

1. Ha scritto Edmund Husserl, in una delle sue opere più fortunate, in cui indaga la crisi delle scienze europee: “Vivere una vita personale significa vivere in quanto io e in quanto noi, accomunati in un orizzonte comune”¹. La sfida, oggi, sembra essere proprio questa: quale orizzonte è capace di accomunare la persona umana in quanto io e in quanto noi? Come trasformare la “paradossale pluralità di esseri unici” (H. Arendt) in una forma di reciprocità autentica, in cui il “noi” non sia semplicemente il teatro delle nostre convenienze occasionali? Queste domande rappresentano l’orizzonte generale entro il quale si colloca il dibattito intorno all’etica della cura, correlando un’accezione ristretta, in senso tecnicamente terapeutico, che la lingua inglese affida al verbo *to cure*, e un’accezione allargata all’intero spettro delle modalità relazionali interumane, riconducibili al verbo inglese *to care*.

L’efficacia di questa circolarità fra la parte e il tutto, fra la tecnicità del curare le ferite e la responsabilità del prendersi cura delle persone, si decide sul terreno di una appropriata relazionalità: sotto molti aspetti, le difficoltà a sperimentare un nuovo paradigma delle relazioni di cura (in senso stretto) e quindi del rapporto medico-paziente non sono che un aspetto specifico di un problema più ampio, che investe l’intero universo delle relazioni umane: dal rapporto educativo a quello rieducativo, praticato in ambienti segnati da forme diverse di fragilità e dipendenza, come un carcere o una comunità di recupero. Se per un verso le relazioni di cura postulano un orizzonte etico-antropologico, prima ancora che deontologico, per altro verso tale orizzonte chiama in causa il tema più ampio della cura delle relazioni, come forma primaria della convivenza, dove forse è la radice del problema.

2. Il primo passo per mettere in circolo relazioni di cura e cura delle relazioni consiste nel riconoscere lo statuto relazionale che accompagna da sempre la semantica della cura, a cominciare dal celebre racconto di Igino, che definisce le competenze della dea Cura, assegnatale da Saturno, al termine di un simpatico contenzioso fra Giove e Terra sul nome da dare a quella fragile creatura modellata con un po’ di fango². Qui emerge, anzitutto, l’idea fondamentale che la fragilità appartiene alla costituzione originaria della vita umana e non rappresenta uno sfortunato e transitorio stato accidentale; tale creatura non può essere abbandonata a se stessa, in quanto tratta dalla terra e segnata da questa origine anche nel nome (*homo* da *humus*), a prescindere dalle disavventure in cui storicamente potrà incappare.

In secondo luogo, proprio perché fragile, la creatura umana è anche preziosa: la cura, affidata a una dea, lo attesta in modo inequivocabile, assumendo il valore di un enigmatico punto di contatto fra divino e umano, fra ciò che occupa il livello più basso nella scala della vita (etimologicamente si potrebbe dire: più umile) e chi sta più in alto, cioè in uno status di immortalità, libero dall’angoscia della morte.

Infine, la dea Cura introduce un paradigma relazionale nuovo rispetto a quello, capriccioso e opportunistico, solitamente veicolato dalla mitologia tradizionale; un paradigma, per di più, di cui la dea non è depositaria assoluta, in quanto deve rispondere a Saturno, riconosciuto giudice supremo nella vertenza. Dunque, potremmo dire, appartiene al senso profondo del paradigma di cura la doppia semantica della custodia (che deve proteggere

¹ E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano 1965, p. 329

² Cfr. Igino, *Miti*, 220, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000, p. 236. Rimando su questo punto, per un approfondimento, al mio libro *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia 2016, qui tenuto presente in più punti.

costantemente e non occasionalmente) e della responsabilità (che deve rispondere del proprio operato di fronte ad altri).

3. Già nel pensiero antico e tardo-antico affiorano modulazioni articolate e differenti di questo tema, per lo più secondo una doppia accezione: da un lato si accentua il senso negativo dell'angoscia, derivante da un peso insostenibile, che è insieme *merimna* e *sollicitudo*, pena e affanno; dall'altro si valorizza la dedizione positiva, inscritta nel greco *epimeleia*, che nella tradizione socratico-platonica ha il significato riflessivo della cura di sé, incorporando successivamente, in particolare in Seneca, la rielaborazione stoica che vi vede il compimento del bene nell'ordine dell'umano.

Sarebbe interessante ripercorrere il lungo cammino di decostruzione, tipicamente moderna, del tema della cura: sia nel processo politico che intercetta il primato della cura di sé, sottoposta progressivamente a un gioco impersonale di forze di cui si alimenta il biopotere (M. Foucault); sia nell'idea di autoaffezione come orizzonte intrascendibile dal quale nessun *deus ex machina* potrà liberarci (G. Leopardi, M. Heidegger). Rispetto a questi esiti estremi, di particolare interesse è la ripresa di attenzione soprattutto ad opera del pensiero femminile, che declina la prossimità nel senso della immediatezza del contatto, della compassione e dell'empatia. Dall'ascolto di queste nuove voci matura un nuovo approccio alla bioetica, meno ideologico e più concreto, capace di tenere insieme competenza e compassione, la specificità di una prestazione professionale e la generalità di un modello relazionale ad ampio spettro, quindi *curing function* e *caring function* (W. Reich).

4. In questa prospettiva allargata, si può parlare quindi di una doppia articolazione dell'etica della cura.

A un primo livello, in un'accezione ristretta, la cura del corpo e delle sue ferite appare come una *pratica specifica* relativa a forme di sussidiatura mirata, finalizzate, in condizioni di evidente asimmetria, al contrasto di fenomeni difettivi ai quali *l'homo patiens* non può far fronte autonomamente. Tale pratica abbraccia l'ampia gamma delle prestazioni sanitarie erogate in presenza di eventi patologici, come servizio alla vita e quindi alla persona in forma mediata, attuato cioè attraverso un servizio direttamente rivolto alla salute, nel rispetto del vincolo tecnico della competenza, diagnostica e terapeutica, e del vincolo etico del servizio alla persona umana e al bene comune. Le forme di questa pratica possono farsi carico ovviamente anche di bisogni diversi, perseguendo di conseguenza altri obiettivi: il conseguimento di uno stadio di autonomia comportamentale, come nella pratica educativa e più in generale nell'accompagnamento dei minori; il recupero o il bilanciamento di abilità compromesse, come nell'assistenza prestata a soggetti disabili e svantaggiati, e nella garanzia di pari opportunità; il ricorso a una giustizia riparativa finalizzata al reinserimento sociale, come nel caso di comportamenti devianti e di detenzione.

A un secondo livello, in un'accezione più ampia, la cura può assumere anche la fisionomia di vera e propria *condizione esistenziale*, relativa a uno statuto umano segnato dalla compresenza di *homo patiens* e *homo agens*; un approccio configurabile anche come un vero e proprio *paradigma culturale*, che ridisegna la misura originaria dell'umano secondo le coordinate di una condizione insuperabilmente fragile e solidale. Se assumiamo la cura in questo senso allargato, che oltrepassa il momento tecnicamente specialistico, possiamo non solo riconoscervi la radice della responsabilità morale, ma anche ricavarne un orientamento normativo per valutare possibilità e limiti di ogni pratica di cura in senso stretto.

5. Il presupposto antropologico di questa correlazione fra due diverse accezioni di cura rimanda al riconoscimento della vita personale come un *unicum*, in cui fragile e prezioso sono inscindibili. La fragilità, infatti, non rappresenta un attributo estrinseco, che pesa sulla

dedizione della cura in senso avversativo (prezioso *ma* fragile) né concessivo (prezioso *sebbene* fragile), assumendo al contrario il carattere di una correlazione costitutiva: fragile, *dunque* prezioso.

Tale condizione di fragilità antropologica a un primo livello, generalissimo, coincide con il limite proprio di ogni essere umano; a un livello ulteriore, accidentale e specifico, indica quegli stati di difettività transitoria, più o meno gravi e più o meno remissibili, per i quali potremmo usare il lessico della ferita. Rispetto al limite, come condizione propria e insuperabile dell'umano, la ferita – in senso patologico, psicologico, esistenziale e quindi morale – è una compagna usuale e indesiderata della nostra fragilità: una eventualità deprecabile e da contrastare, nel rispetto di un equilibrio di fondo tra intenzioni buone, mezzi leciti, risorse proporzionate, ed evitando un doppio sconfinamento: verso il deficit dell'abbandono o verso l'eccesso dell'accanimento.

Nel caso della vita personale – a cominciare dalla condizione somatica, costantemente in bilico tra limite e ferita – il fragile è prezioso non solo perché è unico, ma ancor più perché all'*homo fragilis* appartiene lo statuto inderogabile della responsabilità (anzi, corresponsabilità) morale: la cura è la risposta propriamente personale e interpersonale alla fragilità umana, come condizione che *indebolisce* e insieme *impresiosisce* la finitezza, fino a renderla proprio per questo infinitamente preziosa (V. Jankélévitch).

Posto su una linea di frontiera tra vita naturale e vita morale, l'essere umano, in quanto soggetto *al* mondo, riceve dal mondo quel che non può darsi da solo; in quanto soggetto *nel* mondo, invece, egli può restituire più di quanto riceve, di cui il mondo stesso sarebbe altrimenti privo. La responsabilità, in questa prospettiva, è una risposta morale (quando è libera e consapevole) a un evento complesso che interessa la totalità della persona, oltrepassando l'ambito somatico circoscritto dal binomio salute / malattia.

Nello specifico, in presenza di una disfunzione che riduce, mortifica e offende il dinamismo intrinseco di ogni organismo vivente, la cura è un atto che impegna moralmente chi è nelle condizioni professionali e pratiche di prestare un servizio, per il quale dispone delle necessarie competenze tecniche, ponendole al servizio di un atteggiamento complessivo di responsabilità morale. La responsabilità, come ci ha insegnato anche Jonas³, è autentica solo se è asimmetrica: cioè se è una risposta assoluta, incondizionata, al di fuori di ogni logica utilitaristica dello scambio; non è una forma di *do ut des*, ma, potremmo dire, di *do ut sis*: io do perché tu sia, non perché io abbia. La restituzione, in questo caso, assume un valore altissimo proprio perché incondizionato. Nel fatto che tutti siamo "diversamente feriti", non dobbiamo vedere semplicemente la ricerca di un beneficio calcolato (oggi a te, domani a me), ma il riconoscimento che la presa in carico delle ferite di tutti ci porta veramente all'altezza della nostra umanità.

6. La riflessione morale ha da sempre individuato il vertice della relazionalità umana nella figura della reciprocità: oltre il rapporto meramente unilaterale, in cui solo uno dei soggetti interagisce attivamente con l'altro, e persino oltre il rapporto bilaterale o multilaterale, che prevede uno scambio alternato di ruoli, attivo e passivo, l'autentica reciprocità si realizza nel segno della partecipazione corresponsabile a un orizzonte comune.

La vera sfida, in ordine al tema dell'etica della cura, è tenere insieme asimmetria e reciprocità. Non si deve identificare univocamente la reciprocità con la simmetria (che

³ «L'oggetto della responsabilità è il *transeunte* per definizione» (H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 1990, p. 111); per questo si può riconoscere una «responsabilità cosmica», che suppone «il comandamento ontologico in base al quale l'umanità deve continuare ad esistere» (*Ivi*, p. 126).

implica il medesimo livello nella relazione) né l'asimmetria con l'assenza di reciprocità: si dà reciprocità asimmetrica quando si realizza un'autentica partecipazione a un orizzonte comune entro un dislivello di funzioni. L'incapacità odierna di legittimare e praticare questo modello relazionale esemplifica il passaggio, forse troppo brusco, nelle relazioni di cura da un paradigma paternalista (fatto di asimmetria senza reciprocità) a un paradigma contrattualista (fatto di reciprocità senza asimmetria). In questo smarrimento del senso profondo della reciprocità asimmetrica tocchiamo con mano il deficit culturale forse più grave del nostro tempo. Il paziente (o lo studente) che diventa cliente (o l'allievo che si lega al maestro solo per opportunismo strumentale) ne sono esemplificazioni inquietanti.

Appartiene alla logica mercantilistica del contratto, in particolare, l'idea che due o più contraenti s'incontrano in piena autonomia su un terreno neutro, sottoscrivendo un patto definito da clausole meramente convenzionali e come tali revocabili. Il livellamento simmetrico dello scambio, in questo caso, autorizza a negoziare il massimo vantaggio bilaterale, in un contesto slegato, in cui il sospetto può prendere il posto della fiducia e la spirale perversa tra recriminazione e medicina difensiva è sempre in agguato; fino agli esiti estremi della mercificazione strumentale della pratica medica che a volte il malato pretende letteralmente di comprare (direttamente o indirettamente grazie al Servizio sanitario nazionale) persino in assenza di una adeguata validazione scientifica.

L'asimmetria innegabile tra il sano e il malato, in particolare, suppone un dislivello da colmare attraverso il rigore della ricerca e dello studio, il tirocinio della formazione, la capacità di circoscrivere in modo obiettivo un problema o una patologia, come condizioni irrinunciabili per mettere in atto una prestazione efficace e indipendente dagli slanci intermittenti del cuore o dalle preferenze occasionali della simpatia. A tale scopo bisogna passare necessariamente attraverso una lunga e laboriosa strategia di istituzionalizzazione e professionalizzazione, così come attraverso un attento calcolo per un'equa distribuzione delle risorse, senza le quali pressapochismo e diletterantismo rischiano di stravolgere – e persino capovolgere – anche le intenzioni più buone.

È precisamente questo incrocio unico di reciprocità e asimmetria che conferisce alle relazioni di cura il suo carattere più specifico e insostituibile: «Che la natura non si dia cura è il vero abisso» (H. Jonas). Se la reciprocità appare come il modo più proprio in cui gli umani vivono e condividono la finitezza, l'asimmetria attesta quel dislivello funzionale giustificato unicamente dalla competenza. Per questa ragione le relazioni di cura possono trovare nel mondo naturale degli animali non umani o in quello mondo artificiale della robotica solo una sussidiatura supplementare e mai sostitutiva. Le pratiche di cura possono anche avvalersi di un qualche ausilio offerto dall'etologia o dalla tecnologia, senza però poterlo trasformare nel surrogato subumano di una umanità latitante. Non si dà mai, propriamente, una cura "per procura".

7. Potremmo a questo punto articolare l'appello alla cura delle relazioni, che è l'altro fuoco dell'ellisse di questo intervento, su un triplice piano.

Prima di tutto, cura delle relazioni a livello *intrapersonale*: c'è forse una relazione ferita, di cui dobbiamo prenderci cura, già a questo livello profondo, che ci rende schiavi del mito dell'immediatezza e della velocità, alimentato astutamente nella rete, e stenta a riconoscere relazioni autentiche vissute nel segno della distanza e della mediazione. La medicina basata sulla narrazione⁴, da questo punto di vista, nasce proprio dal riconoscimento fondamentale che la nostra vita si costruisce storicamente attraverso una paziente tessitura narrativa.

⁴ Cfr. M. Marinelli, *Trattare le malattie, curare le persone. Idee per una Medicina Narrativa*, FrancoAngeli, Milano 2015

In secondo luogo la cura delle relazioni investe anche la dimensione *interpersonale*, soprattutto lungo quella delicata linea di frontiera in cui s'incontrano il pubblico e il privato, oggi insidiata da un paradosso, che ci vuole radicalmente individualisti nella sfera privata e accanitamente moralisti nella sfera pubblica. Solo riconoscendo che l'incontro e la comunicazione tra le persone hanno bisogno di un "pavimento etico" condiviso, al quale la sapienza antica ha dato il nome di bene comune, si può ritrovare il senso di un'alleanza di cui l'ambito medico offre semplicemente una declinazione specifica. Proprio questo ethos condiviso deve incorporare una "metrica" delle pratiche di cura socialmente inderogabili, con tutte le conseguenze che ne discendono sul piano degli assetti normativi, delle tutele istituzionali e delle risorse pubbliche; comincia qui il contrasto a una tendenza schizofrenica del nostro tempo, disposto a tollerare restrizioni immotivate nell'ordine del vitale e ampliamenti arbitrari nell'ordine del futile.

Infine, un terzo livello relativo alla cura delle relazioni investe anche la dimensione *metapersonale*, in cui si saldano la cultura e il costume, la scienza e la tecnica, la ricerca e l'educazione. La stessa università, sotto molti aspetti, incarna in modo paradigmatico questo incrocio di sapere e istituzione, in cui il compito di professionalizzare delle competenze può essere legittimato unicamente da una vocazione alla sintesi, nel senso di una autentica *universitas*. Eppure anche questo luogo sta rischiando di diventare un arcipelago di isole abitate da tribù chiuse e autoreferenziali, mentre cominciano pericolosamente a scarseggiare imbarcazioni capienti e affidabili per attraversare il mare che le separa.

Filosofia e medicina possono trovare proprio nell'etica della cura un terreno elettivo d'incontro: non solo la filosofia, che ha il compito di tenere insieme vocazione teoretica e saggezza pratica, ma anche la medicina, che è una scienza dalla quale discende un'arte della cura, la quale a sua volta si fonda su quella scienza e si avvale di una tecnologia⁵. Il pensiero classico ha insistito con forza sulla salvaguardia di una fondamentale complementarità tra queste due forme di cura della fragilità. La migliore tradizione dell'etica medica antica, del resto, andava proprio in questa direzione: da Galeno, secondo il quale «il miglior medico è anche filosofo»⁶, fino a Marco Aurelio. Una linea che arriva fino al VII secolo d.C., se è vero che Isidoro di Siviglia chiamerà la medicina «filosofia seconda», proprio perché entrambe le discipline sono «complementari all'uomo»⁷.

In un'epoca che spesso smarrisce il senso profondo di questa vocazione umanistica, trasformando le norme morali in forme di accanimento deontologico, in cui l'eccesso di codificazioni normative è internamente indebolito dalla loro evidente convenzionalità, abbiamo bisogno di coltivare quella forma particolare di saggezza pratica che sappia spezzare il circolo vizioso tra tecnicismo e moralismo. Soprattutto quando, in presenza di una *tragic choice*, si rischia di finire in un vicolo cieco senza apparenti vie d'uscita, la saggezza pratica riapre i giochi con un appello semplice ed esigente: Non dimenticare la persona!

⁵ «La medicina – secondo Jonas – è una scienza; la professione medica è l'esercizio di un'arte fondata su di essa» (H. Jonas, H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, tr. it. di P. Becchi e A. Benussi, Einaudi, Torino 1997, p. 109).

⁶ C. Galeno, *Opere scelte*, a cura di I. Garofalo, M. Vegetti, Utet, Torino 1978, p. 101. Molto interessante, a questo riguardo, il libro di U. Curi, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Cortina, Milano 2017.

⁷ Isidoro di Siviglia, *Etymologiae*, IV,3,4. Su questi riferimenti rimando ancora al libro di U. Curi, *Le parole della cura*, cit., pp. 30-31.