza, permette proprio un'analisi attenta e concreta di questo genere. Inoltre, il riconoscimento dell'uomo come essere vulnerabile e il superamento della nozione di autonomia come libertà negativa consentono alla prospettiva della cura di essere applicata efficacemente alla situazione di persone in un particolare stato di dipendenza per tutelarne l'autonomia residua. Ciò significa che il prendersi cura di malati con crescenti disabilità, fisiche o cognitive, implica coinvolgerli quanto possibile nelle difficili decisioni che li riguardano, rispettando la loro volontà, e allo stesso tempo favorirne con tutti i mezzi l'autonomia, sostenendo l'indipendenza che ancora manifestano e aiutandoli a mantenere il senso della propria individualità³⁵². Ciò potrà essere fatto sia in ospedale, prestando particolare attenzione alla pianificazione dell'assistenza, sia nelle strutture residenziali, l'ingresso nelle quali spesso risulta controproducente in termini di crescita di autonomia poiché stimola passività e senso di depersonalizzazione³⁵³.

³⁵² Sulla possibilità di reinterpretare l'autonomia in questi termini per le persone in età avanzata si può consultare Agich 2003.

³⁵³ Abma *et al.* 2012.

In questo contesto, la prospettiva della cura rivela la sua vicinanza agli approcci di tipo ermeneutico³⁵⁴ che, grazie all'attenzione per il significato che l'esperienza di malattia assume agli occhi del singolo paziente, condividono con l'idea di cura l'enfasi sull'*empowerment* del malato come finalità dell'assistenza, soprattutto nelle situazioni in cui la sua autonomia è più a rischio³⁵⁵. Entrambe le prospettive, poi, mettono in luce come nel contesto delle cure a lungo termine, e delle malattie croniche in particolare, sia necessario un ripensamento del ruolo del clinico che non si trova a dover gestire il momento dell'acuzie bensì a offrire un supporto complessivo al paziente: "Il professionista sanitario è più di una fonte di informazioni; spesso è anche un educatore e una guida socratica che mette in questione stili di vita dati per scontati, che motiva i pazienti a cambiare i loro comportamenti e che fornisce supporto e suggerimenti pratici. Sia i dottori sia i pazienti si trovano a dover assumere ruoli nuovi e a stabilire nuove relazioni"³⁵⁶.

Anche nel settore delle cure a lungo termine, dunque, emergono le potenzialità dell'applicazione del concetto di cura al contesto sanitario e assistenziale - non solo medico, quindi. In particolare, le peculiarità di questo contesto sembrano richiedere una pronunciata enfasi sulla relazionalità, sia come caratteristica antropologica, sia come risorsa da utilizzare per affrontare i complessi problemi etici che le cure a lungo termine possono sollevare.

L'analisi di questi due settori, cure palliative e cure a lungo termine, è servita per mettere in luce le potenzialità normative concrete dell'applicazione dell'idea di cura alla pratica clinica. La tesi qui difesa, però, è che la definizione della medicina come pratica del prendersi cura sia valida per tutti i settori della clinica. Le caratteristiche delle cure palliative e delle cure a lungo termine,

³⁵⁴ Oltre che, ancora una volta, all'etica dell'accompagnamento. Sull'etica dell'accompagnamento applicata alle cure a lungo termine e in particolare all'assistenza di persone con demenza si veda Viafora - Ohnsorge 2010.

³⁵⁵ Tra gli approcci ermeneutici alle cure a lungo termine si vedano per esempio Visse *et al.* 2010 e Abma *et al.* 2012.

³⁵⁶ Visse *et al.* 2010, p. 371.

infatti, rendono questi due ambiti particolarmente efficaci nel mostrare i limiti di un'immagine di medicina incentrata sulla tecnica e la maggiore appropriatezza di una concezione relazionale della clinica. Tuttavia ciò non significa che tali ambiti portino alla luce eccezioni: essi di fatto rivelano dinamiche costanti nella pratica clinica, che rendono l'approccio del prendersi cura un modello valido sempre.

Questo modello risulta poi particolarmente attuale, in quanto risponde alla crisi dell'immagine della medicina come attività tecnico-scientifica causata dai nuovi trend epidemiologici che, come si è visto nel caso delle cure a lungo termine, sollecitano un approccio ben più ampio della gestione ospedaliera dell'acuzie. Il modello di medicina qui proposto riesce perfettamente a intercettare le questioni poste da queste nuove tendenze e a rispondere al disagio nei confronti del proprio operato che, soprattutto in alcune situazioni, gli stessi medici oggi sperimentano³⁵⁷.

Dunque, il concetto di cura sembra assumere particolare efficacia morale e normativa se applicato al contesto della bioetica clinica e dell'etica medica. Non solo la visione antropologica presupposta dalla prospettiva della cura si rivela particolarmente illuminante per il contesto clinico, ma le caratteristiche della relazione di cura permettono di definire un buon modello normativo per la pratica clinica. I punti di forza di tale modello, rispetto al principialismo o all'approccio di Pellegrino e Thomasma, risiedono nel valore che esso attribuisce alla relazionalità - non solo come interazione duale, ma come rete di relazioni in cui ciascuno di noi è inserito - e nella diversa visione di autonomia che è in grado di proporre, grazie al superamento del paradigma antropologico liberale. Entrambi questi aspetti svolgono un ruolo cruciale nel momento del

³⁵⁷ Il disagio nei confronti dell'approccio interventista tradizionale è particolarmente evidente nel settore della medicina intensiva, che sempre più porta i medici a interrogarsi sul proprio operato. Per esempio, sull'appropriatezza del ricovero intensivo dei malati in fine vita si interroga un recente documento della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva): "Grandi insufficienze d'organo end stage: cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura" (approvato il 22 aprile 2013).

confronto con la realtà clinica, come si è visto nel caso delle cure palliative e delle cure a lungo termine.

Più nello specifico, le potenzialità di un modello di medicina basato sul concetto di cura – così come è emerso dalla presente analisi – sembrano derivare dall'integrazione di tre aspetti. Il primo è l'enfasi sulla relazionalità dell'esistenza umana e sulla cura come pratica relazionale: tale enfasi applicata al contesto clinico porta a concepire la medicina come una pratica dialogale e a sottolineare il ruolo basilare della comunicazione nel rapporto medico-paziente. Questa prima componente è fondamentale ma, per quanto si tratti di un'acquisizione irrinunciabile, essa non sembra introdurre novità sostanziali nel dibattito sull'etica medica, vista la sua vicinanza con la rappresentazione della relazione medico-paziente proposta da Pellegrino e Thomasma. Le novità della prospettiva della cura derivano invece dall'integrazione di questo aspetto con due ulteriori elementi.

Innanzitutto il concetto di cura, grazie alle analisi delle autrici femministe, porta con sé l'attenzione per dinamiche che vanno oltre la singola relazione di cura, in quanto portano a interrogarsi sulle condizioni che rendono possibile tale relazione e sul contesto in cui essa si inserisce. Un'attenzione di questo tipo è del tutto pertinente nel momento in cui si applica il concetto di cura alla pratica medica, poiché permette di prendere in considerazione la dimensione politico-istituzionale in cui tale pratica si inserisce e di non sottovalutare la concretezza del problema di creare le condizioni di possibilità affinché si diano le forme di prendersi cura a cui attribuiamo valore. Questa prospettiva rende possibile mettere in questione aspetti spesso dati per scontati, come l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, che invece possono e devono essere oggetto di indagini etiche. Inoltre, i risvolti politici del concetto di cura portano ad assumere uno sguardo critico, attento alla presenza di relazioni di potere o pressioni sociali che potrebbero determinare una distribuzione iniqua del lavoro di cura. Infine, proprio grazie al riconoscimento della pratica della cura come un lavoro, impegnativo e difficile, la prospettiva della cura applicata alla medicina è in grado di riconoscere le esigenze dei *care-givers* e, soprattutto,

essa non corre il rischio di trasformarsi in una visione solo ideale della pratica clinica.

Il terzo aspetto che l'approccio della cura integra ai primi due consiste nella visione antropologica a esso sottesa. Infatti, esplicitare alcune caratteristiche dell'umano che si ritengono fondamentali rende disponibili promettenti chiavi di lettura nel momento dell'applicazione a contesti specifici. Ritenerne che le relazioni di cura siano parte inevitabile della nostra esistenza in quanto esseri vulnerabili e dipendenti ha importanti conseguenze sulla pratica clinica. Lo stesso rapporto medico-paziente assume un significato umano decisivo nel momento in cui lo si considera come una risposta alla nostra umanissima fragilità. Inoltre, l'idea di cura medica cambia se si riconosce la vulnerabilità come un elemento che ci distingue in quanto uomini, quindi non come qualcosa di cui vergognarsi e che deve essere neutralizzato a tutti i costi, ma come qualcosa con cui in certi casi bisogna convivere in quanto parte della nostra esistenza. La professione medica non consiste solamente in un'accanita lotta alle malattie, essa trova la sua ragion d'essere nel compito molto più ampio, e difficile, di prendersi cura delle sofferenze che la malattia determina e di accompagnare il paziente in un percorso che a volte non può che essere di accettazione di una perdita di indipendenza. Il fatto che alla base della cura non vi sia una concezione dell'uomo come essere indipendente, permette alla medicina incentrata sul prendersi cura di attivare importanti risorse di fronte alla dipendenza e di individuare i possibili margini di recupero dell'autonomia, che vanno ben al di là dell'ottenimento di un consenso. Paradossalmente, proprio una visione antropologica incentrata su vulnerabilità e dipendenza permette di tutelare l'autonomia meglio di prospettive, come il principialismo, che, a partire da una concezione dell'uomo come individuo indipendente, del rispetto dell'autonomia fanno la loro preoccupazione centrale.

Il fatto che il concetto di cura veicoli tutti e tre questi livelli ne determina l'efficacia normativa nel momento dell'applicazione sia alla pratica medica in generale, sia a contesti clinici specifici. In effetti, la compenetrazione di questi tre aspetti è emersa anche nella trattazione delle cure palliative e delle cure a

lungo termine: l'idea di medicina come pratica relazionale permette di rivendicare l'importanza della comunicazione con il paziente attraverso un dialogo che gli consenta di portare alla luce ed elaborare il suo vissuto o per poter affrontare la fine della sua vita o per imparare a convivere con la diminuita indipendenza che deriva da una patologia cronica o dalla vecchiaia; le preoccupazioni "politiche" mettono in luce la responsabilità anche sociale del prendersi cura di persone particolarmente vulnerabili, come i malati terminali o gli anziani affetti da patologie croniche, e di conseguenza l'iniquità della distribuzione del lavoro di cura che deriva dall'affidarle semplicemente alle famiglie e agli operatori sanitari senza creare le condizioni per realizzare buoni standard di assistenza; infine, riconoscere la centralità di relazionalità e vulnerabilità per l'esistenza umana permette di prestarvi particolare attenzione nel momento della malattia - ciò avviene sia nelle cure palliative sia nelle cure a lungo termine grazie alla consapevolezza dell'importanza del coinvolgimento della famiglia e della rete di supporto su cui il paziente può contare (riconoscimento della relazionalità) e della differenza che può fare essere disposti a impegnarsi per valorizzare tutti i gesti che possono restituire al malato un'immagine degna di sé (in risposta alla vulnerabilità).

In conclusione, il fatto che la cura, nonostante le sue debolezze se riferita all'etica in generale, risulti un ideale normativo efficace per la pratica clinica va ricondotto a due ordini di ragioni. Innanzitutto, l'idea di prendersi cura, pur non essendo adatta a descrivere la vita morale nel suo complesso, è in grado di cogliere le peculiarità di alcune pratiche umane specifiche, che effettivamente sono pratiche della cura. Così la cura può essere l'ideale di riferimento dell'attività medica, infermieristica, assistenziale. In secondo luogo, il concetto di cura applicato a una pratica specifica non costituisce l'unica fonte di normatività della pratica, ma non può che riconoscere e inglobare le indicazioni su come agire che provengono dal sapere su cui tale pratica si basa. Per questo si è affermato che un agire clinico, che voglia essere etico e volto a prendersi cura del paziente, deve essere sempre un agire professionale, vale a dire per esempio legato alle norme della buona pratica clinica. Ciò significa che la

sollecitudine che orienta la pratica della cura verso il bene dell'altro si basa su una definizione del bene che è prima di tutto legata al sapere medico, e solo in un secondo tempo alla percezione individuale. La vaghezza normativa del concetto di cura sembra dunque ridursi anche in virtù del riferimento a una definizione di bene piuttosto precisa e interna alla pratica. Per quanto in una pratica di cura il bene del *cared-for* vada individuato in una relazione dialogica, introducendo così un potente fattore di soggettività, il fatto che esso debba poter essere considerato accettabile dal punto di vista del sapere medico impedisce di scadere nel relativismo.

Tale riferimento al bene "medico" solleva però alcune questioni. Va ricordato che qui si è fatto riferimento alla medicina clinica, come pratica rivolta all'assistenza del malato, e quindi essenzialmente terapeutica. Un'azione buona in senso medico andrebbe quindi interpretata come un'azione volta a contrastare la malattia e gli effetti negativi che essa produce sul paziente. Ciò ha due implicazioni. Da un lato, la caratterizzazione in termini di prendersi cura qui proposta non si applica direttamente ad alcuni ambiti della medicina non clinica, in particolare alle pratiche legate alla ricerca. Dall'altro lato, considerare un'azione come terapeutica non è un giudizio solo scientifico, ma anche legato ai fattori sociali che, come si è visto, contribuiscono a definire cosa si considera malattia. Questo rende evidente che esiste una certa variabilità storica e culturale nell'individuazione dei settori di competenza della medicina che il riferimento alla cura è solo parzialmente in grado di contenere. Per esempio, in base alla prospettiva della cura si potrebbe negare la qualifica di clinici a interventi di chirurgia estetica motivati da un capriccio e non da un autentico disagio, ma risulta più difficile prendere posizione in merito alla medicina migliorativa e all'*enhancement*³⁵⁸.

³⁵⁸ Si tratta di una tematica piuttosto complessa e che meriterebbe un'analisi più approfondita. In generale si può comunque affermare che una definizione della clinica come pratica della cura non considererebbe cliniche le azioni migliorative nei confronti di situazioni non (ancora) prevalentemente considerate come patologiche dalla società e dalla medicina.

Quindi, nemmeno il riferimento al bene del paziente così come è definito dalla scienza medica è in grado di garantire piena oggettività all'immagine della medicina clinica che si è proposta, che anzi si presenta come una pratica profondamente legata al contesto storico e sociale in cui è inserita. Tuttavia, definire la medicina come pratica della cura permette di individuarne alcune caratteristiche essenziali e immutabili, legate al suo essere una professione dedita al soccorso di persone il cui modo di essere nel mondo è minacciato da una condizione patologica che richiede l'intervento di uno specialista.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di ricerca si è proposto di valutare il contributo dell'etica della cura alla filosofia morale e alla bioetica clinica, analizzando il concetto di cura e il ruolo che esso può svolgere nei confronti di entrambe.

Per quanto riguarda il primo aspetto, l'articolazione della discussione ha ruotato intorno a tre elementi: un'analisi critica dell'etica femminista della cura, un inquadramento storico-genealogico del concetto di cura e l'esplicitazione delle componenti antropologiche implicate nell'esperienza della cura. Questo percorso ha reso possibile un bilancio non solo riguardo al valore delle specifiche proposte femministe, ma, più in generale, anche rispetto al significato morale della cura, intesa come concetto e come pratica.

Per quanto l'analisi mi abbia portato a concludere che non è ancora possibile considerare l'etica della cura una vera e propria teoria morale, questo lavoro di ricerca ha evidenziato la forte valenza etica del concetto di cura. L'importante contributo di un approccio alla morale che metta al centro l'idea di cura consiste nella sua capacità di originare una riflessione sui presupposti che guidano l'elaborazione di ogni teoria morale e sul loro legame con preoccupazioni in parte legate al contesto socio-politico e al clima culturale in cui una teoria prende forma. La valenza politica del concetto di cura, efficacemente messa a tema dalle autrici femministe, consiste proprio nel portare alla luce il ruolo e le conseguenze anche politiche della visione morale dominante. Il progetto, ancora in divenire, di fondare un'etica che alla giustizia e al rispetto affianchi la cura e la sollecitudine è un progetto al contempo morale e politico. Esso mira non solo a restituire un'immagine più veritiera della vita morale, ma anche a costituire il fondamento di una società più giusta.

L'etica della cura si presenta così come uno sforzo di riconcettualizzazione di diversi aspetti dell'etica, diretto a innescare quello che potremmo definire un cambio di paradigma. Per questo, il contributo dell'etica della cura non si situa tanto a livello di teoria normativa – per quanto il concetto

di cura dimostri interessanti risvolti normativi – ma piuttosto riguarda dimensioni meno appariscenti, e tuttavia fondanti, della filosofia morale. Mi riferisco in particolare ai temi della percezione e della motivazione morale e, soprattutto, al legame tra etica e antropologia. Tanto più che è proprio a partire da un certo tipo di visione antropologica, che è stata oggetto del secondo capitolo, che la prospettiva basata sulla cura propone alla morale di ripensarsi. In effetti, una delle tesi di questo lavoro è che la cura stessa vada intesa come struttura antropologica, in quanto esperienza umana universale di risposta sollecita e relazionale alla nostra intrinseca vulnerabilità. L'esplicitazione di questa valenza antropologica universale sembra un elemento indispensabile per qualunque percorso che miri a rafforzare l'etica della cura come teoria morale.

Inoltre, proprio grazie al fatto che l'etica della cura mette in evidenza sia, in generale, la ricaduta che la nostra concezione del soggetto morale ha sulla vita etica, sia, più nello specifico, i limiti della visione antropologica liberale, essa risulta particolarmente ricca di potenzialità nel momento dell'applicazione ad alcuni contesti specifici. In particolare, la prospettiva della cura risulta di immediato interesse se riferita alle pratiche umane maggiormente legate alla nostra vulnerabilità, all'interno delle quali l'insufficienza del paradigma individualista si fa evidente. Proprio per questo mi è sembrato appropriato analizzare le risorse normative del concetto di cura in riferimento alla pratica della medicina clinica.

La discussione del terzo capitolo ha messo in luce le notevoli potenzialità del concetto di cura applicato alla bioetica clinica. Grazie alla vasta articolazione che lo caratterizza e al suo legame con la dimensione antropologica, aspetti emersi dai primi due capitoli, il concetto di cura è in grado di rendere giustizia alla complessità della pratica clinica, concepita come pratica profondamente umana e relazionale. Il contributo originale della prospettiva della cura all'etica medica ruota intorno a due componenti del concetto di cura: il suo essere la descrizione di una pratica e la sua valenza antropologica.

Il fatto che la cura vada concepita innanzitutto in termini di relazioni di cura determina la sua capacità di confrontarsi con la concretezza delle

situazioni e di tenere conto delle influenze che tali relazioni possono subire. Quindi la decisione morale, e clinica, non viene rappresentata come un problema astratto da risolvere, ma come un processo relazionale inserito in un contesto emotivo, sociale, politico-istituzionale. Questo approccio concreto alla deliberazione costituisce una risorsa per l'applicazione di un'etica a un contesto soprattutto se si tratta, come nel caso della medicina, di un contesto in cui le decisioni chiamano in causa più attori, le pressioni possono essere pesanti e la dimensione sociale e quella organizzativo-istituzionale hanno un'influenza decisiva. Per questo l'etica della cura, in particolare grazie alle riflessioni femministe sulla valenza politica dell'idea di cura, è in grado di offrire importanti risorse alla bioetica clinica.

La cura non è solo una pratica, ma è una pratica dalla decisiva valenza umana, in quanto strettamente legata alle dimensioni antropologiche che ci definiscono. Grazie alla presenza di questa seconda componente il concetto di cura si presenta come un buon ideale normativo per la pratica clinica. Infatti, il legame con le dimensioni antropologiche della vulnerabilità e della relazionalità permette all'approccio della cura di portare un contributo davvero originale alla bioetica clinica, andando al di là del modello di etica medica che gli è più affine, quello di Pellegrino e Thomasma. Nonostante i punti di vicinanza tra le due prospettive, il fatto di ricondurre le indicazioni normative a una pratica che risponde alle nostre esigenze umane universali offre all'idea di cura un fondamento normativo più forte del riferimento al bene del paziente.

In conclusione, il contributo originale di questo lavoro di ricerca consiste soprattutto nell'aver delineato un modello di etica medica incentrato sull'idea di cura. Come si è visto nel terzo capitolo, tale modello sembra piuttosto promettente, in quanto in grado di intercettare un'esigenza di ripensamento sempre più diffusa nel mondo medico, anche a causa di tendenze epidemiologiche che concorrono a rendere palese la nostra vulnerabilità (e con essa i limiti dell'approccio liberale) - di fatto accelerando quel cambio di paradigma che per la filosofia morale richiederà più tempo.

BIBLIOGRAFIA

Abma T. *et al.* (2012), *Responsibilities in Elderly Care: Mr Powell's Narrative of Duty and Relations*, in "Bioethics", 26/1, pp. 22-31.

Agazzi E. (2001), *Illness as Lived Experience and as the Object of Medicine*, in A-T. Tymieniecka - E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 3-15.

Agich G.J. (2003), *Dependence and Autonomy in Old Age. An Ethical Framework for Long-Term Care*, Cambridge University Press, Cambridge.

Agich G.J. (2007), *Reflections on the Function of Dignity in the Context of Caring for Old People*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 32, pp. 483-494.

Allmark P. (1995), *Can There Be an Ethics of Care?*, in "Journal of Medical Ethics", 21, pp. 19-24.

Aristotele, *Metafisica*, trad. it. di G. Reale, Bompiani, Milano 2000.

Aristotele, *Etica Nicomachea*, trad. it. di C. Mazzarelli, Bompiani, Milano 2000.

Autiero A. (2000), *Il rapporto medico-paziente nei suoi aspetti etici*, in P. Benciolini - C. Viafora (eds.), *Il rapporto medico-paziente*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pp. 55-64.

Autiero A. (2010), *Soggettività etica e interpretazione dell'esperienza*, in S. Morandini (ed.), *L'etica negli ambiti di vita*, PROGET Edizioni, Padova, pp. 83-100.

Bailey A. (1994), *Mothering, Diversity, and Peace Politics*, in "Hypatia", 9/2, pp. 188-198.

Barcaro R. (2001), *The Loss of the Sense of Illness: Euthanasia and the Right to Die*, in A-T. Tymieniecka - E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 147-152.

Barnes A. (2004), *Am I a Carer and Do I Care?*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 7, pp. 153-161.

Benner P. (1997), *A Dialogue Between Virtue Ethics and Care Ethics*, in "Theoretical Medicine", 18, pp. 47-61.

Bishop A.H. – Scudder J.R. (1991), *Nursing as Caring*, in A.H. Bishop – J.R. Scudder, *Nursing: The Practice of Caring*, National League for Nursing, New York, pp. 53-76.

Botti C. (2012), *Prospettive femministe. Morale, bioetica e vita quotidiana*, *Espress*, Torino.

Boyd J.W. (1996), *Narrative Aspects of a Doctor-Patient Encounter*, in “The Journal of Medical Humanities”, 17/1, pp. 5-15.

Bradner A. (2013), *Using “Structure” to Understand Justice and Care as Different Worlds*, in “Topoi”, 32, pp. 111-122.

Bradshaw A. (1996), *Yes! There is an Ethics of Care: An Answer for Peter Allmark*, in “Journal of Medical Ethics”, 22, pp. 8-12.

Brizioli E. (2000), *Modelli innovativi per le cure a lungo termine*, in N. Falcitelli – M. Trabucchi – F. Vanara (eds.), *Rapporto Sanità 2000. L’Ospedale del futuro*, Il Mulino, Bologna, pp. 175-189.

Brough J.B. (2001), *Temporality and Illness: A Phenomenological Perspective*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 29-46.

Bubeck D. (1998), *Ethic of Care and Feminist Ethics*, in “Women’s Philosophy Review”, 18, pp. 22-50.

Burgio G.R. – Notarangelo L.D. (1999), *La comunicazione in pediatria. Un pediatra per la società*, UTET, Milano.

Buzzi E. (2013), *Etica della cura medica*, La Scuola, Brescia.

Callieri B. (2007), *Sulla carezza. A colloquio con Bruno Callieri* (intervista di G. Bernegger), in “Rivista per le Medical Humanities”, 4, pp. 49-55.

Canali S. (2010), *La medicina scientifica*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 81-118.

Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris; trad. it. di D. Buzzolan, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.

Canguilhem G. (2002), *Écrits sur la médecine*, Éd. du Seuil, Paris; trad. it. *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007.

Card C. (1990), *Caring and Evil*, in “Hypatia”, 5/1, pp. 101-108.

Carse A.L. (1991), *The 'Voice of Care': Implications for Bioethical Education*, in "The Journal of Medicine and Philosophy", 16/1, pp. 5-28.

Carse A.L. (1998), *Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory*, in "The Journal of Medicine and Philosophy", 23/2, pp. 153-169.

Casalone C. (2000), *Il tempo del medico e il tempo del paziente: un nuovo sguardo sulla relazione medico-paziente*, in P. Benciolini - C. Viafora (eds.), *Il rapporto medico-paziente*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pp. 42-51.

Cassell E.J. (1982), *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, in "The New England Journal of Medicine", 306/11, pp. 639-645.

Cassiers L. (2001), *Towards a New Approach to Medical Humanism*, in A-T. Tymieniecka - E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 181-192.

Casson F.F. (2000), *Il medico generale internista e l'etica*, in P. Benciolini - C. Viafora (eds.), *Il rapporto medico-paziente*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pp. 25-37.

Cattorini P. (1994), *Malattia e alleanza. Considerazioni etiche sull'esperienza del soffrire e la domanda di cura*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze.

Cattorini P. (1996a), *I molti corpi del rapporto terapeutico. Per un'epistemologia della complessità in medicina*, in P. Cattorini - R. Mordacci - M. Reichlin (eds.), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 205-229.

Cattorini P. (1996b), *La morte offesa. Espropriazione del morire ed etica della resistenza al male*, Centro editoriale dehoniano, Bologna.

Cattorini P. (2010), *La persona del malato e la bioetica della cura: una sfida per la città*, in M. Savi - P. Cattorini - A. Novarini - A. Mazzucchi (eds.), *Per una bioetica della cura*, Mattioli 1885, Fidenza, pp. 17-52.

Cattorini P. - Mordacci R. (1994), *Happiness, Life and Quality of Life: A Commentary on Nordenfelt's "Towards a Theory of Happiness"*, in L. Nordenfelt (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 59-62.

Chadwick R. (2010), *Cosa vuol dire "applicata" in etica applicata?*, in S. Morandini (ed.), *L'etica negli ambiti di vita*, PROGET Edizioni, Padova, pp. 19-36.

Chochinov H.M. (2002), *Dignity-Conserving Care – A New Model for Palliative Care*, in “JAMA”, 287/17, pp. 2253-2260.

Conte M. (2007), *La pratica educativa tra cura di sé e cura dell’altro*, in C. Viafora – R. Zanotti – E. Furlan (eds.), *L’etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano, pp. 64-86.

Cosmacini G. (1997), *L’arte lunga. Storia della medicina dall’antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari.

Cosmacini G. – Rugarli C. (2007), *Introduzione alla medicina*, Laterza, Roma-Bari.

Crupi V. – Festa R. (2010), *La decisione nella medicina clinica*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 291-312.

Curzer H.J. (2007), *Aristotle: Founder of the Ethics of Care*, in “The Journal of Value Inquiry”, 41, pp. 221-243.

Da Re A. (2003), *Filosofia morale*, Mondadori, Milano.

Decoste J. – Boyd D. (2009), *An “Ideal” Home for Care: Nel Noddings, Thomas Hill Green, and an Ontological Support for a Phenomenology of Care*, in “Interchange”, 40/3, pp. 309-334.

Dekkers W. – Sandman L. – Webb P. (2002), *Good Death or Good Life as a Goal of Palliative Care*, in H. ten Have – D. Clark (eds.), *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives*, Open University Press, Buckingham, pp. 106-125.

Dell’Oro R. (2007), *Theological Anthropology and Bioethics*, in C. Taylor – R. Dell’Oro (eds.), *Health and Human Flourishing*, Georgetown University Press, Washington D.C., pp. 13-32.

Di Pietro M.L. – Moltisanti D. (2009), *La dignità nel dibattito bioetico*, in I. Sanna (ed.), *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma, pp. 69-82.

Dodds S. (2000), *Choice and Control in Feminist Bioethics*, in C. Mackenzie – N. Stoljar (eds.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, New York, pp. 213-235.

Dodds S. (2007), *Depending on Care: Recognition of Vulnerability and the Social Contribution of Care Provision*, in “Bioethics”, 21/9, pp. 500-510.

Donatelli P. (2001), *La filosofia morale*, Laterza, Roma-Bari.

Dye E. (2009), *Sorge in Heidegger and in Goethe's Faust*, in "Goethe Yearbook", 16, pp. 207-218.

Edwards S.D. (2009), *Three Versions of an Ethics of Care*, in "Nursing Philosophy", 10, pp. 231-240.

Edwards S.D. (2011), *Is There a Distinctive Care Ethics?*, in "Nursing Ethics", 18/2, pp. 184-191.

Engelhardt Jr. H.T. (1986, 1996²), *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York; trad. it. di S. Rini, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991, 1999².

Fabris A. – Cimino A. (2009), *Heidegger*, Carocci, Roma.

Farneti A. – Piga A. (1996), *Aspetti etico-deontologici della comunicazione con il paziente*, in P. Cattorini – R. Mordacci – M. Reichlin (eds.), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 367-384.

Federspil G. – Giaretta P. – Oprandi N. (2010), *Salute e malattia*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 51-79.

Fiorentino M.V. (2001), *Cancer from the Medical and Existential Points of View*, in A-T. Tymieniecka – E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 71-79.

Fisher B. – Tronto J.C. (1990), *Toward a Feminist Theory of Caring*, in E. Abel – M. Nelson (eds.), *Circles of Care*, SUNY Press, Albany, pp. 35-62.

Frank A.W. (2001), *Experiencing Illness Through Storytelling*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 229-245.

French W. – Weis A. (2000), *An Ethics of Care or an Ethics of Justice*, in "Journal of Business Ethics", 27, pp. 125-136.

Fulford K.W.M. (1993), *Praxis Makes Perfect: Illness as a Bridge Between Biological Concepts of Disease and Social Conceptions of Health*, in "Theoretical Medicine", 14, pp. 305-320.

Furlan E. (ed., 2009), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano.

Gabbani C. (2010), *La questione del singolo caso clinico*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 255-276.

Gadamer H.-G. (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main; trad. it. di M. Donati e M.E. Ponzio, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994.

Galvagni L. (2003), *Percorsi di etica clinica*, Centro editoriale dehoniano, Bologna.

Gastmans C. (2006), *The Care Perspective in Healthcare Ethics*, in A. Davis – V. Tschudin – L. de Raeye (eds.), *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspective and Methods*, Elsevier, Edinburgh, pp. 135-148.

Gelhaus P. (2012a), *The Desired Moral Attitude of the Physician: (I) Empathy*, in “*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 15, pp. 103-113.

Gelhaus P. (2012b), *The Desired Moral Attitude of the Physician: (II) Compassion*, in “*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 15, pp. 397-410.

Gelhaus P. (2013), *The Desired Moral Attitude of the Physician: (III) Care*, in “*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 16, pp. 125-139.

Gilbert S.J.P. (2009), *Il fondamento filosofico della dignità umana*, in I. Sanna (ed.), *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma, pp. 19-36.

Gilligan C. (1982), *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.); trad. it. di A. Bottini, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano 1987.

Goethe W., *Faust*, trad. it. di B. Allason, Einaudi, Torino 1965.

Good B.J. (1994), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. di S. Ferraresi, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino 2006.

Goodin R.E. (1985), *Protecting the Vulnerable. A Reanalysis of Our Social Responsibilities*, The University of Chicago Press, Chicago – London.

Gracia Guillen D. (1974), *La estructura de la antropología médica*, in *Realitas. Trabajos del Seminario Xavier Zubiri, I (1972-1973)*, Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid.

Griffin A.P. (1983), *A Philosophical Analysis of Caring in Nursing*, in “*Journal of Advanced Nursing*”, 8, pp. 289-295.

Groenhout R. (1998), *Care Theory and the Ideal of Neutrality in Public Moral Discourse*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 23/2, pp. 170-189.

Haker H. (2004), *The Fragility of the Moral Self*, in "The Harvard Theological Review", 97/4, pp. 359-381.

Heidegger M., *Was ist Metaphysik?*, Klostermann, Frankfurt am Main 1976; trad. it. a cura di F. Volpi, *Che cos'è metafisica?*, Adelphi, Milano 2001.

Heidegger M., *Sein und Zeit*; edizione italiana a cura di F. Volpi (sulla versione di P. Chiodi), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 2001.

Held V. (1993), *Feminist Morality: Transforming Culture, Society, and Politics*, The University of Chicago Press, Chicago; trad. it. di L. Cornalba, *Etica femminista. Trasformazioni della coscienza e famiglia post-patriarcale*, Feltrinelli, Milano 1997.

Held V. (2006), *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*, Oxford University Press, New York.

Herder J.G., *Werke in zehn Bänden*, vol. 3: *Volkslieder – Übertragungen – Dichtungen*, Deutscher Klassiker Verlag, Frankfurt am Main 1990.

Hoagland S.L. (1990), *Some Concerns About Nel Noddings' "Caring"*, in "Hypatia", 5/1, pp. 109-114.

Houston B. (1990), *Caring and Exploitation*, in "Hypatia", 5/1, pp. 115-119.

Igino, *Miti*, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000.

Ippocrate, *Il giuramento e altri testi di medicina greca*, RCS Libri, Milano 1999.

Jecker N.S. – Self D.J. (1991), *Separating Care and Cure: An Analysis of Historical and Contemporary Images of Nursing and Medicine*, in "The Journal of Medicine and Philosophy", 16/3, pp. 285-306.

Junker-Kenny M. (2003), *Il concetto di dignità umana ha bisogno di una motivazione teologica?*, in "Concilium", 2, pp. 89-102.

Kay Toombs S. (1993), *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Kay Toombs S. (2001a), *Introduction: Phenomenology and Medicine* in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 1-26.

Kay Toombs S. (2001b), *Reflections on Bodily Change: The Lived Experience of Disability*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 247-262.

Kemp P. (2001), *Sense or Nonsense of Illness in Ethics of the Body*, in A-T. Tymieniecka - E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 133-146.

Kierkegaard S., *Johannes Climacus o De omnibus dubitandum est*, trad. it. di S. Davini, Edizioni ETS, Pisa 1995.

Kittay E.F. (1991), *In Whose Different Voice?*, in "The Journal of Philosophy", 88/11, pp. 645-646.

Kittay E.F. (1999), *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, Routledge, New York; trad. it. di S. Belluzzi, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita e Pensiero, Milano 2010.

Kittay E.F. (2003), *La condizione del disabile: pari dignità, pari cura*, in "Concilium", 2, pp. 142-157.

Kittay E.F. (con B. Jennings e A. Wasunna, 2005), *Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care*, in "The Journal of Political Philosophy", 13/4, pp. 443-469.

Kittay E.F. (2006), *The Concept of Care Ethics in Biomedicine*, in C. Rehmann-Sutter - M. Düwell - D. Mieth (eds.), *Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude*, Springer, Dordrecht, pp. 319-339.

Kittay E.F. (2007), *A Feminist Care Ethics, Dependency and Disability*, in "APA Newsletter", 6/2, pp. 3-7.

Kittay E.F. (2009), *The Moral Harm of Migrant Carework*, in "Philosophical Topics", 37/2, pp. 53-73.

Klonoski R.J. (1984), *'Being and Time' Said All at Once: An Analysis of Section 42*, in "Tulane Studies in Philosophy", 32, pp. 61-68.

Kohlberg L. (1981), *The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and the Idea of Justice*, Harper and Row, San Francisco.

Kuhse H. et al. (1998), *Reconciling Impartial Morality and a Feminist Ethic of Care*, in "The Journal of Value Inquiry", 32, pp. 451-463.

Ladrière J. (2001), *Is it Possible to Give Sense to Illness?*, in A-T. Tymieniecka – E. Agazzi (eds.), “*Analecta Husserliana*”, 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 153-179.

Lattuada A. (1996), *Etica professionale e medicina*, in P. Cattorini – R. Mordacci – M. Reichlin (eds.), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 255-266.

Laugier S. (2010), *L'éthique du care en trois subversions*, in “*Multitudes*”, 42/3, pp. 112-125.

Leget C. (2013), *Analyzing Dignity: A Perspective From the Ethics of Care*, in “*Medicine, Health Care and Philosophy*”, 16/4, pp. 945-952.

Leget C. – Gastmans C. – Verkerk M. (eds., 2011), *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*, Peeters, Leuven.

Leriche R., *La philosophie de la chirurgie*, Flammarion, Paris 1951.

Little M.O. (1998), *Care: From Theory to Orientation and Back*, in “*Journal of Medicine and Philosophy*”, 23/2, pp. 190-209.

MacIntyre A. (1981, 1984, 2007), *After Virtue. A Study in Moral Theory*, Notre Dame University Press, Notre Dame; trad. it. di P. Capriolo, *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Armando, Roma 2007.

Mackenzie C. – Stoljar N. (eds., 2000), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, New York.

Macpherson J.A.E. (2010), *Book Review: “The Ethics of Care and Empathy” by Michael Slote*, in “*The Journal of Value Inquiry*”, 44, pp. 247-253.

Maeckelberghe E. (2004), *Feminist Ethic of Care: A Third Alternative Approach*, in “*Health Care Analysis*”, 12/4, pp. 317-327.

Malherbe J.-F. (1987), *Pour une éthique de la médecine*, Librairie Larousse; trad. it. di P. Quattrocchi, *Per un'etica della medicina*, Edizioni Paoline, Milano 1989.

Malherbe J.-F. (2003), *Les ruses de la violence dans les arts du soin*, Éd. Liber, Montréal.

Malherbe J.-F. (2007), *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Éd. Fides, Québec.

Manning R.C. (1998), *A Care Approach*, in H. Kuhse – P. Singer (eds.), *A Companion to Bioethics*, Blackwell, Oxford, pp. 98-105.

- Manzoni A., *I promessi sposi*, Archimede Edizioni, Milano 1993.
- Marsico G. (2007), *L'etica della cura: un approccio femminista*, in C. Viafora – R. Zanotti – E. Furlan (eds.), *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano, pp. 99-110.
- Martinez R. (1989), *An "Authentic" Problem in Heidegger's 'Being and Time'*, in "Auslegung", 15/1, pp. 1-20.
- Martinsen E.H. (2011), *Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye*, in "Health Care Analysis", 19, pp. 15-27.
- May R. (1969), *Love and Will*, Norton & Co., New York; trad. it. di M. Baccianini, *L'amore e la volontà*, Astrolabio, Roma 1971.
- Mayeroff M. (1965), *On Caring*, in "International Philosophical Quarterly", 5/3, pp. 462-474.
- Mazis G.A. (2001), *Emotion and Embodiment Within the Medical World*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 197-214.
- McAfee N.C. (2001), *Book Review: "Love's Labor" by E. Feder Kittay*, in "Metaphilosophy", 32/3, pp. 344-350.
- McNeill J. (1951), *A History of the Cure of Souls*, Harper & Brothers, New York.
- Morandini S. (ed., 2010), *L'etica negli ambiti di vita*, PROGET Edizioni, Padova.
- Mordacci R. (1995), *Health as an Analogical Concept*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 20, pp. 475-497.
- Mordacci R. (1996a), *I significati di salute e malattia*, in P. Cattorini – R. Mordacci – M. Reichlin (eds.), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 157-203.
- Mordacci R. (1996b), *Brevi note critiche sull' "etica della cura"*, in P. Cattorini (ed.), *Procreazione assistita e tutela del figlio*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 59-76.
- Mordacci R. (2001), *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, in A-T. Tymieniecka – E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 117-131.

- Mordacci R. (2003), *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano.
- Mordacci R. (2010), *Unità e pluralità nell'etica pratica*, in S. Morandini (ed.), *L'etica negli ambiti di vita*, PROGET Edizioni, Padova, pp. 61-81.
- Mordacci R. (2012), *Rispetto*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano.
- Murray S.A. – Kendall M. – Boyd K. – Sheikh A. (2005), *Illness Trajectories and Palliative Care*, in "British Medical Journal", 330, pp. 1007-1011.
- Murray Parkes C. (1978), *Psychological Aspects*, in C.M. Saunders (ed.), *The Management of Terminal Disease*, Edward Arnold, London, pp. 44-64.
- Natoli S. (2006), *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano.
- Nelson H.L. (1992), *Against Caring*, in "The Journal of Clinical Ethics", 3/1, pp. 8-15.
- Noddings N. (1984), *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley.
- Noddings N. (1990), *A Response*, in "Hypatia", 5/1, pp. 120-126.
- Noddings N. (1992), *In Defense of Caring*, in "The Journal of Clinical Ethics", 3/1, pp. 15-18.
- Noddings N. (2002), *Starting at Home. Caring and Social Policy*, University of California Press, Berkeley.
- Nordenfelt L. (1987, 1995), *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht; trad. it. di S. Rini, *La natura della salute. L'approccio della teoria dell'azione*, Zadig, Milano 2003.
- Nordenfelt L. (1994), *Towards a Theory of Happiness: A Subjectivist Notion of Quality of Life*, in L. Nordenfelt (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 35-57.
- Nordenfelt L. (2000), *Action, Ability and Health. Essays in the Philosophy of Action and Welfare*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Nordhaug M. – Nortvedt P. (2011), *Justice and Proximity: Problems for an Ethics of Care*, in "Health Care Analysis", 19, pp. 3-14.

Nortvedt P. (2003), *Levinas, Justice and Health Care*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 6, pp. 25-34.

Olafson F.A. (1998), *Heidegger and the Ground of Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge.

Pagnini A. (2010), *Introduzione. Prolegomeni a una medicina come scienza*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 17-47.

Palazzani L. (2012), *L'etica della cura: percorsi filosofici declinati al femminile*, in A.C. Amato Mangiameli (ed.), *Donne tra storia e politica*, Giappichelli, Torino, pp. 122-130.

Paulsen J.E. (2011), *A Narrative Ethics of Care*, in "Health Care Analysis", 19, pp. 28-40.

Peabody F.W. (1927), *The Care of the Patient*, in "Journal of the American Medical Association", 88, pp. 877-882. Ripubblicato in: J.D. Stoeckle (ed.), *Encounters between Patients and Doctors*, MIT Press, Cambridge 1987, pp. 387-401.

Pellegrino E.D. (1997), *Quale filosofia della medicina per la bioetica?*, in G. Russo (ed.), *Bilancio di venticinque anni di bioetica*, Elle Di Ci, Torino, pp. 37-68.

Pellegrino E.D. (1998), *What the Philosophy of Medicine is*, in "Theoretical Medicine and Bioethics", 19, pp. 315-336.

Pellegrino E.D. (2005), *The "Telos" of Medicine and the Good of the Patient*, in C. Viafora (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht, pp. 21-32.

Pellegrino E.D. - Thomasma D.C. (1981), *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Profession*, Oxford University Press, New York.

Pellegrino E.D. - Thomasma D.C. (1993), *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York.

Pessina A. (2009), *Dignità e indegnità dell'uomo: il tempo della malattia*, in I. Sanna (ed.), *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma, pp. 109-124.

Pessini L. - Junker-Kenny M. (2003), *In nome della dignità*, in "Concilium", 2, pp. 132-141.

Pettersen T. (2011), *The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications*, in "Health Care Analysis", 19, pp. 51-64.

Platone, *Apologia di Socrate*, trad. it. di E. Avezzù, Marsilio, Venezia 1993, 2004³.

Reich W.T. (1991), *The case: Denny's story e Commentary: Caring as Extraordinary Means*, in "Second Opinion", 17/1, pp. 41-56.

Reich W.T. (1995), *Care. History of the Notion of Care; Historical Dimensions of an Ethics of Care in Health Care; Contemporary Ethics of Care* (con Jecker N.S.), in W.T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York, pp. 319-344.

Reich W.T. (1996), *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, in P. Cattorini - R. Mordacci - M. Reichlin (eds.), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 231-254.

Reichlin M. (2001), *The Experience of Illness and the Meaning of Death*, in A-T. Tymieniecka - E. Agazzi (eds.), "Analecta Husserliana", 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 81-95.

Ricciardi M. (2010), *La deontologia professionale del medico*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 417-455.

Ricoeur P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil, Paris; trad. it. di D. Iannotta, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.

Ricoeur P. (1996), *Les trois niveaux du jugement médical*, in "Esprit" 12, ora in *Le juste 2*, Éd. Esprit, Paris 2001; trad. it. di I. Bertolotti, *Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006.

Roberts R.C. (1998), *Existence, Emotion and Virtue: Classical Themes in Kierkegaard*, in A. Hannay - G.D. Marino (eds.), *The Cambridge Companion to Kierkegaard*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 177-206.

Rocca E. (2012), *Kierkegaard*, Carocci, Roma.

Ruddick S. (1980), *Maternal Thinking*, in "Feminist Studies", 6/2, pp. 342-367.

Ruddick S. (1989, 1995), *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Beacon Press, Boston; trad. it. di E. Manzoni, *Il pensiero materno*, Red edizioni, Milano 1993.

Rudnick A. (2001), *A Meta-Ethical Critique of Care Ethics*, in "Theoretical Medicine", 22, pp. 505-517.

- Sanna I. (2009), *La Chiesa e la difesa della dignità umana*, in I. Sanna (ed.), *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma, pp. 83-108.
- Saunders C.M. (ed., 1978), *The Management of Terminal Disease*, Edward Arnold, London.
- Saunders C. M. – Summers D.H. – Teller N. (eds., 1981), *Hospice: The Living Idea*, Edward Arnold, London.
- Savi M. – Cattorini P. – Novarini A. – Mazzucchi A. (2010), *Per una bioetica della cura*, Mattioli 1885, Fidenza.
- Scandellari C. (2010), *La metodologia in medicina*, in A. Pagnini (ed.), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma, pp. 221-254.
- Schmitt E.-E. (2002), *Oscar et la dame rose*, Éd. Albin Michel, Paris; trad. it. di F. Ascari, *Oscar e la dama in rosa*, RCS Libri, Milano 2007.
- Seedhouse D. (1997), *What's the Difference Between Health Care Ethics, Medical Ethics and Nursing Ethics?*, in "Health Care Analysis", 5/4, pp. 267-274.
- Senchuk D.M. (1990), *Listening to a Different Voice: A Feminist Critique of Gilligan*, in "Studies in Philosophy and Education", 10, pp. 233-249.
- Seneca, *Lettere a Lucilio*, trad. it. a cura di G. Monti, BUR, Milano 1989 (2 volumi).
- Sharpe V.A. (1992), *Justice and Care: The Implications of the Kohlberg-Gilligan Debate for Medical Ethics*, in "Theoretical Medicine", 13, pp. 295-318.
- Skærbæk E. (2011), *Navigating in the Landscape of Care: A Critical Reflection on Theory and Practise of Care and Ethics*, in "Health Care Analysis", 19, pp. 41-50.
- Slicer D. (1990), *Teaching with a Different Ear: Teaching Ethics After Reading Carol Gilligan*, in "The Journal of Value Inquiry", 24, pp. 55-65.
- Sontag S. (1977), *Illness as Metaphor*, Farrar, Straus and Giroux, New York; trad. it. di E. Capriolo, *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino 1979.
- Stack G.J. (1969), *Concern in Kierkegaard and Heidegger*, in "Philosophy Today", 13/1, pp. 26-35.
- Stack G.J. (1973), *Kierkegaard: The Self and Ethical Existence*, in "Ethics", 83/2, pp. 108-125.

Svenaesus F. (2001), *The Phenomenology of Health and Illness*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 87-108.

Tolstoj L.N., *Smert' Ivana Il'iča*; trad. it. di G. Buttafava, *La morte di Ivàn Il'ič*, Garzanti, Milano 1999.

Tong R. (1998), *The Ethics of Care: A Feminist Virtue Ethics of Care for Healthcare Practitioners*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 23/2, pp. 131-152.

Torralla i Roselló F. (2002), *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*, MAPFRE, Barcelona.

Tronto J.C. (1987), *Beyond Gender Difference to a Theory of Care*, in "Signs", 12/4, pp. 644-663.

Tronto J.C. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, Routledge, Chapman and Hall, New York; trad. it. di N. Riva, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia 2006.

Tronto J.C. (2010), *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose*, in "Ethics and Social Welfare", 4/2, pp. 158-171.

Tronto J.C. (2011), *Democracy becomes care; Care becomes democracy*, in C. Leget – C. Gastmans – M. Verkerk (eds.), *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*, Peeters, Leuven, pp. 33-49.

Urban Walker M. (1989), *What Does the Different Voice Say?: Gilligan's Women and Moral Philosophy*, in "The Journal of Value Inquiry", 23, pp. 123-134.

Valadier P. (2003a), *La persona nella sua indegnità*, in "Concilium", 2, pp. 78-88.

Valadier P. (2003b), *Democrazia di cittadini senza "Sé"?*, in A. Pavan (ed.), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un'idea*, Il Mulino, Bologna, pp. 293-312.

Valadier P. (2003c), *Dignità della persona e diritti dell'uomo*, in A. Pavan (ed.), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un'idea*, Il Mulino, Bologna, pp. 399-416.

Valadier P. (2011), *Apologie de la vulnérabilité*, in "Études", 414/2, pp. 199-210.

Van Schie T. – Seedhouse D. (1997), *The Importance of Care*, in "Health Care Analysis", 5/4, pp. 283-291.

Vanlaere L. – Gastmans C. (2007), *L'etica della cura: un approccio personalista*, in C. Viafora – R. Zanotti – E. Furlan (eds.), *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano, pp. 111-130.

Veatch R.M. (1998), *The Place of Care in Ethical Theory*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 23/2, pp. 210-224.

Verkerk M.A. (2001), *The Care Perspective and Autonomy*, in "Medicine, Health Care and Philosophy", 4, pp. 289-294.

Verspieren P. (2003), *La dignità nei dibattiti politici e bioetici*, in "Concilium", 2, pp. 18-30.

Vestraeten J. (2010), *Non è solo questione di "applicare" dei principi*, in S. Morandini (ed.), *L'etica negli ambiti di vita*, PROGET Edizioni, Padova, pp. 37-60.

Vetlesen A.J. (1994), *Perception, Empathy and Judgment. An Inquiry into the Preconditions of Moral Performance*, The Pennsylvania State University Press, University Park, Pennsylvania.

Vezeau T.M. (1992), *Caring: From Philosophical Concerns to Practice*, in "The Journal of Clinical Ethics", 3/1, pp. 18-20.

Viafora C. (1996), *Malattia*, in F. Compagnoni (ed.), *Etica della vita*, San Paolo, Cinisello Balsamo (MI), pp. 81-116.

Viafora C. (2003), *Dire persona in bioetica*, in A. Pavan (ed.), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un'idea*, Il Mulino, Bologna, pp. 147-173.

Viafora C. (ed., 2005), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Springer, Dordrecht.

Viafora C. (2006), *Introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano.

Viafora C. (2012), *L'evoluzione dell'argomentazione bioetica: teorie a confronto*, in C. Viafora – A. Gaiani (eds.), *A lezione di bioetica. Temi e strumenti*, FrancoAngeli, Milano, pp. 75-104.

Viafora C. – Gaiani A. (eds., 2012), *A lezione di bioetica. Temi e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.

Viafora C. – Ohnsorge K. (2010), *La malattia di Alzheimer: dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento affettivo*, in "L'Arco di Giano: rivista per le medical humanities", 64, pp. 135-148.

Viafora C. – Zanotti R. – Furlan E. (eds., 2007), *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano.

Viesca C. (2001), *The Construction of Illness: A Context Problem*, in A-T. Tymieniecka – E. Agazzi (eds.), “*Analecta Husserliana*”, 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 17-32.

Virgilio, *Eneide*, trad. it. di R. Calzecchi Onesti, Einaudi, Milano 1989.

Visse M.A. et al. (2010), *Dialogue for Air, Air for Dialogue: Towards Shared Responsibilities in COPD Practice*, in “*Health Care Analysis*”, 18, pp. 358-373.

Volpi F. (1992), *L'esistenza come "praxis". Le radici aristoteliche della terminologia di "Essere e tempo"*, in G. Vattimo (ed.), *Filosofia '91*, Laterza, Roma-Bari, pp. 215-252.

Worrall J. – Worrall J. (2001), *Defining Disease: Much Ado about Nothing?*, in A-T. Tymieniecka – E. Agazzi (eds.), “*Analecta Husserliana*”, 72, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 33-55.

Zaner R.M. (1971), *The Problem of Embodiment. Some Contributions to a Phenomenology of the Body*, Martinus Nijhoff, The Hague.

Zaner R.M. (1988), *Ethics and the Clinical Encounter*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Zaner R.M. (2001), *Thinking About Medicine*, in S. Kay Toombs (ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 127-144.