

Silvia Tusino

# L'etica della cura

Un altro sguardo  
sulla filosofia morale

**FrancoAngeli** OPEN  ACCESS



saggi

STUDI E RICERCHE DI BIOETICA E SCIENZE UMANE

## *Studi e Ricerche di Bioetica e Scienze Umane*

Diretta da Corrado Viafora

L'orizzonte entro cui la Collana si colloca è determinato da una ben precisa idea di bioetica e insieme dall'attenzione alla particolare situazione della bioetica in Italia. L'affermazione della piena continuità tra etica e bioetica, l'impegno a integrare nel paradigma etico dimensione normativa e dimensione di senso, l'orientamento a una prospettiva globale che sappia accogliere le sfide aperte dall'impatto della tecnica sia sulla vita umana che sulla vita animale e sull'ambiente: sono questi gli elementi che qualificano l'idea di bioetica cui la Collana si ispira.

Quanto alla situazione della bioetica in Italia, l'aspetto che la Collana intende focalizzare è l'istituzionalizzazione in atto della bioetica, che da movimento culturale in senso ampio sta sempre più penetrando nelle istituzioni sanitarie e in quelle della formazione e della ricerca universitarie. Accompagnare questo processo, attraverso una sistematica interazione tra bioetica e scienze umane, è lo specifico obiettivo di questo progetto editoriale.

Per garantirne la qualità scientifica, i volumi della Collana Studi e Ricerche di Bioetica e Scienze Umane sono sottoposti al referaggio anonimo di due esperti.

**Comitato di redazione:** *Enrico Furlan* (Università di Padova); *Francesca Marin* (Università di Padova); *Kathrin Ohnsorge* (Università di Padova); *Mariassunta Piccinni* (Università di Padova); *Corinna Porteri* (IRCCS Fatebenefratelli, Brescia); *Gian Paolo Terravecchia* (Università di Padova); *Marta Trevisan* (Università di Padova); *Silvia Tusino* (Università di Padova).

**Comitato scientifico:** *Stefano Allievi*, Sociologia (Università di Padova); *Anna Aprile*, Medicina legale (Università di Padova); *Giampaolo Azzoni*, Filosofia del diritto e biodiritto (Università di Pavia); *Vincenzo Baldo*, Salute pubblica (Università di Padova); *Camillo Barbisan*, Bioetica e sanità (Azienda Ospedaliera di Padova); *Romana Bassi*, Filosofia morale e bioetica (Università di Padova); *Paolo Becchi*, Filosofia del diritto e bioetica (Università di Genova); *Giorgio Bonaccorso*, Neuroscienze e teologia (Istituto di Teologia Pastorale “S. Giustina”, Padova); *Paolo Bonaldo*, Biologia applicata (Università di Padova); *Pascal Borry*, Bioetica (KU Leuven, Belgio); *Simone van der Burg*, Responsible Research and Innovation (Wageningen University & Research, Paesi Bassi); *Mino Conte*, Pedagogia (Università di Padova); *Andrea Crisanti*, Microbiologia (Università di Padova); *Antonio Da Re*, Filosofia morale e bioetica (Università di Padova); *Roberto Dell’Oro*, Teologia morale e bioetica (Loyola Marymount University, LA, USA); *Barbara De Mori*, Bioetica animale (Università di Padova); *Piergiorgio Donatelli*, Filosofia morale e bioetica (Sapienza Università di Roma); *Luca Fabris*, Medicina molecolare e traslazionale (Università di Padova); *Marcello Ghilardi*, Studi interculturali (Università di Padova); *Graziano Martello*, Biologia molecolare (Università di Padova); *Francesca Menegoni*, Filosofia morale (Università di Padova); *Paola Milani*, Pedagogia (Università di Padova); *Roberto Mordacci*, Filosofia morale e bioetica (Università Vita-Salute San Raffaele, Milano); *Laura Palazzani*, Filosofia del diritto e bioetica (LUMSA, Roma); *Elena Pariotti*, Diritti umani (Università di Padova); *Saverio Parisi*, Malattie infettive (Università di Padova); *Maria Cristina Parolin*, Microbiologia (Università di Padova); *Stefano Piccolo*, Biologia molecolare (Università di Padova); *Telmo Pievani*, Filosofia della biologia (Università di Padova); *Piera Poletti*, Organizzazione sanitaria (Università di Padova); *Andrea Porcarelli*, Pedagogia (Università di Padova); *Vincenzo Rebba*, Economia sanitaria (Università di Padova); *Massimo Reichlin*, Filosofia morale e bioetica (Università Vita-Salute San Raffaele, Milano); *Anne-Marie Slowther*, Organizzazione sanitaria e comitati etici (Warwick Medical School, Gran Bretagna); *Mariachiara Tallacchini*, Scienza, tecnologia e diritto (Università Cattolica, Piacenza); *Ines Testoni*, Death studies (Università di Padova); *Gianni Tognoni*, Epidemiologia e ricerca clinica (Istituto Mario Negri Sud); *Libero Vitiello*, Biologia applicata (Università di Padova); *Vittorina Zagonel*, Oncologia medica (IOV, Padova); *Renzo Zanotti*, Teoria del nursing (Università di Padova).

Silvia Tusino

# **L'etica della cura**

Un altro sguardo  
sulla filosofia morale

FrancoAngeli

Il testo è stato realizzato in Open Access grazie al contributo del Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università degli Studi di Padova.

[doi.org/10.3280/Book\\_11614\\_3\\_1](https://doi.org/10.3280/Book_11614_3_1)

[orcid.org/0000-0003-4336-5029](https://orcid.org/0000-0003-4336-5029)

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835123125

# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	7
<b>1. La nascita della <i>care ethics</i></b>	»	11
1. Nel Noddings: la primarietà della cura	»	14
2. Sara Ruddick: il pensiero materno	»	19
3. Joan C. Tronto: la politica della cura	»	27
4. Eva Feder Kittay: cura e dipendenza	»	32
5. Virginia Held: l'etica della cura	»	38
6. L'etica femminista della cura: un bilancio	»	44
6.1. Sul rapporto tra cura e femminile	»	46
6.2. Sul rapporto tra cura e giustizia	»	47
6.3. Etica della cura e filosofia morale	»	53
<b>2. Il dibattito attuale: snodi e questioni aperte</b>	»	57
1. La nozione di cura	»	58
1.1. W.T. Reich e la storia del concetto di cura	»	58
1.1.1. La cura nella Roma antica	»	60
1.1.2. Goethe, il Faust e Cura	»	63
1.1.3. L'ambivalenza della cura	»	66
1.2. La cura come "esistenziale": analisi in prospettiva fenomenologica	»	67
1.2.1. Heidegger, <i>Essere e tempo</i> e la Cura	»	69
1.2.2. Da una fenomenologia a un'etica della cura?	»	74
2. L'antropologia sottesa alla cura	»	78
2.1. Vulnerabilità e interdipendenza	»	80
2.2. Relazionalità	»	83
2.3. La critica all'individualismo	»	86

3. Etica della cura ed “epistemologia morale”	pag. 92
3.1. Cura ed emozioni	» 92
3.2. Parzialità e particolarismo	» 98
<b>3. Conclusioni: il posto della cura in etica</b>	» 107
1. La cura autentica	» 107
2. Quale ruolo per la cura in etica?	» 113
<b>Bibliografia</b>	» 121
<b>Indice dei nomi</b>	» 131

# Introduzione

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*). Un ruolo fondamentale nel dare il via al dibattito è universalmente riconosciuto alla pubblicazione di uno studio della psicologa Carol Gilligan: *In a Different Voice*, del 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*<sup>1</sup>.

Scopo di questo studio è approfondire il contributo specifico offerto dall'etica della cura alla riflessione morale, saggiando sia la portata delle critiche che essa muove nei confronti dei paradigmi morali dominanti, sia il contributo positivo di cui si fa portatrice. Tale operazione appare giustificata non solo a causa della scarsità di letteratura secondaria sull'etica della cura, in particolare nel contesto italiano, ma anche per via della diffusione di una rappresentazione dell'etica della cura come di una proposta filosofica dai limiti evidenti – rappresentazione che, come cercherò di mostrare, è giustificata soprattutto in relazione ad alcune opere iniziali e a una visione piuttosto parziale della complessità e ricchezza del dibattito.

1. Per questo motivo, nel testo 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.



Allo stesso tempo, questo studio deriva da un interesse per la prospettiva della cura legato al contesto che negli ultimi anni ha fatto da sfondo e ha plasmato le mie riflessioni: quello della bioetica clinica. Innanzitutto, occupandosi delle questioni etiche sollevate dalla pratica medico-assistenziale, l'etica della cura riveste un'attrattiva legata alle tematiche su cui centra l'attenzione: dal concetto di *care*, che può essere considerato l'espressione della normatività interna alla pratica clinica, alle dimensioni antropologiche a esso legate, che di fatto definiscono l'esperienza della malattia. Inoltre, la *care ethics* è interessante per le critiche che muove alle teorie morali più influenti nel dibattito etico (e bioetico) contemporaneo e soprattutto per lo sguardo diverso con cui approccia la riflessione morale, proponendo di valorizzare dimensioni dell'etica che la filosofia morale neomoderna tendenzialmente non vede o mette ai margini. In questo caso è l'esperienza di pratiche di bioetica – quali il lavoro all'interno di comitati etici per la pratica clinica, la correlata attività di consulenza etica su singoli casi clinici e la formazione etica del personale sanitario – che permette di cogliere l'importanza di rivendicare maggiore spazio, ad esempio, per la dimensione della percezione morale o per il ruolo etico dell'affettività o, ancora, per l'attenzione alle peculiarità del singolo caso e del contesto relazionale che lo contraddistingue. Certo, dalle esperienze descritte deriva anche la consapevolezza dell'importanza della teorizzazione e dell'individuazione di criteri normativi pubblicamente difendibili, ma sempre insieme al riconoscimento dei loro limiti e dei rischi di un approccio alle pratiche meramente applicativo. Come si vedrà, l'etica della cura effettivamente intercetta in modo proficuo queste diverse istanze.

Venendo alla struttura del testo, l'analisi qui proposta prende le mosse dalla presentazione delle principali formulazioni dell'etica della cura in ambito femminista, concentrandosi sulle autrici che hanno maggiormente influenzato l'avvio e lo sviluppo iniziale del dibattito, in particolare negli Stati Uniti. Il *Capitolo 1* 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 approccio rigidamente razionalista 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 rispetto a 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 derivano 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.

Il *Capitolo 2* si avvicina invece al dibattito contemporaneo, per individuare le principali direzioni di sviluppo e le problematiche ancora aperte. Lo scopo non è quello di offrire una presentazione sistematica di un dibattito vastissimo, bensì di individuare gli snodi teoretici più rilevanti intorno ai quali esso si articola. Come si vedrà, è proprio il fatto di coniugare la riflessione su queste diverse tematiche a definire la peculiarità dell'etica della cura come approccio alla morale. Allo stesso tempo, nel secondo capitolo la presentazione del dibattito si allarga per includere e valorizzare i contributi che vengono sia da tradizioni filosofiche diverse dal pensiero femminista, sia da contesti geografici altri rispetto agli Stati Uniti, includendo in particolare autrici e autori europei che, negli ultimi anni, hanno assunto importanza crescente quanto a quantità e qualità della riflessione. Gli snodi su cui si concentra l'analisi sono tre: la riflessione sulla nozione di cura; la visione antropologica sottesa alla cura; il rapporto tra etica della cura ed epistemologia morale.

Per quanto riguarda la nozione di cura, riconoscendo l'interesse dell'approccio di W.T. Reich, si esplora il contributo all'elaborazione del concetto che viene dalla ricognizione storica sui suoi antecedenti e sul suo sviluppo, riprendendo il significato della *cura* nella Roma antica e le suggestioni che vengono dal *Faust* di Goethe. Da tale analisi emergono spunti preziosi, a partire dall'individuazione di una dimensione negativa del concetto di cura – interpretato come preoccupazione angosciata e non esclusivamente come sollecitudine –, fino ad arrivare al riconoscimento di un legame tra cura e condizione umana. La stessa analisi del concetto di cura e della sua storia suggerisce l'opportunità di soffermarsi sulla valenza esistenziale della cura e saggiare il possibile contributo della riflessione fenomenologica – a partire dalla filosofia di M. Heidegger fino ad approcci contemporanei che a tale tradizione filosofica si rifanno. La trattazione porta però a mettere a fuoco la problematicità del passaggio da analisi di questo tipo alla teorizzazione etica, oltre alla necessità di un ulteriore impegno per arrivare a una caratterizzazione delle forme di cura che possano fungere da ideale etico.

Per quanto riguarda le tesi antropologiche sottese all'etica della cura, nel saggio vengono discusse le riflessioni in merito a vulnerabilità, interdipendenza e relazionalità. Si tratta delle caratteristiche dell'umano su cui più si sofferma il pensiero della cura, in quanto elementi che la concettualizzazio-

ne moderna dell'individuo ha messo in ombra, ma che hanno considerevole rilievo morale. Proprio perché l'immagine del soggetto proposta dall'etica della cura si sviluppa in opposizione all'individualismo moderno, nell'analisi si dedica attenzione anche alle critiche a tale paradigma, per poi concludere esplicitando il ruolo che queste tesi antropologiche hanno per la teorizzazione etica.

Il capitolo si chiude considerando le linee del dibattito che fanno emergere tesi rilevanti nell'ambito dell'epistemologia morale, vale a dire: la discussione del rapporto tra cura ed emozioni, e più in generale del ruolo della sfera affettiva in etica; il rifiuto del primato attribuito all'imparzialità morale, a scapito di forme di parzialità encomiabili; l'attenzione al particolare e alla questione della percezione morale. Nonostante la varietà delle posizioni presentate, l'analisi permette di mettere a fuoco un elemento che sta al cuore dell'etica della cura: il ripensamento dell'etica a partire da uno sguardo che sappia valorizzare aspetti moralmente rilevanti della nostra esperienza che le teorie dominanti non considerano adeguatamente.

In conclusione, sulla base del percorso svolto, il *Capitolo 3* traccia un bilancio delle risorse che la categoria della cura può offrire per un ripensamento dell'etica oggi e delle aree sui cui invece l'etica della cura mostra i maggiori limiti.

### *Ringraziamenti*

In un volume dedicato all'etica della cura non può non figurare qualche riga che dica la riconoscenza per le relazioni più significative che hanno influenzato la ricerca che vi confluisce. Ci tengo perciò a ringraziare innanzitutto Corrado Viafora, che mi ha guidata durante il dottorato – della cui dissertazione il libro è una rielaborazione – e mi ha accolta nel gruppo di ricerca “Filosofia morale e bioetica” dell'Università di Padova. All'interno del gruppo ho sperimentato lo sforzo di elaborare pensieri a partire dalle pratiche e capaci di farvi ritorno, coltivando uno sguardo peculiare sulla filosofia morale che ha diverse assonanze con l'approccio all'etica qui discusso. Un grazie di cuore anche a Enrico Furlan, per il confronto intellettuale e per il comune appassionato impegno in ambito formativo e nei comitati etici.

Una riflessione sulla cura risente inevitabilmente anche delle relazioni di cura di cui facciamo esperienza, *in primis* nell'ambito familiare: un grazie quindi a Francesco, per il sostegno e la pazienza, e uno a Davide e Stefano, per avermi offerto l'occasione di fare esperienza del lavoro materno. Il ringraziamento più grande va però alla mia mamma, senza il cui supporto (anche nel lavoro di cura) questo libro non avrebbe mai visto la luce: a lei vorrei dedicarlo.

# 1. La nascita della *care ethics*

Nonostante la vastità dei contributi oggi riconducibili all'etica della cura, a cui si richiamano 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 cura<sup>1</sup> – punto di partenza imprescindibile per comprendere il dibattito attuale rimane la riflessione femminista. Pur senza ritenere con Virginia Held<sup>2</sup> 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 femminista<sup>3</sup> – 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 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 viene descritta come un'attitudine che caratterizza l'approccio femminile alla vita pratica.

1. Cfr. per esempio Leget C., Gastmans C., Verkerk M.A. (2011, eds.), *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*, Peeters, Leuven.

2. Held V. (2006), *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*, Oxford University Press, New York, p. 22.

3. Come in Mordacci R. (2003), *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano (capitolo 6) o Botti C. (2012), *Prospettive femministe. Morale, bioetica e vita quotidiana*, Espress, Torino (capitolo 2). Per una ricostruzione più precisa dello sviluppo del pensiero femminista e della sua relazione con il pensiero della cura rimando a Botti C. (2018), *Cura e differenza. Ripensare l'etica*, LED, Milano, in particolare al capitolo 4.

L'opera più spesso individuata come l'inizio della riflessione femminista sulla cura è lo studio di Carol Gilligan pubblicato nel 1982 con il titolo *In a Different Voice*<sup>4</sup>. Si tratta di un'opera non a carattere filosofico, bensì di psicologia dell'età evolutiva. In essa Gilligan espone la sua critica al modello empirico dello sviluppo morale proposto da Lawrence Kohlberg, suo maestro.

Dagli studi di Kohlberg<sup>5</sup> sembrava infatti emergere una "superiorità" maschile nello sviluppo morale, in quanto i soggetti maschi risultavano raggiungere molto più spesso i livelli più elevati del suo modello a sei stadi (in cui la maturità morale corrisponde al sesto stadio, basato sui principi di giustizia, imparzialità, universalità<sup>6</sup>). 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<sup>7</sup>, 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.

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 calata nella concretezza delle relazioni tra gli individui e preoccupata più dell'adempiimento 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 cura<sup>8</sup>.

A Gilligan però non interessa tanto il fatto che la prospettiva della cura

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

5. Cfr. Kohlberg L. (1981), *The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and the Idea of Justice*, Harper and Row, San Francisco.

6. 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.

7. Basato, va detto, sull'analisi delle risposte ad alcuni dilemmi morali fornite da soggetti di diverse età, ma tutti di sesso maschile.

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 (cfr. per esempio Nelson H.L. (1992), "Against Caring", *The Journal of Clinical Ethics*, 3/1, pp. 8-15) ha continuato a essere utilizzata contagiando diversi settori della riflessione morale. (A titolo di esempio, cfr. il seguente contributo – dal titolo alquanto significativo – nell'ambito della *business ethics*: French W., Weis A. (2000), "An Ethics of Care or an Ethics of Justice", *Journal of Business Ethics*, 27/1, pp. 125-136.)

emerge soprattutto<sup>9</sup> 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<sup>10</sup>.

Il lavoro di Gilligan, oltre a essere tuttora costantemente citato<sup>11</sup>, è stato oggetto di numerose critiche<sup>12</sup>, 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 entrerà 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 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<sup>13</sup>.

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 D.M. (1990), "Listening to a Different Voice: A Feminist Critique of Gilligan", *Studies in Philosophy and Education*, 10/3, pp. 233-249 o Kuhse H., Singer P., Rickard M. (1998), "Reconciling Impartial Morality and a Feminist Ethic of Care", *The Journal of Value Inquiry*, 32/4, pp. 451-463).

10. Gilligan C. (1987), *Con voce di donna*, trad. it. cit., p. 70.

11. Particolare rilievo le viene riconosciuto nel contesto italiano da C. Botti, che parte proprio dagli spunti offerti da Gilligan per elaborare una reinterpretazione dell'etica della cura. Cfr. Botti C. (2018), *Cura e differenza*, cit.

12. Tra cui: Senchuk D.M. (1990), "Listening to a Different Voice: A Feminist Critique of Gilligan", cit.; 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); Allmark P. (1995), "Can There Be an Ethics of Care?", *Journal of Medical Ethics*, 21/1, pp. 19-24; Edwards S.D. (2009), "Three Versions of an Ethics of Care", *Nursing Philosophy*, 10/4, pp. 231-240.

13. Walker M.U. (1989), "What Does the Different Voice Say?: Gilligan's Women and Moral Philosophy", *The Journal of Value Inquiry*, 23/2, pp. 123-134 (citazione a p. 127).

Questo aspetto di novità e critica rispetto agli approcci morali prevalenti è senz'altro uno dei motivi principali del grande successo dell'etica della cura<sup>14</sup>, in particolare nel contesto statunitense dove il riferimento polemico è a una rappresentazione "monolitica" della morale, riconducibile soprattutto al pensiero liberale e all'utilitarismo contemporaneo.

Sempre con Margaret Urban Walker<sup>15</sup>, 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 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<sup>16</sup>. Per quanto le loro riflessioni siano in parte contemporanee tra loro (e spesso tutt'ora in corso), è possibile individuare una successione concettuale, oltre che cronologica, a partire dalla data di pubblicazione dell'opera con cui si sono imposte nel dibattito sulla cura.

## 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*<sup>17</sup>, è la prima a elaborare una proposta morale interamente basata sulla cura.

Nel Noddings<sup>18</sup> considera infatti la cura un'esperienza universale sulla base della quale è possibile costruire un'etica che rifiuti il linguaggio dei

14. Esempi di una ricezione in questo senso sono: Slicer D. (1990), "Teaching with a Different Ear: Teaching Ethics After Reading Carol Gilligan", *The Journal of Value Inquiry*, 24/1, pp. 55-65 e Sharpe V.A. (1992), "Justice and Care: The Implications of the Kohlberg-Gilligan Debate for Medical Ethics", *Theoretical Medicine*, 13/4, pp. 295-318. 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".

15. Walker M.U. (1989), "What Does the Different Voice Say?: Gilligan's Women and Moral Philosophy", cit., pp. 124-125.

16. Si tratta di una scelta dettata dall'obiettivo di far emergere i nuclei tematici della genesi del dibattito sull'etica della cura che considero più rilevanti e rappresentativi, senza pretese di esaustività riguardo agli autori che vi hanno contribuito. Altre autrici e autori importanti verranno comunque considerati nel capitolo successivo, in cui ci si concentrerà sulle questioni ancora aperte e più presenti nel dibattito attuale.

17. Noddings N. (1984, 2013<sup>2</sup>), *Caring*, University of California Press, Berkeley.

18. Nel Noddings (1929), filosofa femminista, si è occupata in particolare di filosofia dell'educazione ed etica della cura e ha insegnato per anni alla Stanford University.

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 interamente<sup>19</sup> colui che presta la cura: questi 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 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 ricettività 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 nel suo interesse. 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 autentico atto di cura, esso deve essere percepito come tale da colui al quale è indirizzato.

19. Il verbo inglese utilizzato è *to engross*.



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<sup>20</sup>, 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 tipo<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>.

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, strada che la stessa autrice cercherà di percorrere e che consiste nel collocare il dibattito sulla cura nell'ambito della filosofia morale<sup>23</sup>.

20. Significativo, a questo proposito, che nella seconda edizione di *Caring* (2013), l'autrice abbia cambiato il sottotitolo: *A feminine approach to ethics and moral education* è diventato *A relational approach to ethics and moral education*.

21. Bradshaw A. (1996), "Yes! There is an Ethics of Care: An Answer for Peter Allmark", *Journal of Medical Ethics*, 22/1, pp. 8-12, qui p. 9.

22. Tronto J.C. (1987), "Beyond Gender Difference to a Theory of Care", *Signs*, 12/4, pp. 644-663, qui p. 646.

23. Tronto scrive infatti nel 1987, quando l'influenza dell'approccio di Gilligan era ancora preponderante ed era accompagnata da letture semplicistiche che abbracciavano entusiasticamente l'idea di una moralità specificamente femminile. In quel contesto era quindi particolarmente rilevante sottolineare l'importanza di ricondurre il dibattito all'ambito della filosofia mo-

Un secondo aspetto molto criticato è l'eccessivo particolarismo della cura come descritta da Noddings. M.U. Walker sottolinea che ridurre la moralità ai soli incontri concreti tra individui finisce per escludere tutte le considerazioni di carattere più generale, dando una visione della sfera morale davvero limitata<sup>24</sup>. 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 pubblico<sup>25</sup>. 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 moralità<sup>26</sup>, 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)<sup>27</sup>. La stessa Noddings riconosce come il suo modello renda difficile concepire la cura "distante" e in alcuni scritti successivi (in particolare *Starting at Home*<sup>28</sup>) cerca di applicare la sua idea di cura al di là delle relazioni personali impegnandosi a descrivere una *caring society*.

Un'altra questione sollevata da Nelson nel suo articolo "Against Caring"<sup>29</sup> 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 stereo-

rale e assumere uno sguardo più critico nei confronti dei risultati degli studi empirici di matrice 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, in quanto troppo impregnato dal razionalismo cui il suo approccio si contrappone.

24. Walker M.U. (1989), "What Does the Different Voice Say?: Gilligan's Women and Moral Philosophy", cit., p. 129.

25. Nelson H.L. (1992), "Against Caring", cit., p. 9.

26. Ivi, p. 10.

27. Bradshaw A. (1996), "Yes! There is an Ethics of Care: An Answer for Peter Allmark", cit., p. 10.

28. Noddings N. (2002), *Starting at Home. Caring and Social Policy*, University of California Press, Berkeley.

29. Nelson H.L. (1992), "Against Caring", cit.

tipi fin troppo diffusi riguardanti il sacrificio femminile<sup>30</sup>, peraltro 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 venisse rivolta<sup>31</sup>. 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 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 esagerata e non ricavabile dal quadro disegnato da Noddings (oltre che difficilmente riconducibile alla relazione madre-figlio). L'autrice infatti è molto chiara nel considerare una cura di questo genere come patologica<sup>32</sup>. 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. Allmark<sup>33</sup> 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. Walker<sup>34</sup> nota giustamente come questo non è il solo

30. Ivi, p. 10.

31. Sui rischi di sfruttamento di chi presta le cure cfr. anche l'interessante articolo di Claudia Card, "Caring and Evil" (Card C. (1990), "Caring and Evil", *Hypatia*, 5/1, pp. 101-108), oltre all'intero *Review Symposium* su *Caring* in *Hypatia* 5/1 (1990), pp. 101-126, di cui tale articolo fa parte.

32. Come lei stessa sottolinea nella sua risposta a H. Nelson: Noddings N. (1992), "In Defense of Caring", *The Journal of Clinical Ethics*, 3/1, pp. 15-18.

33. Allmark P. (1995), "Can There Be an Ethics of Care?", cit., p. 20.

34. Walker M.U. (1989), "What Does the Different Voice Say?: Gilligan's Women and Moral Philosophy", cit., pp. 129-130.

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. Per questo si parla di vaghezza normativa della cura<sup>35</sup>, 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 manca l'individuazione della base morale della cura stessa e quindi della fonte di normatività. Come si vedrà, questo è uno dei nuclei problematici ricorrenti delle proposte etiche basate sull'idea di cura.

Nonostante una ricezione a volte entusiastica, dunque, l'opera di Noddings presenta effettivamente molte lacune dal punto di vista filosofico e non offre 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 che in parte accompagnano ancora il dibattito contemporaneo sulla cura.

## 2. Sara Ruddick: il pensiero materno

La seconda autrice qui considerata non è, a rigore, una teorica della cura. Tuttavia la riflessione di Sara Ruddick<sup>36</sup>, 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 1980<sup>37</sup>, 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 que-

35. Allmark P. (1995), "Can There Be an Ethics of Care?", cit.; Bradshaw A. (1996), "Yes! There is an Ethics of Care: An Answer for Peter Allmark", cit.; Mordacci R. (2003), *Una introduzione alle teorie morali*, cit.

36. Sara Ruddick (1935-2011), filosofa femminista, è stata per quarant'anni docente di filosofia e *women's studies* alla New School for Social Research (New York).

37. Ruddick S. (1980), "Maternal Thinking", *Feminist Studies*, 6/2, pp. 342-367.

ste autrici di una visione della maternità eccessivamente semplicistica e sentimentalista.

L'opera principale di Ruddick è *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, del 1989<sup>38</sup>, 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.

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"<sup>39</sup>.

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

38. Poi ripubblicato con una nuova prefazione nel 1995: Ruddick S. (1989, 1995<sup>2</sup>), *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Beacon Press, Boston; trad. it. di E. Manzoni (sulla prima edizione), *Il pensiero materno*, Red edizioni, Milano 1993.

39. "To adopt is to commit oneself to protecting, nurturing, and training particular children" (Ruddick S. (1995<sup>2</sup>), *Maternal Thinking*, cit., p. 51).

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 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 quest'ultimo a costituire l'oggetto di studio dell'autrice. 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"<sup>40</sup>, 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 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

40. 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 (cfr. per esempio 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). 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.

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 Ruddick<sup>41</sup> – 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”<sup>42</sup>.

La madre si trova infatti a dover accettare non solo la possibilità che si verifichino 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 imprevisti e spiazzanti), che la portano a 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, per infondergli fiducia –, e dovrebbero trasmettere il piacere e l'ammirazione della madre per il bambino e le sue conquiste. Vale la pena 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

41. Ruddick S. (1980), “Maternal Thinking”, cit., p. 350.

42. Ivi, p. 351.

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 nel rimanere fedele ai propri principi e dall'altro nel 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 conclusione<sup>43</sup>, 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

43. 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.



alla veridicità, ma pone la verità amorevolmente al servizio della persona conosciuta. È un concetto affine a quello di empatia, ma con una maggiore 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”<sup>44</sup>. Per questo si configura 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”<sup>45</sup>.

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 1989<sup>46</sup>. 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 Bailey<sup>47</sup>, 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 con esperienze diverse di maternità, per quanto in ultima analisi la sua elaborazione risulti 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 critiche<sup>48</sup> che mettono in questione anche l’idea di poter parlare di bambini in generale, trascurando in questo caso le possibili differenze tra bambini “normali” e bambini con disabilità. Ruddick sostiene che nonostante le differenze tra bambini, di cui è consa-

44. Ruddick S. (1995<sup>2</sup>), *Maternal Thinking*, cit., p. 121. Si noti *en passant* l’assonanza con la descrizione dell’amore materno, rivolto al figlio nella sua particolarità, che, sulla scia delle riflessioni di Lacan, porta avanti M. Recalcati (cfr. Recalcati M. (2015), *Le mani della madre. Desiderio, fantasmi ed eredità del materno*, Feltrinelli, Milano).

45. Ivi, p. 122.

46. In particolare nel Capitolo 2.

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

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

pevole, 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. 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 infondate<sup>49</sup>. Mi sembra che spesso le critiche rivolte all'etica della cura le attribuiscono una visione eccessivamente idealizzata della cura stessa, che tende a essere ricondotta al legame con le cure materne. 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 com-

49. Come dimostra per esempio il già citato articolo di Nelson su Noddings (Nelson H.L. (1992), "Against Caring", cit.).

portano. 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 confronti<sup>50</sup>.

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 paternalistiche<sup>51</sup>. 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 del figlio in crescita come di un soggetto altro da sé, di cui con le proprie cure si vuole favorire la fioritura. In questo senso è senz'altro 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<sup>52</sup>, non certo come un ostacolo da livellare attraverso l'imposizione delle proprie idee.

50. Come sembra ritenere per esempio Gaia Marsico (Marsico G. (2007), "L'etica della cura: un approccio femminista", in Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (a cura di), *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano, pp. 99-110, cfr. p. 100).

51. Anche in questo caso dissento da Marsico (*ibidem*).

52. Questo mi pare un aspetto di cruciale importanza della visione delle cure materne proposta da Ruddick, che non rende tali cure un modello per forza di cose inadatto a interpretare la vulnerabilità dell'altro, cui la cura si indirizza, nei termini della difficoltà di esprimere la propria differenza e dell'opacità dei bisogni di cura – elementi questi al centro della reinterpretazione dell'etica della cura di Caterina Botti (Botti C. (2018), *Cura e differenza*, cit.).

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.

### 3. Joan C. Tronto: la politica della cura

Un'altra voce di indubbio rilievo nella riflessione sulla cura è quella di Joan C. Tronto<sup>53</sup>. Già dal 1987 Tronto si inserisce nel dibattito con il suo articolo "Beyond Gender Difference to a Theory of Care"<sup>54</sup>, 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"<sup>55</sup>, 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"<sup>56</sup>.

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 miope che, da un lato, non fa che legittimare le relazioni di cura pre-esistenti (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

53. Joan C. Tronto (1952), filosofa politica femminista, ha insegnato per molti anni teoria politica e *women's studies* presso l'Hunter College (City University of New York). Attualmente è docente del College of Liberal Arts dell'Università del Minnesota.

54. Tronto J.C. (1987), "Beyond Gender Difference to a Theory of Care", cit.

55. Ivi, p. 658.

56. Ivi, p. 659.

rischi l'etica della cura deve inquadrarsi 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 impreveduti 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 è 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 di Tronto compare per la prima volta in un saggio del 1990 scritto con Berenice Fisher<sup>57</sup> e viene poi ripresa dall'autrice nei suoi articoli successivi e nella sua opera principale, *Moral Boundaries*<sup>58</sup> 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 perpetua l'oppressione nei confronti delle donne)<sup>59</sup>.

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<sup>60</sup>.

La cura è un certo tipo di impegno rivolto verso l'esterno (non autoreferenziale) che porta all'azione ed è quindi 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<sup>61</sup>. La cura può essere

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

58. Tronto J.C. (1993), *Moral Boundaries*, cit.

59. Fisher B., Tronto J.C. (1990), "Toward a Feminist Theory of Caring", cit., p. 37.

60. Ivi, p. 40.

61. La definizione parla infatti di "a species activity", dunque di "un'attività di specie" non di "una specie di attività" come è stata erroneamente tradotta in italiano la definizione contenuta in *Moral Boundaries* (svista segnalata da Botti C. (2018), *Cura e differenza*, cit.,

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 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 nuocciono alla qualità della cura stessa.

Tali riflessioni costituiscono il nucleo del contributo di Tronto all'etica della cura, caratterizzato dallo sforzo di chiarificazione concettuale e di indi-

p. 108). La definizione si trova a p. 118 dell'edizione italiana (Tronto J.C. (2006), *Confini morali*, trad. it. cit.).

viduare 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 democratico<sup>62</sup>. 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; 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. Questo è l'unico modo per realizzare cambiamenti politici e sociali ispirati all'antropologia sottesa all'idea di cura, un'antropologia che enfatizza l'interdipendenza, la vulnerabilità e i 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 una riflessione sulla cura di

62. Oltre a *Moral Boundaries*, cfr. soprattutto i suoi testi successivi: Tronto J.C. (2013), *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*, New York University Press, New York-London; Tronto J.C. (2015), *Who cares? How to Reshape a Democratic Politics*, Cornell University Press, Ithaca-London.

questo tipo, che la consideri dunque un ideale politico, è in grado di portare a un riconoscimento del valore del lavoro di cura e a una sua tutela, evitando il rischio di soffermarsi su 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 promotrice<sup>63</sup>. 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 fonda 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'etica<sup>64</sup>. 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 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 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 permette di 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 costituire un elemento fondante 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

63. Cfr. ad esempio: Tronto J.C. (2010), "Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose", *Ethics and Social Welfare*, 4/2, pp. 158-171, articolo in cui l'autrice si pone il problema di come valutare quali istituzioni sono in grado di offrire una cura di buona qualità.

64. Edwards S.D. (2009), "Three Versions of an Ethics of Care", cit.



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, come si è visto, 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.

#### 4. Eva Feder Kittay: cura e dipendenza

Un'altra autrice di grande rilievo nel panorama femminista della cura è Eva Feder Kittay<sup>65</sup>, che si è dedicata soprattutto alla condizione di dipendenza e al 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 principale<sup>66</sup>, 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,

65. Eva Feder Kittay, filosofa femminista, si è occupata di questioni di filosofia morale, sociale e politica, con particolare attenzione al tema della disabilità. È Distinguished Professor of Philosophy alla Stony Brook University (New York), dove insegna dal 1979.

66. 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. Si noti che la traduzione della prima parte del titolo non sembra rendere bene il senso dell'originale: il termine *labor* significa infatti "fatica", "sforzo", "duro lavoro", mentre l'italiano "cura" si associa a connotazioni per lo più positive (avendo perso quasi del tutto traccia dei significati più negativi che invece, come vedremo, erano inclusi nel termine latino). Poiché a Kittay interessa mettere in luce proprio il volto di Giano della cura e poiché l'analisi del faticoso lavoro che essa comporta è uno dei temi centrali della sua opera, sarebbe stato più efficace e corretto mantenere la venatura ossimorica dell'originale, traducendo ad esempio "La fatica dell'amore".

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. 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 disabilità<sup>67</sup> – 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: solo tramite il superamento dell'invisibilità della dipendenza è possibile arrivare a tutelare le persone dipendenti e – cosa non meno importante – 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 inevita-

67. 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 con un grave ritardo mentale. Riguardo il rapporto tra le risorse offerte dall'etica della cura e le rivendicazioni delle persone con disabilità cfr.: Kittay E.F. (2006), "The Concept of Care Ethics in Biomedicine", in Rehmann-Sutter C., Düwell M., Mieth D. (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", *APA Newsletter*, 6/2, pp. 3-7. In questi contributi l'autrice mostra come la prospettiva della cura sia in grado di favorire la richiesta di maggiore uguaglianza delle persone con disabilità grazie al riconoscimento della comune dipendenza che caratterizza tutti gli esseri umani in quanto tali.

bilmente dipendenti (come i neonati e i disabili gravi) per soddisfare bisogni che queste persone non sono in grado di soddisfare da sole<sup>68</sup>.

Tuttavia altrove<sup>69</sup> Kittay individua alcune caratteristiche della cura “generica” che può essere utile richiamare. Innanzitutto Kittay rileva un’ambiguità della cura, che ha un volto di Giano<sup>70</sup>: 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. Inoltre<sup>71</sup>, evidenza che con il termine “cura” ci si riferisce allo stesso tempo al *lavoro* e alla *fatica (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. 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 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<sup>72</sup>.

68. “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 dipendente perché troppo giovane, troppo malato, debole o fragile per gestire da solo la cura di sé quotidiana” (Kittay E.F., Jennings B., Wasunna A. (2005), “Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care”, *The Journal of Political Philosophy*, 13/4, pp. 443-469, citazione alle pp. 443-444).

69. Cfr.: Kittay E.F., Jennings B., Wasunna A. (2005), “Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care”, cit.; Kittay E.F. (2006), “The Concept of Care Ethics in Biomedicine”, cit.; Kittay E.F. (2009), “The Moral Harm of Migrant Carework”, *Philosophical Topics*, 37/2, pp. 53-73.

70. Kittay E.F. (2009), “The Moral Harm of Migrant Carework”, cit.

71. Kittay E.F. (2006), “The Concept of Care Ethics in Biomedicine”, cit.

72. Kittay E.F., Jennings B., Wasunna A. (2005), “Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care”, cit., p. 444.

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 (o, molto più spesso, ella) 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 questione essenziale: quella del fondamento della relazione di cura. Rifacendosi al modello della vulnerabilità di R.E. Goodin<sup>73</sup>, 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 proble-

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

ma 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 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<sup>74</sup>.

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<sup>75</sup> 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

74. Kittay E.F. (2010), *La cura dell'amore*, trad. it. cit., p. 195.

75. Cfr. Rawls J. (1971, 1999), *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge MA; trad. it. di U. Santini, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982, 2008.

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 crescente domanda di cura<sup>76</sup> 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 migrante<sup>77</sup>: 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 cura<sup>78</sup> 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 *doulia* 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 coincide con il prendersi cura di sé invocato da altre autrici, bensì chiama inevitabilmente in causa strutture sociali dedicate alla tutela dei lavoratori della cura.

76. Cfr. Kittay E.F., Jennings B., Wasunna A. (2005), "Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care", cit., in cui l'autrice mette alla prova le risorse offerte dall'etica della cura affrontando la questione delle cure a lungo termine.

77. Kittay E.F. (2009), "The Moral Harm of Migrant Carework", cit.

78. *Ibidem*.

Un ulteriore motivo di interesse, che 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. Focalizzarsi sullo stretto legame tra cura ed esistenza umana è 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 è più politico che morale, probabilmente a causa del forte orientamento alla critica sociale che caratterizza l'autrice.

In effetti, come nota N.C. McAfee<sup>79</sup>, 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 propone di abbandonare Rawls ma, come abbiamo visto, di apportare dei correttivi alla sua teoria. McAfee osserva 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 essa porta con sé non sono 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.

## 5. Virginia Held: l'etica della cura

L'ultima autrice che prenderò in considerazione in questo capitolo è un'altra filosofa femminista statunitense, Virginia Held<sup>80</sup>. Si tratta 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*<sup>81</sup> (1993) e *The Ethics of Care*<sup>82</sup> (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 – si focalizza sulla

79. McAfee N.C. (2001), "Book Review: 'Love's Labor' by E. Feder Kittay", *Metaphilosophy*, 32/3, pp. 344-350.

80. Virginia Held (1929), filosofa femminista statunitense, si è occupata di filosofia morale e politica; ha insegnato alla City University of New York per tutta la sua carriera, conclusa da Distinguished Professor.

81. Held V. (1993), *Feminist Morality*, cit.

82. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit.

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 agiustamento 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 e attenta al contesto, senza però cadere nel relativismo.

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, al di fuori di morale e politica. Questa netta divisione ha contribuito a bandire dall'orizzonte della filosofia esperienze fondamentali per l'esistenza umana, frettolosamente liquidate come prerogative femminili 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 morale<sup>83</sup>. Per Held entrambe queste opposizioni sono foriere di conseguenze negative, in quanto allo stesso tempo complici dell'oppressione nei confronti delle donne e concause dell'affermarsi di un certo riduzionismo in ambito morale.

83. Su questo tema specifico cfr. in particolare il sesto capitolo di Held V. (1993), *Feminist Morality*, cit.



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 sociali. Questa immagine del sé è uno dei principali obiettivi polemici 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 prospettiva<sup>84</sup>. 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) 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 uni-

84. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., p. 22.

versali 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<sup>85</sup>.

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<sup>86</sup>.

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

85. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, p. 14, enfasi mia.

86. *Ibidem*.

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 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 individuale<sup>87</sup>. 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<sup>88</sup>.

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 imparzialità<sup>89</sup>. Held condivide le critiche mosse dall'etica della cura a questo principio, ma spiega che tali critiche non vanno interpretate come aspirazione a eliminare completamente dal panorama morale questioni legate alla giustizia. Le femministe sono infatti le prime a riconoscere l'im-

87. 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.

88. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., p. 53.

89. 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.

portanza 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 fin da piccoli e che è alla base dell'esistenza umana: si può immaginare cura senza giustizia, ma non potrebbe esserci alcuna 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<sup>90</sup>.

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<sup>91</sup>.

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 non può costituire di per sé una teoria morale autonoma. Tuttavia ritiene che il dibattito sulla cura metta in luce una pratica, portatrice di valore, davvero fondamentale per l'esistenza umana e di cui la morale non può non tener conto. In questo senso la cura assume potenzialità rivoluzionarie, in grado di rovesciare alcuni capisaldi filosofici della tradizione occidentale. Questa forza innovatrice rende le riflessioni sulla cura

90. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., p. 100.

91. Ivi, p. 102.

perfettamente coerenti con l'ideale femminista, tanto che si può condividere con Held l'idea che le interpretazioni in chiave conservatrice dell'etica della cura sono infondate.

Se l'etica della cura possa essere solo femminista o meno è invece un'altra questione. Se è 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 ed è un peccato che essi siano stati presi in considerazione solo marginalmente dalle pensatrici femministe fin qui considerate. Alcune voci filosofiche differenti saranno esaminate nel prossimo capitolo; vorrei però prima soffermarmi sugli elementi emersi finora per un bilancio sull'etica della cura così come è nata e si è sviluppata nella riflessione femminista statunitense.

## 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, è opportuno tracciare un primo bilancio e sottolineare alcune acquisizioni.

Innanzitutto è emersa l'importanza di considerare l'etica della cura femminista nella sua complessità, in quanto soffermandosi solo su alcune opere iniziali<sup>92</sup> si finisce per dare una rappresentazione parziale 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 Noddings, *Caring*, dove in effetti l'autrice tende spesso a esaltare la relazione di cura con il rischio di idealizzarla. Tuttavia questa accusa risulta infondata se riferita all'eti-

92. Mi riferisco in particolare a Gilligan C. (1982), *In a Different Voice*, cit., e Noddings N. (1984, 2013<sup>2</sup>), *Caring*, cit., 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 problematicità di identificare una proposta etica con un saggio di matrice psicologica che, per quanto essenziale, non corrisponde al dibattito filosofico sul tema.

ca della cura in genere – e in parte ingenerosa nei confronti della 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 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 genere<sup>93</sup> 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 finisce per 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 da abusi chi presta le cure, in parte perché lo sfruttamento danneggia la relazione ed è quindi contrario alla cura stessa<sup>94</sup>.

Inoltre, tale accusa appare del tutto fuori bersaglio 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 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, 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, tuttavia essa possiede 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.

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.

93. Su questo tema cfr. Nelson H.L. (1992), "Against Caring", cit., e la relativa risposta di Noddings (Noddings N. (1992), "In Defense of Caring", cit.), oltre al *Review Symposium su Caring in Hypatia* 5/1 (1990), pp. 101-126 (in particolare i contributi di C. Card e della stessa N. Noddings).

94. Noddings riconosce tuttavia che servirebbe un'analisi più attenta del problema. Tale analisi dovrebbe tener 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 N. (1990), "A Response", *Hypatia*, 5/1, pp. 120-126).

## 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 tanto la voce della cura quanto 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.

Tuttavia la maggior parte delle autrici che sostengono un'etica della cura si è indirizzata 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”<sup>95</sup>. 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 cura pone alle teorie morali tradizionali. Per questo considerare l'etica della cura un'etica femminile, o un'etica per le donne<sup>96</sup>, appare a tratti una strategia volta a minimizzarne la portata<sup>97</sup>.

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*<sup>98</sup>. Questo aspetto della cura ha costituito un

95. Palazzani L. (2012), “L'etica della cura: percorsi filosofici declinati al femminile”, in Amato Mangiameli A.C. (a cura di), *Donne tra storia e politica*, Giappichelli, Torino, pp. 122-130, qui p. 129.

96. Come fanno H. Kuhse, P. Singer e M. Rickard (Kuhse H., Singer P., Rickard M. (1998), “Reconciling Impartial Morality and a Feminist Ethic of Care”, cit.).

97. Sospetto espresso per esempio in Laugier S. (2010), “L'éthique du *care* en trois sub-versions”, *Multitudes*, 42/3, pp. 112-125.

98. 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 soste-

problema per molte femministe<sup>99</sup>, 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 conquista del dibattito sulla cura<sup>100</sup> 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 ricorrente nel dibattito: quella del rapporto tra cura e giustizia.

## 6.2. Sul rapporto tra cura e giustizia

Anche la questione del rapporto tra cura e giustizia<sup>101</sup> nasce con *In a Different Voice* di Carol Gilligan, opera nella quale l'autrice individua due

riere che ciò che interessa maggiormente nelle cure materne è l'accudimento genitoriale, non esclusivamente la figura della madre – si pensi per esempio a Ruddick.

99. Cfr. Bubeck D. (1998), "Ethic of Care and Feminist Ethics", *Women's Philosophy Review*, 18, pp. 22-50.

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

101. Sul rapporto tra cura e giustizia segnalo in particolare: Card C. (1990), "Caring and Evil", cit.; Houston B. (1990), "Caring and Exploitation", *Hypatia*, 5/1, pp. 115-119; Nelson H.L. (1992), "Against Caring", cit.; Bubeck D. (1998), "Ethic of Care and Feminist Ethics", cit.; Carse A.L. (1998), "Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 153-169; Little M.O. (1998), "Care: From Theory to Orientation and Back", *Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 190-209; Veatch R.M. (1998), "The Place of Care in Ethical Theory", *Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 210-224; Kuhse H., Singer P., Rickard M. (1998), "Reconciling Impartial Morality and a Feminist Ethic of Care", cit.; Held V. (2006),



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. Per questo è importante distinguere i livelli a cui il discorso sul rapporto tra cura e giustizia può essere riferito; la mia analisi si articolerà quindi su tale distinzione, pur nella consapevolezza che si tratta di piani così strettamente interrelati che la separazione per certi versi può risultare artificiosa.

Un primo livello della discussione riguarda l'opposizione tra cura e giustizia come prospettive, approcci al ragionamento morale, così come 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'etica<sup>102</sup>. 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 deontologiche (in particolare quelle riconducibili alla tradizione liberale e il neokantismo) e le teorie consequenzialiste (in particolare l'utilitarismo nelle sue varie formulazioni). L'oppo-

*The Ethics of Care*, cit.; Nordhaug M., Nortvedt P. (2011), "Justice and Proximity: Problems for an Ethics of Care", *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 3-14.

102. Cfr. Little M.O. (1998), "Care: From Theory to Orientation and Back", cit.

sizione riguarda la rappresentazione dei principali aspetti della moralità ed è quindi alla base di due visioni molto diverse dell'etica. Kittay<sup>103</sup>, 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 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 pubbliche<sup>104</sup>. 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 configurano due paradigmi morali<sup>105</sup> 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 Held<sup>106</sup>, la quale sottolinea che il vero obiettivo polemico è la primarietà di solito riconosciuta alla giustizia rispetto alla cura. L'etica della cura non vuole quindi portare a una negazione *in toto* della prospettiva della

103. Cfr. Kittay E.F. (2006), "The Concept of Care Ethics in Biomedicine", cit.

104. 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.

105. Nel senso prima illustrato in riferimento a Gilligan.

106. Cfr. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., in particolare i capitoli 1, 4, 5, 6.

giustizia, bensì a un ridimensionamento dell'indebita espansione dell'individualismo liberale<sup>107</sup> 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 aspetto<sup>108</sup> Held<sup>109</sup> 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 ridimensionarne la portata e rivalutare criticamente la presunta assoluta priorità della giustizia in molti ambiti.

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

107. 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.

108. 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.

109. Cfr. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., capitolo 5.

stizia. 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<sup>110</sup>.

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<sup>111</sup>. Allo stesso tempo il ruolo di regole e principi universali viene riconosciuto: Held<sup>112</sup>, 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<sup>113</sup>.

110. Carse A.L. (1998), "Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory", cit., p. 166. 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 O. Little e Robert M. Veatch, peraltro curatori del fascicolo (*Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2 (1998), pp. 127-224).

111. La posizione degli imparzialisti è per lo più di negare che esista un conflitto tra le due prospettive, sostenendo che le preoccupazioni particolariste dell'etica della cura possono essere inglobate nelle etiche della giustizia senza difficoltà. Cfr. per esempio Kuhse H., Singer P., Rickard M. (1998), "Reconciling Impartial Morality and a Feminist Ethic of Care", cit. La questione verrà ripresa più avanti: cfr. *infra* cap. 2, § 3.2. Rimando comunque all'articolo di Carse appena citato (Carse A.L. (1998), "Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory", cit.) per un'efficace argomentazione a favore dell'originalità dell'etica della cura e della sua irriducibilità ad altri approcci morali.

112. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit.

113. Ivi, p. 102.

Anche a questo livello 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. Oltre a confermarsi la tendenza all'opposizione tra i due orientamenti, prevale 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 va menzionato non riguarda la dimensione formale – quindi cura e giustizia viste come diverse prospettive o teorie morali – ma si occupa di aspetti più di contenuto<sup>114</sup>, considerando cura e giustizia come due diversi valori o principi morali. A questo livello le cose cambiano, in quanto a prevalere non è la tesi di una netta opposizione tra cura e giustizia, bensì la tendenza ad 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 accuse<sup>115</sup> 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:

114. Bubeck suggerisce di suddividere la riflessione su cura e giustizia in questi due soli livelli: formale e di contenuto (cfr. Bubeck D. (1998), "Ethic of Care and Feminist Ethics", cit.).

115. Cfr. Card C. (1990), "Caring and Evil", cit., e Nelson H.L. (1992), "Against Caring", cit.

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, 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<sup>116</sup>.

A questo livello emerge così 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.

### 6.3. Etica della cura e filosofia morale

Dopo questa 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<sup>117</sup>.

Considerando in prima battuta la definizione di teoria morale<sup>118</sup> 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

116. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., p. 72.

117. 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 antiteorico sembra caratterizzare però solo la prima opera di Noddings – i cui limiti ho messo in luce in precedenza – mentre le altre autrici prese in considerazione non arrivano a mettere in questione tale aspetto della tradizione morale occidentale. Va tuttavia segnalata l'opera di Annette Baier che coniuga la critica alla teorizzazione morale (cfr. Baier A. (1985), *Postures of the Mind. Essays on Mind and Morals*, University of Minnesota Press, Minneapolis – in particolare il capitolo 12, intitolato “Doing Without Moral Theory?”) con riflessioni riconducibili a un'etica della cura (cfr. Baier A. (1995), *Moral Prejudices: Essays on Ethics*, Harvard University Press, Cambridge MA). Per una sintesi critica dei principali argomenti contro la teoria morale rimando a Mordacci R. (2003), *Una introduzione alle teorie morali*, cit., in particolare al paragrafo “Teoria e antiteoria” (pp. 35-46).

118. La discussione che segue si basa evidentemente su uno dei possibili modelli di riflessione filosofica sulla morale che, per quanto sia quello dominante, non è evidentemente l'unico. Per quanto non sia qui possibile affrontare un tema così complesso (per un'introduzione al quale si può utilmente consultare Donatelli P. (2019), “Modelli dell'etica”, in De Anna G., Donatelli P., Mordacci R., *Filosofia morale. Fondamenti, metodi, sfide pratiche*, Le Monnier Università, Firenze, pp. 36-60), questo aspetto va tenuto presente, perché l'obiettivo di molte autrici e autori della cura è proprio quello di offrire un ripensamento della morale. È un tema centrale, sul quale tornerò nel prossimo capitolo e, soprattutto, in quello conclusivo.

linguaggio morale, sia di ricerca di *criteri normativi* generali per orientare l'azione, sia di riflessione normativa su *problemi particolari*"<sup>119</sup>. 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 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 non riescono a configurarsi come vere e proprie teorie morali.

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 metaetica<sup>120</sup> e casistica, ma anche concentrandosi sulla sola etica normativa sorgono delle perplessità<sup>121</sup>. 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 fa 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 sono in parte legate a un progetto in divenire e nessuna delle autrici, a ben vedere, cerca di presentare la sua opera come una teoria esaustiva della cura. Inoltre, la vaghezza è il risultato della propensione critica dell'etica della cura, che nasce e continua a presentarsi in contrapposizione alla morale tradizionale "della giustizia".

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 fondamentale<sup>122</sup>, occupandosi di alcuni presupposti della teorizzazione etica, quali la visione dell'uomo e la considerazione di esperienze fondanti per

119. Mordacci R. (2003), *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 19.

120. Intesa soprattutto come analisi del linguaggio morale.

121. Cfr. Veatch R.M. (1998), "The Place of Care in Ethical Theory", cit.

122. Così la definisce per esempio Da Re (Da Re A. (2003), *Filosofia morale*, Mondadori, Milano, p. 131) che sottolinea inoltre come una riflessione morale di carattere fondamentale spesso necessiti "di sconfinare in una riflessione anche antropologica" (ivi, p. 153).

la morale stessa. Il modello della cura è infatti convincente nella misura in cui si richiama a un'esperienza umana universalmente condivisa e si riferisce a un'antropologia<sup>123</sup> ben precisa. Inoltre, 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”<sup>124</sup>. 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<sup>125</sup>.

Ciò che l'approccio della cura vuole mettere in questione è la legittimità di porre solo queste preoccupazioni al centro, 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*<sup>126</sup>, che propone una visione dell'uomo e delle relazioni opposta all'individualismo illuminista che ancora permea le teorie morali. 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 che hanno contribuito a promuovere, bensì invitare la riflessione morale a ripensare se stessa a partire da nuove

123. Vale forse la pena precisare che, in questa come in tutte le altre ricorrenze del termine “antropologia”, nel testo si fa riferimento all'antropologia filosofica, quindi all'indagine filosofica sull'uomo e le sue caratteristiche distintive, non all'antropologia culturale, disciplina che se ne distacca sia per la metodologia sia per l'oggetto di indagine.

124. Laugier S. (2010), “L'éthique du *care* en trois subversions”, cit., p. 116.

125. Little M.O. (1998), “Care: From Theory to Orientation and Back”, cit., p. 196.

126. Sull'approccio della cura come *Gestalt* e sul suo rapporto con la teoria cfr. Little M.O. (1998), “Care: From Theory to Orientation and Back”, cit., che, a partire dall'interpretazione di Gilligan, svolge riflessioni di grande rilievo per il dibattito sullo statuto dell'etica della cura.



enfasi, nuovi presupposti. La strada da percorrere è certo ancora lunga, ma va sottolineato 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.

## 2. Il dibattito attuale: snodi e questioni aperte

Il dibattito intorno al ruolo della cura in etica è ancora in corso e, negli anni, è arrivato a essere sempre più internazionale e a coinvolgere autori provenienti da tradizioni filosofiche molto diversificate tra loro, soprattutto nel contesto europeo<sup>1</sup>. Se questo processo da un lato indubbiamente arricchisce la riflessione sulla cura – offrendo anche basi più solide ad alcune intuizioni originarie –, dall'altro rende sempre più difficile parlare di *una* etica della cura, poiché si accentua ulteriormente il carattere di riflessione collettiva e multiforme a cui manca però il riferimento a tesi fondative chiaramente enunciate e condivise: una fra tutte, la definizione di cura.

Allo stesso tempo, l'estensione e la notevole articolazione del dibattito attuale rendono arduo offrirne una ricostruzione sistematica ed esaustiva. Questo non è comunque l'obiettivo del presente capitolo, che mira invece ad approfondire ulteriormente la ricognizione del dibattito sulla cura, individuando alcuni temi che rappresentano snodi teorici – di cruciale importanza – che sono ancora questioni irrisolte e/o particolarmente dibattute. Come si vedrà, molte di tali questioni aperte sono già parzialmente emerse nel primo capitolo, tuttavia ritengo opportuno discuterle più nel dettaglio, allargando lo sguardo anche a contributi di altra matrice filosofica (e geografica) rispetto al femminismo statunitense, con un particolare riguardo per il dibattito italiano.

Le tematiche di cui mi occuperò sono: la nozione di cura; le dimensioni antropologiche sottese al pensiero della cura; il rapporto tra etica della cura ed “epistemologia morale”.

1. Un interessante punto di partenza per esplorare questa diversità può essere il sito [ethicsofcare.org](http://ethicsofcare.org): per quanto si tratti di una fonte inusuale, offre una panoramica molto vasta sui contributi all'etica della cura, in particolare attraverso una sezione del sito dedicata alla presentazione (per lo più tramite interviste) dei *care ethicists* di tutto il mondo.

## 1. La nozione di cura

Un presupposto fondamentale di una proposta etica basata sulla cura è evidentemente la definizione di cosa sia la cura stessa, insieme al ruolo che essa dovrebbe ricoprire all'interno del proprio approccio alla morale. Ora, come si è visto nel capitolo precedente, non vi è una definizione sufficientemente condivisa e solida di cura: la definizione di Tronto – probabilmente la più citata – non risulta pienamente soddisfacente in quanto appare troppo vasta per essere significativa a livello etico.

Per approfondire questo presupposto essenziale del dibattito valorizzerò alcuni spunti che vengono dalla riflessione di W.T. Reich sulla storia del concetto di cura. Da un lato, tale storia mette in luce la sostanziale ambiguità della cura, ambiguità che conferma l'importanza di arrivare a una definizione più precisa per poter pensare di proporre la cura come concetto e/o pratica fondante per un'etica e, allo stesso tempo, come si vedrà, fa emergere il bisogno di appellarsi a una fonte del valore alternativa per poter discriminare le forme di cura buone. Dall'altro lato, l'analisi di Reich sottolinea il legame tra cura ed esistenza umana, tema che troviamo al centro della filosofia di M. Heidegger e in approcci contemporanei di matrice fenomenologica. Affrontare la dimensione esistenziale della cura è imprescindibile per l'etica della cura ma, allo stesso tempo, le riflessioni a livello ontologico offerte dalla fenomenologia sollevano criticità se trasposte sul piano etico.

### 1.1. W.T. Reich e la storia del concetto di cura

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. 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 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<sup>2</sup>. Reich individua infatti diversi modelli passati di cura che a suo parere possono influire e gettare luce sul dibattito attuale. La sua analisi, estremamente stimolante dal punto di vista

2. Reich W.T. (1995), “Care. I. History of the Notion of Care”, in Reich W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York, pp. 319-331. Tale voce è stata poi aggiornata per l'edizione più recente dell'*Encyclopedia*, in particolare con l'aggiunta di un paragrafo dedicato all'opera di Knud Løgstrup: cfr. Reich W.T. (2014), “Care. I. History of the Notion of Care”, in Jennings B. (ed.), *Bioethics. 4th edition*, Macmillan Reference, Farmington Hills, vol. 2, pp. 476-489.

intellettuale, risulta quindi un utile punto di partenza per ripercorrere la storia dell'idea di cura<sup>3</sup>.

Prima di procedere, è utile soffermarci sugli attuali significati del termine italiano “cura” che rivelano diversi legami con la storia ricostruita da Reich. Seguendo il vocabolario Treccani<sup>4</sup>, 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 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”<sup>5</sup>.

3. Va precisato che il percorso tracciato da Reich 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. L'analisi di Reich esclude dunque questo specifico insieme di significati.

4. Ho consultato la versione on-line: [www.treccani.it/vocabolario/cura/](http://www.treccani.it/vocabolario/cura/).

5. Manzoni A., *I promessi sposi*, Archimede Edizioni, Milano 1993, p. 24 (capitolo I, metà del secondo paragrafo).

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.

Proprio quest'ultimo significato ci riporta a una<sup>6</sup> delle conclusioni più importanti della ricostruzione di W.T. Reich, vale a dire l'intrinseca ambivalenza della cura, che è esattamente l'elemento che vorrei mettere a fuoco. Per questo, senza ripercorrere l'intero percorso tracciato da Reich, mi soffermerò sui due momenti che meglio mettono in luce il volto di Giano della cura.

### 1.1.1. 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 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<sup>7</sup>.

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

6. L'altra acquisizione che emerge dalla storia del concetto di cura riguarda il legame tra cura ed esistenza, che riprenderò nel prossimo paragrafo.

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

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 Virgilio<sup>8</sup>. 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 è 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<sup>9</sup>.

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*<sup>10</sup>. Non è questo il luogo per approfondire la tematica della cura di sé nel pensiero 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 tempo<sup>11</sup>, 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 Augusto<sup>12</sup>, chiamato il mito di Cura:

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

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

10. Foucault M. (2001), *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France 1981-1982*, Seuil / Gallimard, Paris; trad. it. M. Bertani, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2003.

11. Cfr. a tal proposito la lettera 15, in cui comunque Seneca afferma il primato della cura dell'animo: "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" (Seneca, *Lettere a Lucilio* (15, 1-2), cit., vol. I, p. 131).

12. 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.

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 possedeva finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami uomo, poiché è fatto di *humus*"<sup>13</sup>.

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 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 offrì il suo corpo] ch'ella riceva il suo corpo<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>.

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<sup>16</sup>.

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

14. Riportata in Reich W.T. (1996), "Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?", in Cattorini P., Mordacci R., Reichlin M. (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 231-254, qui p. 239.

15. Reich W.T. (2014), "Care. I. History of the Notion of Care", cit., p. 477.

16. Reich W.T. (1996), "Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?", cit., p. 240.

Reich ritiene che il riferimento a questa narrazione fondativa possa contribuire a dar forma a un'etica della cura, radicando la cura nella struttura dell'umano e non nel semplice sentimentalismo.

### 1.1.2. Goethe, il Faust e Cura

Un'altra 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<sup>17</sup>.

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 potere. 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 persino provare rimorso per il suo patto con il diavolo<sup>18</sup> 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.

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

18. "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" (ivi, pp. 319-320).



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

LA CURA: Voi, sorelle, non potete entrare, né vi è lecito. Ma la Cura per il buco della serratura entrerà. (*Sparisce*)<sup>19</sup>.

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 angosciosa 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?<sup>20</sup>

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<sup>21</sup>.

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*)<sup>22</sup>.

19. Ivi, p. 319.

20. Ivi, p. 320, enfasi mia.

21. Ivi, p. 321.

22. Ivi, pp. 321-322.

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 significativi che la vera essenza della cura consista nel suo essere inevitabilmente presente nella vita umana<sup>23</sup>.

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 notte e farsi sempre più fitta, ma nell’anima splende chiara la luce”<sup>24</sup> 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!<sup>25</sup>

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<sup>26</sup>.

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.

23. Dye E. (2009), “Sorge in Heidegger and in Goethe’s Faust”, *Goethe Yearbook*, 16/1, pp. 207-218.

24. Goethe W., *Faust*, cit., p. 322.

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

26. Reich W.T. (2014), “Care. I. History of the Notion of Care”, cit., p. 479.

### 1.1.3. L'ambivalenza della cura

Pur essendomi limitata a richiamare solo due dei luoghi di pensiero sulla cura presi in esame da W.T. Reich, mi pare indubbia la 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 emergono 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: il legame tra cura e condizione umana (su cui torneremo a breve) e la connotazione ambivalente della cura stessa.

Come abbiamo visto, la cura viene per lo più interpretata sia come sollecitudine, sia come preoccupazione angosciata. 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. In generale, dunque, il dato che emerge dalla ricognizione storica è quello di un'ambiguità della cura stessa.

Tale indicazione riveste grande interesse per il dibattito contemporaneo e conferma la necessità di compiere uno sforzo di chiarificazione concettuale. Da un lato, infatti, il termine “cura” può avere connotazioni negative – a differenza ad esempio della parola “sollecitudine”<sup>27</sup> – e, dall'altro, queste connotazioni sono giustificate da rischi insiti nelle pratiche di cura, rischi che le stesse autrici femministe hanno messo in evidenza. Essi sono correlati in particolare a situazioni in cui viene meno l'equilibrio della relazione e la cura diventa opprimente per il *cared-for* o per il *carer*. Queste situazioni non sono certo un modello di relazione interpersonale che possa essere proposto come ideale morale, e perciò è fondamentale per un'etica della cura definire cosa

27. Concetto al quale dedica spazio un pensatore come Paul Ricoeur, in particolare in *Sé come un altro*, dove la sollecitudine compare nel settimo studio (dedicato all'etica) come elemento che dispiega la dimensione relazionale della stima di sé, e poi nel nono studio sotto forma di *sollecitudine critica*, ossia la forma assunta dalla saggezza pratica quando si adopera per affrontare i conflitti che nascono nelle relazioni interpersonali tra l'universalità delle regole e la singolarità della vita personale (cfr. 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).

sia buona cura, o cura autentica<sup>28</sup>. È quello che cercano di fare molte autrici, proponendo – come si è già visto – alcuni criteri che permettono di distinguere la cura buona dalle sue forme “degenerate”. Si pensi alle fasi della cura individuate da Tronto, alle virtù delle cure materne descritte da Ruddick, o a un criterio che emerge nella maggior parte delle riflessioni sulla cura quale la presenza di un equilibrio tra cura di sé e cura dell’altro, e la sostanziale reciprocità della relazione. Tuttavia, mi pare che tali spunti non abbiano portato a una definizione sufficientemente accurata della cura – o delle relazioni di cura – che possa fungere da bussola etica. E, in ogni caso, da queste osservazioni è chiaro che, a meno di non accettare un esito contestualista estremo<sup>29</sup>, la cura di per sé non è una fonte credibile del valore per una teoria morale, in quanto c’è bisogno di ricorrere ad altri criteri per individuare le forme di cura che effettivamente possiamo considerare *buone*.

## 1.2. La cura come “esistenziale”: analisi in prospettiva fenomenologica

Un secondo tema che torna costantemente nelle riflessioni sulla cura, in modo più o meno esplicito, è il legame tra la pratica della cura e l’esistenza umana.

L’abbiamo già visto emergere nelle trattazioni femministe considerate nel primo capitolo per via del richiamo all’universalità dell’esperienza della cura, sia in vece di soggetti che di oggetti, e in virtù dell’enfasi sulla pervasività delle pratiche di cura nella nostra esistenza, pervasività alla base della definizione proposta da Tronto e già più volte richiamata.

Anche le fonti considerate da W.T. Reich, in particolare il mito di Cura di Igino e il *Faust* di Goethe, offrono importanti suggestioni in tal senso e per portare la riflessione sulla cura a un livello più profondo, fondativo. Invece che fermarsi a un’indagine di tipo psicologico-esperienziale – come tendono a fare le autrici femministe –, potrebbe infatti essere fruttuoso esaminare la cura da una prospettiva antropologico-esistenziale, seguendo la strada suggerita dal mito. Questa è in effetti la direzione che intraprende lo stesso Reich il quale, a partire dal mito di Igino, interpreta la cura come l’elemen-

28. Non tutti coloro che si occupano di etica della cura sarebbero d’accordo con questa affermazione. Cfr. ad esempio P. Paperman che in un suo saggio afferma: “non è possibile e forse nemmeno desiderabile fissare dei criteri della ‘buona cura’” (Paperman P. (2009), “D’une voix discordante: désentimentaliser le *care*, démoraliser l’éthique”, in Molinier P., Laugier S., Paperman P. (sous la direction de), *Qu’est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot & Rivages, Paris, pp. 89-110, citazione a p. 103).

29. Per cui il valore sarebbe del tutto dipendente dal significato che a ciascuna relazione di cura è attribuito dal *carer* (o dal *cared-for*). Cfr. in tal senso anche le osservazioni critiche di G. De Anna: De Anna G. (2019), “Etiche pratiche”, in De Anna G., Donatelli P., Mordacci R. (2019), *Filosofia morale*, cit., pp. 234-263, qui p. 248.

to caratterizzante la condizione umana. Valorizzare questa dimensione della cura, come una pratica che definisce in modo essenziale il nostro stare al mondo, è 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.

Questa prospettiva potrebbe essere riassunta nell'attribuzione alla cura di due caratteristiche principali: universalità e primarietà. 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 cure<sup>30</sup>.

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*<sup>31</sup>.

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 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 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

30. Cfr. Martinsen E.H. (2011), "Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye", *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 15-27, in particolare p. 17.

31. Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, p. 31, enfasi mia.

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"<sup>32</sup>.

Trovo che, come già detto, 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. Una trattazione del rapporto tra cura ed esistenza umana non può però prescindere dal contributo di una specifica scuola filosofica, quella fenomenologica, e in particolare dall'interpretazione heideggeriana sulla cura che vorrei ora riprendere, prima di rivolgermi ad altre elaborazioni contemporanee di stampo fenomenologico.

### 1.2.1. 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*.

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*

32. Ivi, p. VII.

*ontologico-esistenziale puro*. Esso non ha nulla a che vedere con tendenze d'essere di carattere ontico, del genere della preoccupazione o dell'incuranza<sup>33</sup>.

Come Heidegger chiarisce da subito, il termine va dunque inteso in “un senso ontologico-esistenziale puro”<sup>34</sup> 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<sup>35</sup>.

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”<sup>36</sup>.

Secondo Volpi, inoltre, con il termine *Sorge* “Heidegger intende riformulare in maniera non teoretica ciò che Husserl comprendeva come intenzionalità (fondamentalmente teoretica)”<sup>37</sup>, 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 della *Befindlichkeit* (situazione emotiva) tra gli esistenziali fondamentali, insieme a *Verstehen* (comprensione) e *Rede* (discorso).

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 essa possa “apparire strana”<sup>38</sup>. La testimonianza chiamata in causa è naturalmente il mito di Igino, che Heidegger commenta come segue:

33. Heidegger M. (1927), *Sein und Zeit*, Max Niemeyer Verlag, Tübingen; edizione italiana a cura di F. Volpi (sulla versione di P. Chiodi), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 2001, pp. 234-235 (§ 41), enfasi mia.

34. G.J. Stack sottolinea come da questa ontologizzazione del concetto di cura emerga tutta la distanza di Heidegger da Kierkegaard e dalla sua tematizzazione del concetto di interesse, un altro dei momenti della storia della cura presi in esame da Warren Reich (Reich W.T. (1995, 2014), “Care. I. History of the Notion of Care”, cit.). Cfr. Stack G.J. (1969), “Concern in Kierkegaard and Heidegger”, *Philosophy Today*, 13/1, pp. 26-35.

35. Volpi F. (1992), “L'esistenza come ‘praxis’. Le radici aristoteliche della terminologia di ‘Essere e tempo’”, in G. Vattimo (a cura di), *Filosofia '91*, Laterza, Roma-Bari, pp. 215-252, qui p. 245.

36. Fabris A., Cimino A. (2009), *Heidegger*, Carocci, Roma, p. 59.

37. Volpi F. (1992), “L'esistenza come ‘praxis’. Le radici aristoteliche della terminologia di ‘Essere e tempo’”, cit., p. 231.

38. Heidegger, *Essere e tempo*, trad. it. cit., p. 240 (§ 42).

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”<sup>39</sup>. 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*<sup>40</sup>.

Heidegger deriva dunque tre elementi principali dalla favola<sup>41</sup>: 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 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*<sup>42</sup>.

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<sup>43</sup>.

39. Heidegger in questo punto si richiama esplicitamente alla poesia di Herder, *Das Kind der Sorge* (Il bambino della Cura). Cfr. Herder J.G., *Werke in zehn Bänden*, vol. 3: *Volkslieder – Übertragungen – Dichtungen*, Deutscher Klassiker Verlag, Frankfurt am Main 1990, pp. 743-744.

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

41. Klonoski R.J. (1984), “‘Being and Time’ Said All at Once: An Analysis of Section 42”, *Tulane Studies in Philosophy*, 32, pp. 61-68, qui p. 63.

42. Ivi.

43. Volpi F. (1992), “L’esistenza come ‘praxis’. Le radici aristoteliche della terminologia di ‘Essere e tempo’”, cit., pp. 235-236.



L'ambiguità del termine cura risulta perciò particolarmente adatta a esprimere l'essenza di un ente caratterizzato dalla tensione tra autenticità<sup>44</sup> 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"<sup>45</sup>.

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<sup>46</sup>.

44. Sul problema dell'autenticità in *Essere e tempo* cfr. Martinez R. (1989), "An 'Authentic' Problem in Heidegger's 'Being and Time'", *Auslegung*, 15/1, pp. 1-20.

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

46. Ivi, p. 152 (§ 26).

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 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<sup>47</sup>.

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 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.

47. Ivi, p. 153 (§ 26).

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 ontologico<sup>48</sup>. 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 cura<sup>49</sup>. 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.

### 1.2.2. Da una fenomenologia a un'etica della cura?

La distanza appena richiamata tra la trattazione heideggeriana e le pratiche concrete di cura può almeno in parte spiegare il ruolo piuttosto limitato che l'elaborazione heideggeriana della *Sorge* ha avuto nel dibattito contemporaneo sulla *care ethics*, cosa che di primo acchito potrebbe stupire visto che è indubbiamente la trattazione filosofica più pregnante sul tema della cura. 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 pregna 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"<sup>50</sup>. Luigina Mortari<sup>51</sup>,

48. Su Heidegger e l'etica cfr. Olafson F.A. (1998), *Heidegger and the Ground of Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge, opera in cui l'autore sviluppa le implicazioni etiche del *Mitsein*.

49. Mi sembra che lo stesso Reich (Reich W.T. (1995, 2014), "Care. I. History of the Notion of Care", cit.) incorra a tratti nel rischio di semplificare troppo il discorso heideggeriano al fine di avvicinarlo al piano etico-normativo.

50. Bishop A.H., Scudder J.R. (1991), "Nursing as Caring", in Bishop A.H., Scudder J.R., *Nursing: The Practice of Caring*, National League for Nursing, New York, pp. 53-76, qui p. 61.

51. Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, cit.

per esempio, riprendendo Heidegger per giustificare la necessità ontologica della cura – che considera essere l’asse paradigmatico della pratica educativa – sottolinea 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 prevalgono 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<sup>52</sup>.

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 particolari valorizzazioni della cura utili a chi la voglia proporre come ideale, etico o pedagogico.

Proprio L. Mortari, tuttavia, elabora un’originale filosofia della cura basata sul metodo fenomenologico, che si nutre di riferimenti a Heidegger, ma allo stesso tempo ad autrici come Edith Stein e María Zambrano, oltre che al pensiero antico. In un testo del 2015, *Filosofia della cura*<sup>53</sup>, si trovano i risultati di una riflessione sulla teoria e le pratiche di cura durata anni, guidata dall’interesse per la pedagogia<sup>54</sup> – materia in cui l’autrice si è originariamente formata – e per le pratiche effettive di cura in ambiti (o, meglio, regioni fenomeniche) quali l’agire educativo e la cura infermieristica<sup>55</sup>. In Mortari si ritrovano molte delle tematiche centrali dell’etica della cura, innestate su uno sfondo ontologico, in quanto la cura viene considerata come tratto ontologico essenziale dell’esserci, come in Heidegger:

L’esserci, infatti, assume la propria esistenza avendone cura. Questo rapportarsi all’essere avendone cura è un esistenziale che ha il tratto della necessità, perché da subito e per tutto il tempo della vita l’essere umano, in quanto esistente, si trova a doversi occupare di sé, degli altri e delle cose<sup>56</sup>.

52. Ivi, p. 5.

53. Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano.

54. Cfr. ad esempio Mortari L. (2006), *La pratica dell’aver cura*, cit.

55. Tali pratiche sono state oggetto anche di indagini empiriche, in particolare attraverso uno studio qualitativo basato su interviste a quattro categorie di testimoni significativi della cura: infermiere/e, madri con figli in affido, educatori/trici, insegnanti. I risultati di tale indagine sono confluiti in Mortari L., Camerella A. (2014), *Fenomenologia della cura*, Liguori, Napoli, volume che combina la presentazione di questi risultati con la riflessione teorica sulla peculiarità dei diversi ambiti di cura.

56. Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, cit., p. 12.

L'autrice però, discostandosi da Heidegger, individua alcune direzionalità della cura che la portano a distinguere tre forme principali di cura, ciascuna definita da una precisa finalità:

C'è una cura necessaria per continuare a vivere, una cura necessaria all'esistere per dare corpo alla tensione alla trascendenza e nutrire l'esserci di senso, e una cura che ripara l'essere sia materiale sia spirituale quando il corpo o l'anima si ammalano. La prima è la cura come lavoro del vivere per preservare l'ente che noi siamo, la seconda è la cura come arte dell'esistere per far fiorire l'esserci, e la terza è la cura come tecnica del ram-mendo per guarire le ferite dell'esserci. La cura nella sua essenza risponde a una *necessità ontologica*, la quale include una *necessità vitale*, quella di continuare a essere, una *necessità etica*, quella di esserci con senso, e una *necessità terapeutica* per riparare l'esserci<sup>57</sup>.

L'analisi dell'autrice prosegue con grande acume e dettaglio e non intendo qui ripercorrerla passo passo. Mi preme solo richiamare alcuni elementi fondamentali della struttura argomentativa. Innanzitutto l'analisi delle caratteristiche ontologiche dell'esserci porta a mettere in luce da un lato la sua consistenza relazionale<sup>58</sup> e, dall'altro, la sua condizionatezza – che si articola nelle dimensioni della vulnerabilità, della fragilità e della debolezza ontologica e che spiega l'universale necessità di cura. La cura a sua volta viene definita come segue:

L'essenza della cura consiste nell'essere una pratica, che accade in una relazione, si attua secondo durate temporali variabili, è mossa dall'interessamento per l'altro, è orientata a promuovere il suo ben-esserci, e per questo si occupa di qualcosa di essenziale per l'altro<sup>59</sup>.

Con questa definizione, oltre a sottolineare la dimensione pratica, relazionale e temporale della cura, l'autrice esplicita il suo orientamento al bene, che rispecchia la tensione primaria dell'esistere: la ricerca di bene<sup>60</sup>. Si tratta di uno snodo cruciale: Mortari sottolinea l'importanza della domanda sul bene – negletta dalla filosofia morale da Kant in poi – rivolgendosi alla filosofia antica e in particolare al pensiero platonico e aristotelico. Questo elemento spiega dunque la dimensione etica della cura: “La cura nella sua essenza è etica poiché è informata dalla ricerca di ciò che è bene, ossia di ciò che rende possibile dare forma a una vita buona”<sup>61</sup>.

Segue un'interessante analisi del nocciolo etico della cura – arricchita dalla “datità esperienziale” ricavata dalle testimonianze di persone impegna-

57. Ivi, p. 35.

58. “Per l'essere umano vivere è sempre con-vivere” (*ibidem*).

59. Ivi, p. 80.

60. Ivi, p. 96.

61. Ivi, p. 116.

te in pratiche di cura –, che individua le posture dell’esserci che si impegna nella cura: sentirsi responsabili per l’altro, obbedire alla realtà<sup>62</sup>, agire con generosità, avvicinare l’altro con reverenza, avere coraggio. Non voglio però entrare nel dettaglio dell’esposizione di Mortari<sup>63</sup>, mentre mi preme mettere a fuoco il rapporto tra la sua filosofia della cura e un’etica della cura.

Mi pare che emerga nuovamente la difficoltà di basare un’etica della cura su una definizione della cura come esistenziale: se la cura è il nostro modo di stare al mondo, qualunque nostra azione è a essa riconducibile, sia le azioni a cui attribuiamo valore morale sia quelle a cui attribuiamo disvalore. Anche in Mortari mi sembra di cogliere un’oscillazione tra il significato di cura heideggeriano, generico (e potenzialmente ambivalente), e la definizione di una forma di cura *etica*, orientata al bene altrui e proprio – dimensioni d’altronde inseparabili a causa della natura relazionale dell’esserci. In Mortari prevale però la sottolineatura della tensione primaria al bene che caratterizzerebbe l’esserci, in un’ottica che fa pensare a una teleologia di stampo aristotelico. Un approccio teleologico sarebbe in effetti in grado di tenere insieme etica e ontologia, andando a individuare nell’esistere un’intrinseca tendenza al bene che permetterebbe di discriminare tra i comportamenti che la favoriscono e quelli che la ostacolano, arrivando però a configurare una fondazione ontologica dell’etica e aprendo la spinosa questione della problematicità di ricavare dall’essere un dover essere.

Senza addentrarci in una questione che impegna il dibattito filosofico da secoli, credo che si possa concludere che una riflessione etica sulla cura non può ignorare lo spessore di altre elaborazioni filosofiche in materia e, in particolare, la valorizzazione del ruolo centrale della cura nella vita umana. Tuttavia, anche le analisi fenomenologiche confermano la necessità – più volte richiamata – di chiarire *quali forme di cura siano espressione di un valore morale*. Spesso invece nelle descrizioni della cura non si presta sufficiente attenzione a individuare quelle specifiche relazioni di cura che hanno valore morale. Basti pensare ai riferimenti troppo generici al modello delle cure materne *tout court*, che mancano di chiarire quali elementi debbano caratterizzare l’accudimento genitoriale encomiabile, e alla definizione di Tronto<sup>64</sup>,

62. “La ragione sensibile, quella che feconda un agire di cura responsabile, è capace di un pensare che sa vedere la realtà e sa sentirla. Se sento nell’altro il bisogno di cura e penso la cura come qualcosa di essenziale, non avrò altra scelta che rispondere al bisogno di cura. Sentire e sapere l’essenziale mi obbliga a rispondere alla chiamata a esserci per l’altro. [...] Nella cura l’azione etica risponde a una necessità e il senso buono dell’agire non sta nel movimento non vincolato, ma in qualcosa di simile all’obbedienza: *obbedire al reale nella sua essenziale necessità*. Sono obbligata dalla necessità non perché rinuncio alla libertà, ma perché accetto di stare alla necessità e lo accetto perché ne so il valore” (ivi, pp. 138-139).

63. Per la quale rimando senz’altro alla lettura integrale del testo, incluso l’ultimo capitolo dedicato al farsi concreto dell’esperienza di cura e dunque ai modi d’esserci che possono essere considerati indicatori di cura.

64. Cfr. *supra*, cap. 1, § 3.

che non distingue tra il valore della cura nei confronti di un altro essere umano e nei confronti della propria abitazione. Pur condividendo la tesi della centralità delle pratiche di cura nella nostra esistenza, non si può non rilevare che riconoscere che il lavoro di cura abbia valore in tutte le sue forme non vuol dire ammettere che abbia sempre valore *morale*. In questo caso mi sembra che in Tronto la preoccupazione politica di difendere la dignità del lavoro di cura vada a scapito di una riflessione specificamente etica. È difficile pensare di difendere la tesi che qualunque relazione di cura, indipendentemente dal suo oggetto di attenzione, abbia lo stesso valore morale. Anche questo aspetto non mi pare sufficientemente elaborato nel dibattito<sup>65</sup>, che non ha dedicato molta attenzione al problema dello statuto morale: chi è l'altro il cui bisogno interpella la nostra responsabilità morale? Si tratta di una domanda ineludibile per una riflessione matura sulla cura<sup>66</sup>.

## 2. L'antropologia sottesa alla cura

Uno degli elementi emersi ripetutamente dalle analisi fin qui svolte è l'importanza del legame tra cura e antropologia. Come abbiamo appena visto è possibile pensare alla cura come una componente fondamentale dell'esistenza umana; e questo proprio in virtù di una visione antropologica che attribuisce all'essere umano alcune precise caratteristiche che giustificano la necessità delle pratiche di cura.

In quanto segue mi dedicherò innanzitutto all'esplicitazione di queste dimensioni antropologiche, spesso chiamate in causa nel dibattito sull'etica della cura, anche se raramente messe a tema individualmente. Riprenderò dunque anche idee delle autrici femministe esaminate nel primo capitolo, nel tentativo

65. Da segnalare tuttavia l'interesse di alcune proposte che coniugano la riflessione sulla cura alla tradizione personalista, ad esempio: Vanlaere L., Gastmans C. (2011), "A personalist approach to care ethics", *Nursing Ethics*, 18/2, pp. 161-173 (una versione precedente, ma in buona parte sovrapponibile, del saggio è stata pubblicata in italiano, cfr. Vanlaere L., Gastmans C. (2007), "L'etica della cura: un approccio personalista", in Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (a cura di), *L'etica della cura*, cit., pp. 111-130).

66. Questa domanda potrebbe peraltro costituire un'interessante chiave di lettura per esplorare il dibattito che riguarda l'espansione delle nostre responsabilità di cura: si è già citata la discussione in merito alla cura dell'altro distante, ma sono interessanti anche le proposte di applicare l'etica della cura alla nostra relazione con gli animali non-umani e l'ambiente. Non si tratta di proposte al centro del dibattito, e per questo qui non verranno affrontate, ma un approfondimento di questi temi potrebbe risultare proficuo anche per chiarire alcune ambiguità della cura di cui stiamo discutendo. Per un primo approccio cfr.: Engster D. (2006), "Care ethics and Animal Welfare", *Journal of Social Philosophy*, 37/4, pp. 521-536; Donovan J., Adams C. (2007, eds.), *The Feminist Care Tradition in Animal Ethics*, Columbia University Press, New York; Pulcini E. (2009), *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino; Laugier S. (2015), "Care, the Environment, and Global Ethics", *Cahiers du Genre*, 59/2, pp. 127-152.

però di assegnare loro un ruolo maggiormente pregnante, collocandole nella cornice di un'esplicitazione dei presupposti antropologici dell'etica della cura.

Questa scelta si basa 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-normativa<sup>67</sup>. Come è stato opportunamente osservato, 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”<sup>68</sup>, mentre proprio la dimensione della profondità antropologica potrebbe dimostrarsi necessaria per un suo pieno dispiegamento oltre che per la sua coerenza complessiva<sup>69</sup>. 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”<sup>70</sup>, nel senso ad esempio della cura che supporta la fioritura dell'uomo. Tale esplicitazione potrebbe non rivelarsi sufficiente, ma risulta di sicuro rilevante.

67. Tale esplicitazione è imprescindibile per C. Viafora (Viafora C. (2019), “La forza delle ragioni: teorie e metodi dell'argomentazione bioetica”, in Viafora C., Furlan E., Tusino S. (a cura di), *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano, pp. 57-78, cfr. p. 77). In effetti, già nel volume da lui curato insieme a R. Zanotti e E. Furlan dedicato all'etica della cura (Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (2007, a cura di), *L'etica della cura*, cit.), 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.

68. Mordacci R. (1996), “Brevi note critiche sull'etica della cura”, in P. Cattorini (a cura di), *Procreazione assistita e tutela del figlio*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 59-76, qui p. 73.

69. Ivi, p. 76.

70. Questa è per esempio la convinzione di L. Vanlaere e C. Gastmans (Vanlaere L., Gastmans C. (2007), “L'etica della cura: un approccio personalista”, cit.).



In ogni caso si tratta di uno dei temi centrali nella riflessione sulla cura, che viene sviluppato soprattutto attraverso la critica all'immagine individualistica e razionalistica del soggetto alla base degli approcci filosofici dominanti. Nei prossimi paragrafi mi soffermerò dapprima sulle dimensioni antropologiche enfatizzate dal pensiero sulla cura, mettendone in luce la rilevanza etica, per poi mettere a fuoco la critica all'immagine individualistica del soggetto, critica che proprio su tali dimensioni è basata.

## 2.1. *Vulnerabilità e interdipendenza*

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

Questa prospettiva si sviluppa innanzitutto in opposizione a un'altra concezione del soggetto, considerata irrealistica, che lo rappresenta essenzialmente 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 come troppo distante dalla realtà dell'esistenza umana e perciò dannosa. Molte autrici<sup>71</sup> sottolineano infatti i rischi di presentare come normale, e dunque potenzialmente normativa, l'immagine fittizia di un soggetto isolato e autonomo: si tratta di una visione astratta, che impedisce di vedere le persone per come sono, nella concretezza della loro esistenza. 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 apparentemente non all'altezza 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 abita 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 una prospettiva antropologica di questo tipo non è una prerogativa dell'etica della cura. Inoltre, l'etica della cura – almeno nelle sue formulazioni femministe – non elabora una prospettiva antropologica particolarmente strutturata, ma insiste soprattutto su alcuni tratti che l'immagine dominante del soggetto tende a mettere in ombra.

71. Cfr. ad esempio Dodds S. (2007), "Depending on Care: Recognition of Vulnerability and the Social Contribution of Care Provision", *Bioethics*, 21/9, pp. 500-510.

Dunque, come si diceva, l'uomo viene considerato in primo luogo un essere vulnerabile, e tale vulnerabilità si articola a diversi livelli<sup>72</sup>. La vulnerabilità è legata, da un lato, alla nostra esistenza corporea – che comporta la possibilità di subire danni fisici (come qualunque oggetto) e il nostro essere soggetti alla malattia e alla morte (come qualunque essere vivente) – e, dall'altro, alla dimensione sociale ed emotiva della nostra esistenza che (come molti altri animali non umani) ci rende suscettibili anche a livello emotivo e anche alle relazioni con gli altri. A.L. Carse individua però la specificità della vulnerabilità propriamente umana nella possibilità di essere esposti all'indebolirsi e al venir meno del senso del proprio valore e del rispetto che riconosciamo a noi stessi o, in altre parole, nel rischio di perdere la percezione della propria dignità. Allo stesso tempo le esperienze che ci rendono più vulnerabili sono quelle che colpiscono le disposizioni alla base della nostra *agency*: la sofferenza, la malattia, il lutto possono disorientarci e farci perdere la consapevolezza di chi siamo, la nostra identità.

A Carse preme però mettere in luce come di fatto la nostra vulnerabilità<sup>73</sup> sia in buona parte legata alle stesse caratteristiche, e all'apertura alle esperienze, che rendono possibile il nostro pieno fiorire come esseri umani<sup>74</sup>. Dunque si tratta di una dimensione con cui dobbiamo fare i conti e che dovremmo poter accettare:

Permetterci di *essere vulnerabili* è indispensabile per amare ed essere amati, per prendersi cura ed essere accuditi, e per giocare, esplorare e crescere in modi che rinforzano e rendono vitale la nostra *agency* effettiva<sup>75</sup>.

La nostra condizione di vulnerabilità non va quindi condannata, ma allo stesso tempo nemmeno enfatizzata eccessivamente: l'atteggiamento più opportuno consiste nel suo riconoscimento e nella sua accettazione, onde evi-

72. Seguo l'articolazione proposta da: Carse A.L. (2006), "Vulnerability, Agency, and Human Flourishing", in Taylor C., Dell'Oro R. (eds.), *Health and Human Flourishing*, Georgetown University Press, Washington D.C., pp. 33-52.

73. Condizione che con Paul Valadier (cfr. Valadier P. (2011), "Apologie de la vulnérabilité", *Études*, 414/2, pp. 199-210, qui p. 200) distinguerei da fragilità e precarietà: si tratta per alcuni versi di esperienze analoghe, 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.

74. "While our flourishing can be imperiled by our vulnerability, it also *requires us to be vulnerable* – that is, our flourishing is in crucial ways *constituted by vulnerability*" (Carse A.L. (2006), "Vulnerability, Agency, and Human Flourishing", cit., p. 35).

75. Ivi, p. 48.

tare che essa ci schiacci o che di essa si arrivi a compiacersi<sup>76</sup>. 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”<sup>77</sup>. 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 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”<sup>78</sup>.

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, pertanto è 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 ricono-

76. Due rischi individuati dallo stesso Valadier (Valadier P. (2011), “Apologie de la vulnérabilité”, cit., p. 205).

77. Palazzani L. (2012), “L'etica della cura: percorsi filosofici declinati al femminile”, cit., p. 129.

78. Kittay E.F. (2003), “La condizione del disabile: pari dignità, pari cura”, *Concilium*, 2, pp. 142-157, qui p. 153.

scimento 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”<sup>79</sup>.

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: a differenza di quanto spesso si è portati a credere, in realtà dipendenza non è il contrario di autonomia<sup>80</sup>. 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 al di fuori dei legami<sup>81</sup>. 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.

## 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 liberale<sup>82</sup>. 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.

79. Ivi, p. 157.

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

81. Cfr. Verkerk M.A. (2001), “The Care Perspective and Autonomy”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4/3, pp. 289-294.

82. Cfr. Held V. (2006), *The Ethics of Care*, cit., pp. 13-14.

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”<sup>83</sup>.

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 ricca 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 è di proporre l’immagine di un soggetto sradicato dai fattori che invece costituiscono la sua stessa soggettività, un soggetto astratto al punto di rasentare il vuoto<sup>84</sup>. Al contrario, 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 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 e che sole ne permettono la piena fioritura.

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 nel 2000 di un volume collettivo sul tema<sup>85</sup>, si è diffuso nel dibattito il riferimento alla cosiddetta “autonomia relazionale” (*relational autonomy*). Questa espressione non si riferisce a una specifica concezione di autonomia,

83. Ivi, p. 14.

84. Cfr. ad esempio la critica di S. Benhabib ai limiti di un’universalità basata sull’astrazione dalla concretezza delle differenze che ci definiscono (cfr. Benhabib S. (1987), “The Generalized and the Concrete Other: The Kohlberg-Gilligan Controversy and Feminist Theory”, in Benhabib S., Cornell D. (eds.), *Feminism as Critique. On the Politics of Gender*, University of Minnesota Press, Minneapolis, pp. 77-95). 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 P. (2003), “Democrazia di cittadini senza ‘Sé’?”, in Pavan A. (a cura di), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un’idea*, il Mulino, Bologna, pp. 293-312).

85. Mackenzie C., Stoljar N. (2000, eds.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, New York.

ma abbraccia diversi tentativi di riconcettualizzare l'autonomia in modo non eccessivamente individualistico e razionalistico, a partire dalla

[...] convinzione 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<sup>86</sup>.

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 in sé, ma piuttosto che esse indichino la necessità di ripensarlo. Questo ripensamento dovrebbe avvenire attraverso una concezione più completa e realistica dell'agente autonomo, in quanto l'autonomia dovrebbe essere pensata come “una caratteristica di agenti che sono creature emotive, incarnate, desideranti, creative e sensibili, oltre che razionali”<sup>87</sup>. 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 andrebbe 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 Pettersen<sup>88</sup> potremmo definire un'ontologia relazionale. Per quanto tutti gli approcci legati alla cura condividano l'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 a partire da tradizioni filosofiche diverse. Così, anche la tesi della relazionalità può essere ricondotta a diversi modelli dell'interazione umana: per esempio Eva Skærbæk<sup>89</sup> la interpreta a partire dall'etica dell'interdipendenza ontologica di Løgstrup; Per Nortvedt<sup>90</sup> la ricollega all'etica metafisica di Lévinas; mentre Linus Vanlaere e Chris Gastmans<sup>91</sup> utilizzano la tradizione personalista di Lovanio nelle formulazio-

86. Ivi, p. 4.

87. Ivi, p. 21.

88. Pettersen T. (2011), “The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications”, *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 51-64.

89. Skærbæk E. (2011), “Navigating in the Landscape of Care: A Critical Reflection on Theory and Practise of Care and Ethics”, *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 41-50.

90. Nortvedt P. (2003), “Levinas, Justice and Health Care”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6/1, pp. 25-34.

91. Vanlaere L., Gastmans C. (2011), “A personalist approach to care ethics”, cit.

ni di L. Janssens e J. Selling. Non intendo qui soffermarmi su questi modelli; ciò che mi premeva era mettere in luce gli aspetti principali della tesi della relazionalità 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.

### 2.3. La critica all'individualismo

Dopo aver messo a tema le tre componenti antropologiche che più spesso ricorrono nel dibattito sulla cura, vorrei ora tornare sulla critica all'idea di soggetto che viene considerata dominante a partire dalla modernità: l'individualismo. Questa critica<sup>92</sup> è già emersa a più riprese nel testo<sup>93</sup>, anche se con sfumature leggermente diverse. Si è già visto come l'enfasi sull'indipendenza e la razionalità quali caratteristiche predominanti del soggetto<sup>94</sup> sia accusata di portare a una rappresentazione non solo poco veritiera dell'essere umano, ma allo stesso tempo foriera di conseguenze negative sul piano morale e politico. Questi sono in effetti i livelli su cui si muove la critica: l'inaccuratezza del modello liberale e la sua scarsa apprezzabilità da un punto di vista morale<sup>95</sup>.

92. Va ricordato che la critica all'individualismo moderno – e in particolare liberale – non è certo una prerogativa degli approcci basati sulla cura; lo stesso vale per l'enfasi su alcuni tratti antropologici che tale individualismo mette in ombra. Come è noto, una delle prospettive critiche più influenti viene dalla riflessione comunitarista: cfr. in particolare 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); Sandel M. (1982), *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. it. di S. D'Amico, *Il liberalismo e i limiti della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1994); Taylor C. (1989), *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Harvard University Press, Cambridge MA (trad. it. di R. Rini, *Radici dell'io. La costruzione dell'identità moderna*, Feltrinelli, Milano 1993). Tuttavia, va precisato come l'etica della cura consideri la propria critica alternativa rispetto a quella del comunitarismo, soprattutto per due ordini di motivi. Da un lato, la critica comunitarista sembra basata sulla difesa di una tesi metafisica che enfatizza la natura sociale dell'individuo invece che sulla giustificazione del perché una concezione adeguata del soggetto morale dovrebbe riflettere l'importanza delle sue relazioni e delle sue peculiarità. Dall'altro, il ruolo attribuito dal comunitarismo alla società è estremamente problematico per la riflessione femminista, in quanto non sembra offrire strumenti per poter assumere una posizione critica rispetto alle dinamiche oppressive che plasmano la società stessa e non appare in grado di tutelare la pluralità e la differenza che pure contraddistinguono i componenti di qualunque comunità. Per una problematizzazione della critica comunitarista all'individualismo liberale cfr. Carse A.L. (1994), "The Liberal Individual: A Metaphysical or Moral Embarrassment?", *Noûs*, 28/2, pp. 184-209.

93. Oltre alle pagine precedenti, cfr. *supra*, cap. 1, §§ 4-5.

94. Elementi che vengono considerati accomunare la tradizione liberale, quella utilitaristica e il kantismo.

95. Cfr. Held. V. (2006), "Liberalism and the Ethics of Care", in Held. V, *The Ethics of Care*, cit., pp. 76-89, in particolare pp. 80-83. A.L. Carse sottolinea la centralità della seconda

Sul piano morale la concezione individualista porta, sia dal punto di vista teoretico sia concreto, a concepire aspetti fisiologici della nostra esistenza derivanti dalla nostra vulnerabilità come marginali – o perfino anormali – privandoci degli strumenti per affrontarli e rischiando di acuire la vulnerabilità dei soggetti che li esperiscono:

Riconoscere la vulnerabilità umana significa affrontare apertamente la nostra finitudine, il nostro essere incarnati, la nostra profonda interdipendenza e influenzabilità morale in modi che dimostrano la falsità di un'immagine di cui siamo prigionieri – un'immagine che, con un'espressione del filosofo Norman Care, chiamerei opinione comune, o *mito*, dell'“agente in controllo”. È, in parte, a causa del nostro investimento in questo “mito” che subiamo un oltraggio nella malattia, che ci sentiamo umiliati dalla dipendenza, e che (a volte) reagiamo con paura, avversione e disprezzo di fronte alla sofferenza altrui<sup>96</sup>.

Anche sul piano politico, il mancato riconoscimento teorico della centralità della vulnerabilità, come caratteristica intrinseca e ineliminabile dei soggetti che costituiscono la comunità politica, porta a implicazioni che minano alla radice le nostre aspirazioni all'uguaglianza e alla democrazia. Questo perché, per quanto si tratti di una dimensione inevitabile dell'esistenza umana, essa non solo tocca in modo diverso la vita di ciascuno di noi ma ha allo stesso tempo un impatto variabile che dipende anche dalla qualità e quantità delle risorse che possediamo<sup>97</sup>.

Mi pare valga la pena dedicare maggiore attenzione a questo tema che emerge dal pensiero della cura, vale a dire quello della critica all'individualismo, perché vi si intrecciano gli elementi che maggiormente caratterizzano la *care ethics*: la critica al pensiero filosofico dominante a partire dalla valorizzazione di componenti ed esperienze che esso trascura, aspetti che appaiono legati al vissuto femminile<sup>98</sup> e che portano a enfatizzare l'importanza delle relazioni e dei legami come elementi costitutivi della nostra identità e di una vita pienamente vissuta.

Per farlo vorrei riprendere alcuni aspetti della riflessione di Elena Pulcini, filosofa sociale che è arrivata a occuparsi di cura a partire dalle sue ricerche sull'individualismo e il legame sociale, sul ruolo delle passioni e la soggettività femminile, sulla filosofia del dono. Ciò permetterà di dar voce a un'autrice che partecipa al dibattito sulla cura contemporaneo offrendo uno sguardo che si nutre di riferimenti filosofici più ampi di quelli finora considerati. L'interesse di questo percorso deriva poi dal fatto che esso muove da premesse diverse da quelle del dibattito sull'etica della cura: il punto di partenza non

accusa: quella di inadeguatezza morale del modello del soggetto proposto dal liberalismo (cfr. Carse A.L. (1994), “The Liberal Individual: A Metaphysical or Moral Embarrassment?”, cit.).

96. Carse A.L. (2006), “Vulnerability, Agency, and Human Flourishing”, cit., p. 35.

97. Cfr. Fineman M.A. (2008), “The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition”, *Yale Journal of Law and Feminism*, 20/1, pp. 1-24.

98. Come si è visto, non per ragioni sostanziali, ma a causa di dinamiche storiche e sociali.



è una possibile visione alternativa della morale che emerge dalla differenza della voce femminile, bensì le patologie dell'individualismo contemporaneo tra cui, in particolare, la perdita del legame sociale e del rapporto con l'altro. L'analisi di Pulcini si colloca quindi a livello antropologico e sociologico più che morale, e per questo mi pare possa offrire un contributo prezioso per approfondire la discussione della questione qui in esame.

In *L'individuo senza passioni*<sup>99</sup>, l'autrice propone una ricostruzione dell'evoluzione dell'idea di individuo a partire dal momento della sua nascita in epoca moderna fino all'età contemporanea. Ciò che le interessa mettere in luce è il rapporto tra la configurazione antropologica dell'individuo e, da un lato, le forme di legame sociale che essa rende possibili, ma soprattutto, dall'altro, le passioni che ne sono alla base.

L'individuo nasce nella prima modernità ed è da subito caratterizzato da un'intrinseca ambivalenza "tra desiderio di auto-affermazione e senso di sradicamento"<sup>100</sup>: se per un verso il singolo vede riconosciuto in modo inedito il suo valore, così come quello dei suoi bisogni e dei suoi desideri, rispetto all'interesse della comunità, per altro verso si configura anche la consapevolezza del proprio stato di mancanza e della sostanziale impossibilità di appagare i propri desideri e aspirazioni. Le passioni dominanti sono proprio l'aspirazione verso il più e verso l'accumulazione senza fine di beni e ricchezze (passione acquisitiva) e il desiderio di ottenere un riconoscimento del proprio valore e dello *status* sociale raggiunto (passione dell'io). Queste due passioni definiscono l'*homo æconomicus* che, pur concependo l'altro come un rivale nella corsa al potere o un nemico nella lotta per la sopravvivenza, è di fatto intrinsecamente relazionale e societario, poiché sente il bisogno di un ordine sociale e politico che gli garantisca l'autoconservazione (Hobbes) e la tutela della libertà e della proprietà (Locke). Il legame sociale ha quindi una chiara funzione, anche se resta puramente strumentale – in quanto necessario alla conservazione e all'affermazione dell'io.

Il legame sociale entra in crisi invece con l'affermarsi dell'io postmoderno, le cui radici si possono far risalire con Tocqueville all'avvento della democrazia: l'uguaglianza alimenta in modo inedito la passione del benessere

[...] riducendola a un edonismo febbrile e mediocre, fatto di desideri fluttuanti e senza oggetto, che assorbe le energie dell'io veicolandole tutte nell'ansiosa ricerca di un successo inafferrabile e causandone la smobilitazione dalla vita pubblica e sociale<sup>101</sup>.

Si afferma così l'*homo democraticus*: un io isolato, sempre più distante dal mondo, dalla vita pubblica e dall'altro, verso il quale prevale l'indiffe-

99. Pulcini E. (2001), *L'individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Bollati Boringhieri, Torino.

100. Ivi, p. 21.

101. Ivi, p. 15.

renza<sup>102</sup>. Pulcini vede una sostanziale continuità tra le dinamiche descritte da Tocqueville nell'Ottocento e la soggettività narcisistica descritta dalla riflessione contemporanea “quale forma ultima e radicale dell'individualismo moderno”<sup>103</sup>. Al giorno d'oggi l'altro rischia di essere solo lo specchio della proiezione narcisistica di un io ormai apatico, l'*homo psychologicus*, e il legame sociale svanisce in sterili interazioni regolate dal contratto.

Si vede qui come la critica ai limiti, o patologie, dell'individualismo contemporaneo sia del tutto in linea con quella che caratterizza l'etica della cura. Ma, ciò che è più interessante, è che la consonanza emerge a pieno nel momento in cui Pulcini prova a offrire un'alternativa ai limiti dell'individualismo contemporaneo, indagando la possibilità di riconoscere all'interno della stessa struttura emotiva dell'individuo una risposta a tali derive. Tale risposta viene dalla passione dell'altro, da un desiderio di legame autentico, non solo strumentale, che sembra nonostante tutto caratterizzare l'io e che emerge nella dinamica del dono: uno scambio simbolico che si colloca a metà strada tra interesse e gratuità, e che presuppone una fiducia nel legame sociale e la capacità di accettare l'incertezza. Il dono instaura forme di legame che rimandano “al riconoscimento di una mancanza che riattiva il desiderio di appartenenza e lo traduce in atti concreti, personalizzati, attenti alla differenza e all'unicità dell'altro”<sup>104</sup>. Un altro che appare come costitutivo dell'io e lo chiama a una responsabilità concreta e contestuale del tutto simile a quella che si realizza nella cura e viene messa a tema a partire da C. Gilligan<sup>105</sup>.

La trasformazione dell'individuo contemporaneo in *homo reciprocus* appare possibile, ma certo difficile; potrebbe derivare dall'elaborazione di esperienze che ci mettono di fronte alla nostra debolezza, da ferite che aprano fessure nella crisalide narcisistica e in tal modo ci dispongano ad accogliere l'alterità. Tuttavia, Pulcini estende la sua analisi soffermandosi sul modo in cui, a partire dalla modernità, è stata concettualizzata la soggettività femminile<sup>106</sup> che, per molti versi, rappresenta un modello antropologico alternativo che tende a considerare l'altro presupposto e fondamento della propria identità.

102. “Si delinea un desolante scenario di atomi irrelati, ciascuno preoccupato unicamente del proprio interesse e geloso della propria indipendenza, e per questo artefice della propria solitudine: uno scenario di *vicini senza prossimità*, capaci solo di dar vita a una interazione senza legame” (ivi, pp. 143-144).

103. Ivi, p. 158.

104. Ivi, p. 225.

105. *Ibidem*.

106. Cfr. Pulcini E. (2003), *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, Bollati Boringhieri, Torino. Si tratta di una raccolta di scritti che affrontano da vari punti di vista “il problema del ‘soggetto’ ripensato alla luce della ‘differenza’ femminile” (ivi, p. VII). Segnalo in particolare la parte seconda (“Soggetto femminile e patologie della modernità”) e la terza (“Dono, cura, responsabilità”).

Ossessionato dall'autoconservazione, dall'autonomia, dall'autorealizzazione, l'individuo moderno ha rimosso fin dalle origini questa dimensione [quella dell'alterità come costitutiva del sé]. Le ha negato ogni statuto pubblico e morale, relegandola nei confini di uno spazio circoscritto e privato dove non potesse interferire con la sua autoaffermazione; e l'ha proiettata su coloro che di quello spazio sono state a un tempo prigioniere e protagoniste: le donne. Alle donne, come sappiamo, è stata affidata la cura dell'altro, la tessitura quotidiana del mondo intimo della reciprocità e dello scambio affettivo, nel quale *esse hanno costruito la loro identità sulla consapevolezza della imprescindibile esistenza dell'altro*. Ciò che è stato causa della loro debolezza, intesa come esclusione dal mondo pubblico e negazione dell'autonomia di soggetti, è oggi anche la radice della loro forza, in quanto le rende le principali depositarie di possibilità non attualizzate, di nuovi paradigmi che consentano di uscire dalla forbice perversa dell'individualismo moderno<sup>107</sup>.

Ancora una volta troviamo temi cari al femminismo, quali la critica della separazione tra vita pubblica – regno dell'uomo, della ragione e dell'universale – e vita privata – rifugio della donna, del sentimento<sup>108</sup> e del particolare. Ma, soprattutto, la soggettività femminile emerge come un'alternativa al modello antropologico dominante<sup>109</sup>, proprio come la voce morale femminile in Gilligan suggerisce una differenza rispetto all'etica *mainstream*. In entrambi i casi la “novità” del femminile si ricollega a una capacità di farsi interpellare dall'altro e di coltivare le relazioni come dimensione fondamentale della propria identità e di una vita pienamente vissuta.

Attraverso questo *excursus* antropologico, che si è soffermato dapprima su alcune caratteristiche del soggetto e poi sulle criticità dell'individualismo contemporaneo, si arriva a toccare uno dei centri nevralgici, se non proprio il cuore, del pensiero della cura. Questa proposta antropologica, infatti, non solo invita a rappresentare in modo più accurato il soggetto, ma ha importanti conseguenze sul piano etico perché descrivendo alcuni tratti salienti della natura umana ne fa emergere il rilievo morale.

Un'antropologia di questo tipo, in effetti, porta con sé alcune tesi rilevanti per l'etica, in quanto non solo propone una visione del soggetto morale come intrinsecamente relazionale, naturalmente legato ad altri soggetti e inserito in pratiche di cura ma, allo stesso tempo, supporta la tesi che queste dimensioni della vita umana siano portatrici di valore morale e debbano essere adeguatamente considerate da qualunque teoria etica. Mostrare come la

107. Ivi, pp. 126-127.

108. Pulcini nota come alla donna è però negata la dimensione della passione, che con la sua carica perturbante non è conciliabile con i sentimenti dell'amore coniugale e materno che devono animare il focolare domestico. Si tratta di una mutilazione dell'identità femminile che le nega la dimensione dell'autenticità. Cfr. in particolare il cap. 4 (ivi).

109. Sulla nascita e lo sviluppo dell'idea di individuo autonomo come rappresentazione dell'ego maschile, e sul suo rapporto con le teorie del contratto sociale, cfr. anche Benhabib S. (1987), “The Generalized and the Concrete Other: The Kohlberg-Gilligan Controversy and Feminist Theory”, cit.

vulnerabilità faccia parte della nostra esistenza e, per questo, ci esponga al rischio di vedere minacciata la nostra identità e smarrire il senso della nostra dignità – compromettendo anche le caratteristiche che tradizionalmente sono state riconosciute come costitutive del peculiare valore dell’essere umano –, oltre a impedirci di portare a piena fioritura la nostra vita, porta evidentemente a giustificare come le pratiche (di cura) volte a contenere questi rischi e alleviare il peso dei momenti difficili dell’esistere abbiano precipuo valore morale<sup>110</sup>. Enfatizzare il valore costitutivo delle relazioni per lo sviluppo della nostra soggettività e per la pienezza della nostra vita porta, per esempio, a considerarle un elemento degno di tutela, che non può essere messo tra parentesi nel momento della deliberazione morale, e a ripensare al ruolo delle relazioni stesse nel dar forma alla nostra autonomia.

Il modello dell’agente razionale astratto viene inoltre messo radicalmente in discussione in quanto troppo distante dalla realtà e inadeguato come modello del soggetto morale a cui tendere. Per la prospettiva della cura, come si è visto, è fondamentale “arricchire” tale ideale astratto e valorizzare maggiormente come parte del punto di vista morale anche la dimensione emotiva e la particolarità contestuale che sempre caratterizzano l’agire<sup>111</sup>.

Inoltre, la prospettiva della cura 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 mero rispetto<sup>112</sup>.

110. E, allo stesso tempo, debbano essere riconosciute e supportate anche a livello sociale e politico, proprio per la loro centralità etica.

111. Si tratta di due temi centrali nel dibattito sulla cura a cui mi dedicherò nel prossimo paragrafo.

112. La categoria morale del rispetto meriterebbe evidentemente una trattazione a parte, che non è qui possibile integrare. Per gli scopi della presente analisi, ciò che conta è mettere in luce la possibilità che la cura (intesa nel senso positivo di una sollecitudine che si traduce in azione) rappresenti una categoria alternativa al rispetto, soprattutto se quest’ultimo viene inteso in senso passivo, con il rischio di sconfinare nel disinteresse e nell’indifferenza per l’altro. R. Mordacci ritiene che “cura” sia “uno dei possibili nomi del rispetto attivo” che, a sua volta, “è l’ideale della compartecipazione per il fiorire della vita umana” (Mordacci R. (2012), *Rispetto*, Raffaello Cortina, Milano, p. 35). Tuttavia, egli considera fondante del rispetto una dinamica gerarchica, in quanto “il rispetto è il riconoscimento di un potere, di un’ autorità, di una forza o di un valore superiori” (ivi, p. 137). In questo senso, poiché pone come principio fondamentale della moralità un criterio basato sul riconoscimento del potere e dell’ autorità dell’altro, mi pare che il rispetto proposto da Mordacci sia alternativo alla categoria della cura fin qui discussa, categoria che si basa invece sull’idea che a interpellare la nostra responsabilità morale sia innanzitutto il riconoscimento della vulnerabilità e del bisogno dell’altro.

### 3. Etica della cura ed “epistemologia morale”

Il terzo snodo del dibattito sulla cura su cui mi preme soffermare l’attenzione riguarda il tentativo della *care ethics* di portare a un ripensamento di alcuni presupposti delle etiche della giustizia predominanti. Abbiamo già discusso di come l’etica della cura proponga alcune tesi rilevanti a livello di etica fondamentale; questo paragrafo mira invece a far emergere le linee del dibattito che offrono una prospettiva nell’ambito dell’epistemologia morale, intesa *lato sensu*. Per molti versi, infatti, le critiche mosse ai paradigmi etici dominanti finiscono per delineare una diversa concezione dell’etica, della conoscenza e del giudizio morale in particolare. Come vedremo, questa visione alternativa tende a criticare l’idea di una conoscenza morale sistematica e rigorosa, allontanandosi di fatto dall’ideale di *epistème* e rendendo quindi problematico anche l’utilizzo dell’espressione “epistemologia morale”<sup>113</sup>.

I filoni del dibattito più rilevanti sono tre: la discussione del rapporto tra cura ed emozioni, e del ruolo della sfera affettiva in etica; il rifiuto del primato attribuito all’imparzialità morale, a scapito di forme di parzialità encomiabili; l’attenzione al particolare e alla questione della percezione morale. È evidente che si tratta di filoni che intrecciano dibattiti filosofici molto vasti: la mia dunque non sarà una trattazione analitica di tali questioni; l’obiettivo è presentare le tesi maggiormente rappresentative delle voci della cura e far emergere l’influsso o le consonanze con altre tradizioni di pensiero.

#### 3.1. Cura ed emozioni

La valorizzazione della dimensione affettiva e del ruolo che le emozioni rivestono per la morale è uno dei *topoi* dell’etica della cura. Essa ricorre a vario titolo nella stragrande maggioranza delle riflessioni che tematizzano la cura ed è centrale nell’opera di alcuni autori<sup>114</sup>; tuttavia, non sono molti gli studi approfonditi che specificchino adeguatamente come intendere la dimensione emotiva e il ruolo che essa gioca nella morale. Al fine di mettere in luce le diverse modalità in cui viene concepito il rapporto tra cura ed emozioni

113. Uso comunque tale locuzione, come fa anche M.U. Walker (cfr. Walker M.U. (1989), “Moral Understandings: Alternative ‘Epistemology’ for a Feminist Ethics”, *Hypatia*, 4/2, pp. 15-28), perché permette di cogliere il tentativo di delineare un’alternativa alla tradizione; tentativo che emerge da una serie di rilievi critici ma che va al di là di essi.

114. Vorrei segnalare in particolare il contributo di due protagonisti del dibattito che non abbiamo ancora adeguatamente considerato: da un lato Michael Slote, che ha proposto un’elaborazione dell’etica della cura in chiave sentimentalista (cfr. Slote M. (2007), *The Ethics of Care and Empathy*, Routledge, London; Slote M. (2010), *Moral Sentimentalism*, Oxford University Press, New York) e dall’altro Annette Baier che, pur non essendo una sostenitrice dell’etica della cura, ha contribuito alla discussione alla luce dei suoi studi su Hume (cfr. Baier A. (1995), *Moral Prejudices*, cit.).

all'interno del dibattito, con particolare riferimento agli sviluppi più recenti, è utile distinguere almeno quattro livelli su cui la relazione tra cura ed emozioni si articola.

Innanzitutto, l'etica della cura propone una valorizzazione della dimensione affettiva come parte integrante della nostra esistenza: una dimensione non solo ineliminabile e dalla quale non si può prescindere, ma che non va nemmeno considerata come un limitante fardello, bensì un elemento da coltivare per la nostra fioritura. A *livello antropologico*, dunque, la rivalutazione della dimensione sentimentale si lega alla critica all'immagine moderna del soggetto come individuo discussa in precedenza<sup>115</sup> e al superamento delle dicotomie sui cui essa si basa, tra cui quella tra ragione e sentimenti. L'obiettivo polemico non è solo la rigida separazione tra queste due sfere<sup>116</sup>, ma allo stesso tempo la concezione limitante della dimensione affettiva che ci deriva dalla tradizione filosofica<sup>117</sup>:

Le concezioni illuministe di ragione e affetto, quindi, sono caratterizzate da due temi. *In primis*, ragione e sentimenti sono concepiti come radicalmente separati quanto a funzione, ruolo e ideale: che uno possa entrare nella sfera dell'altro sembra quasi incomprensibile. In secondo luogo, la dimensione affettiva viene alquanto svalutata: viene rappresentata come una fonte di contaminazione che dobbiamo controllare e, infine, superare<sup>118</sup>.

In questo la riflessione sulla cura riprende ancora una volta un tema caro al pensiero femminista: la denuncia dei limiti di concettualizzazioni che sono allo stesso tempo *gender-biased*<sup>119</sup> e basate su rappresentazioni stereotipate ormai insostenibili. Il contributo specifico degli approcci basati sulla cura deriva in questo caso dal collegare la valorizzazione della sfera affettiva a una proposta antropologica che mette al centro vulnerabilità e relazionalità. Proprio queste due dimensioni, infatti, spiegano la centralità della dimensione

115. Cfr. *supra*, § 2.3.

116. Peraltro difficile da sostenere anche alla luce dei dati empirici che ci vengono dalle neuroscienze. Per una recentissima panoramica sulle implicazioni filosofiche di tali ricerche rimando a Songhorian S. (2020), *Etica e scienze cognitive*, Carocci, Roma, in cui l'autrice – rendendo conto del dibattito in merito ai giudizi morali – mostra come “i giudizi morali non abbiano una sola origine, ovvero che essi non derivino in modo diretto solo da un processo cognitivo-razionale o solo da un processo emotivo” (ivi, p. 112) e dunque siano da preferire le teorie filosofiche che riconoscono un ruolo rilevante a entrambe le componenti.

117. Evidentemente mi riferisco alla tradizione razionalista, maggioritaria, mentre fa eccezione il sentimentalismo morale – tradizione riconducibile a filosofi illuministi scozzesi quali F. Hutcheson, D. Hume e A. Smith che, come vedremo, viene ripresa anche nel dibattito attuale.

118. Little M.O. (1995), “Seeing and Caring: The Role of Affect in Feminist Moral Epistemology”, *Hypatia*, 10/3, pp. 117-137, qui p. 120.

119. Cfr. Paperman P. (2018), “Amore, genere e sensibilità morale: una storia politica”, in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni. Un'alleanza complessa*, il Mulino, Bologna, pp. 69-82.

affettiva nelle nostre vite: le relazioni non esistono senza affettività e la nostra vulnerabilità rivela il nostro bisogno di attaccamento e di amore<sup>120</sup>. Non solo le emozioni sono qualcosa da cui non possiamo prescindere, ma non sarebbe nemmeno auspicabile farlo, in quanto coltivare la sfera emotiva è parte essenziale di una vita ben vissuta.

Le riflessioni sulla cura non si limitano però a mettere in luce il ruolo costitutivo che l'affettività riveste per la nostra esistenza: a un secondo livello, in modo più specifico, il rapporto tra cura ed emozioni si articola come analisi della *matrice emotiva della cura*<sup>121</sup>. Come si è visto nel primo capitolo, le descrizioni della cura proposte dalle prime teoriche della *care ethics* sottolineano ripetutamente la presenza di una componente emotiva nelle pratiche di cura, pratiche che originano da una sollecitudine verso l'altro caratterizzata da preoccupazione ed empatia nei suoi confronti. N. Noddings descrive l'*engrossment* che deriva dal coinvolgimento che si crea rispetto alle esigenze dell'altro, S. Ruddick si sofferma sull'amore premuroso alla base del lavoro materno, E.F. Kittay descrive la cura come un'impresa profondamente emotiva, V. Held mostra come una relazione di cura sia basata su capacità di attenzione, sensibilità e attitudine a rispondere ai bisogni altrui. La dimensione emotiva appare quindi come una componente centrale dell'ideale etico della cura per l'altro; possiamo perciò dire che, genericamente, nella prospettiva della cura l'affettività è un elemento essenziale della vita morale.

In molte trattazioni questo tema viene sviluppato attraverso il riferimento al concetto di empatia e all'analisi del ruolo che l'empatia può avere in etica<sup>122</sup>. Un riferimento ineludibile in tal senso è l'opera di Michael Slote e in particolare i saggi *The Ethics of Care and Empathy* e *Moral Sentimentalism*. In queste opere Slote propone una versione sentimentalista dell'etica della cura basata sulla nostra capacità di empatia, un meccanismo psicologico connaturato all'essere umano che ci permette di cogliere i sentimenti altrui e, allo stesso tempo, cogliere gli attributi morali (come vizi e virtù) di coloro con i quali entriamo in contatto<sup>123</sup>. Nella prospettiva di Slote l'empatia

120. Brugère F. (2018), "Il lavoro delle emozioni", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni*, cit., pp. 49-68.

121. Per un'utile sintesi del nesso tra la cura e la sfera affettiva cfr. Pulcini E., Bourgault S. (2018), "Introduzione: per una mappa affettiva della relazione di cura", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni*, cit., pp. 7-22.

122. *In primis* Slote M. (2007), *The Ethics of Care and Empathy*, cit.; ma cfr. anche: Carse A.L. (2005), "The Moral Contours of Empathy", *Ethical Theory and Moral Practice*, 8/1-2, pp. 169-195; Betzler M. (2018), "Ripensare l'importanza morale dell'empatia", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni*, cit., pp. 105-127; Pulcini E. (2018), "Quali emozioni motivano alla cura?", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni*, cit., pp. 25-47.

123. Slote ha ampliato la sua analisi dell'empatia negli scritti più recenti, cfr. ad esempio Slote M. (2017), "The Many Faces of Empathy", *Philosophia*, 45/3, pp. 843-855.

riveste vari ruoli in etica: ha un ruolo cognitivo, in quanto ci permette di cogliere il vissuto altrui e di conseguenza stati d'animo moralmente rilevanti di cui prendersi cura; ha un ruolo motivazionale, poiché ci motiva ad agire per aiutare l'altro di cui abbiamo colto la difficoltà; svolge anche un ruolo "semantico" dal momento che è alla base della nostra stessa comprensione delle qualità morali; infine riveste un ruolo normativo nella misura in cui costituisce un criterio morale per l'approvazione o la disapprovazione delle azioni. Come si vede, pur da questi brevi cenni, si tratta di una proposta che esplora a tutto tondo il ruolo dell'empatia e, tuttavia, presenta dei limiti legati proprio a una visione "totalizzante" di empatia e cura che arrivano a esaurire l'orizzonte della morale<sup>124</sup>. In questo senso la posizione di Slote, per quanto rilevante, non è rappresentativa del dibattito su cura e sentimenti in cui prevalgono visioni che tendono a proporre una sorta di terza via tra razionalismo e sentimentalismo e ad accompagnare l'ideale etico della cura ai valori incarnati dal concetto di giustizia. Vorrei quindi procedere con l'analisi dei modi in cui in *care ethics* si discute del rapporto tra cura e sentimenti soffermandomi sui ruoli che altri autori attribuiscono alle emozioni in etica – ruoli che, come vedremo, riprendono aspetti considerati anche da Slote, con la differenza però che la sola dimensione affettiva non viene considerata come fondamento sufficiente della moralità.

Veniamo dunque a un terzo modo in cui nel dibattito si affronta il ruolo delle emozioni – oltre al livello antropologico e all'intrinseca affettività della cura che abbiamo già discusso – e che è legato alla difesa della loro fondamentale *funzione epistemica*. La tesi sostenuta da molti è che la dimensione affettiva abbia un ruolo insostituibile nel permetterci di cogliere gli aspetti moralmente rilevanti delle situazioni e che quindi debba essere considerata come componente essenziale del punto di vista morale. In questo caso l'obiettivo polemico sono gli approcci razionalisti che tendono a considerare le emozioni come fattori confondenti il giudizio – invece che come facoltà in grado di nutrire la nostra competenza morale – e che considerano il distacco come la postura epistemica privilegiata da assumere in etica:

Non sempre la distanza chiarisce. A volte la verità emerge meglio, il paesaggio appare più nitidamente, a partire da una posizione che è stata chiamata "percezione affettuosa" o "pensiero empatico"<sup>125</sup>.

Le autrici femministe sottolineano come l'atteggiamento distaccato sia a sua volta portatore di rischi, in particolare il pericolo di non cogliere quando e come nelle situazioni in cui veniamo a trovarci siamo di fronte a una

124. Per un'analisi critica più approfondita della proposta di Slote rimando a Botti C. (2018), *Cura e differenza*, cit., in particolare pp. 117-136.

125. Little M.O. (1995), "Seeing and Caring: The Role of Affect in Feminist Moral Epistemology", cit., p. 118.



problematica morale. Per quanto un agente possa essere versato negli studi filosofici e avere perfetta padronanza dei principi di una teoria etica, senza un'adeguata postura emotiva non sarà in grado di cogliere quando e come questi principi entrano in gioco nelle situazioni complesse della vita. Per poter valutare correttamente una situazione e comprendere il contesto in cui essa si situa non basta assumere una prospettiva razionale e distaccata, ma è indispensabile un'attitudine basata sull'attenzione, l'ascolto e l'empatia. L'empatia – intesa come stato affettivo che ci rende capaci di cogliere l'altro nella sua peculiarità, in quanto distinto da noi e portatore di un punto di vista e di un vissuto diversi – è dunque considerata un presupposto irrinunciabile per agire e giudicare bene. La tesi che mi pare prevalere nel dibattito è tuttavia che l'empatia “spontanea” da sola non sia sufficiente, ma vada in qualche misura guidata ed educata per arrivare a un'empatia appropriata. A.L. Carse per esempio propone la nozione di *morally contoured empathy*, un'empatia che si modella nell'interazione con principi etici imparziali, ma soprattutto con l'attenta riflessione sui fini costitutivi delle relazioni particolari nel contesto delle quali ci troviamo ad agire<sup>126</sup>.

A dare particolare peso alla dimensione riflessiva della sensibilità morale è Caterina Botti, autrice che sviluppa un'interpretazione sentimentalista dell'etica della cura (basata su una rilettura del pensiero di Hume) che merita un *excursus*. Botti è interessata alle riletture di Hume, come quelle di A. Baier e E. Lecaldano, che sottolineano il ruolo cruciale dell'immaginazione nel plasmare i sentimenti morali: pur considerando la simpatia come la struttura psicologica umana alla base della moralità, se ne individuano anche i limiti e la non sufficienza che vengono colmati attraverso il ricorso alla facoltà dell'immaginazione. È infatti l'immaginazione che permette di correggere la parzialità dei nostri sentimenti immediati e sviluppare una sensibilità effettivamente *morale*:

Il sentimento morale si caratterizza dunque per questa natura riflessiva, per l'essere cioè quel peculiare piacere o dispiacere che proviamo rispetto ai nostri sentimenti più immediati, quando abbiamo allargato immaginativamente il nostro punto di vista, e che ce li fa sottoscrivere o meno<sup>127</sup>.

Allo stesso tempo Botti, rispondendo alle sollecitazioni provenienti dalla riflessione sull'opacità<sup>128</sup> tipica del femminismo contemporaneo, propone di considerare un'ulteriore istanza oltre a quella immaginativa, vale a dire

126. Carse A.L. (2005), “The Moral Contours of Empathy”, cit.

127. Botti C. (2018), *Cura e differenza*, cit., pp. 196-197.

128. Si fa qui riferimento alle riflessioni che mettono in luce la difficoltà di definire la propria identità, di avere accesso in modo autentico ai nostri stessi bisogni e sentimenti, a causa delle mediazioni e delle categorie che tendono a misconoscere e nascondere le differenze e la molteplicità che ci caratterizzano. Botti cita a riguardo i lavori di Judith Butler, Rosi Braidotti e Gayatri Chakravorty Spivak.

un'istanza critica che ci metta in guardia "dai limiti del nostro stesso sentire, ascoltare, e anche immaginare"<sup>129</sup>. La consapevolezza di tali limiti e l'umiltà epistemica che ne deriva sono essenziali perché si possa tentare una cura attenta a questa vulnerabilità radicale che ci caratterizza e che rischia di rendere invisibili i bisogni di alcuni e inudibili le loro voci.

Tornando al dibattito internazionale, resta da sottolineare il ruolo epistemico che alcuni autori riconoscono non tanto all'empatia, quanto a una postura affettiva – più moralmente connotata – di *caring*, ossia di premura e attenzione nei confronti dell'altro nella sua singolarità e nei confronti degli stessi valori morali<sup>130</sup>. In quest'ottica ciò che conta per poter comprendere i concetti morali e il modo in cui essi entrano in gioco nelle situazioni della vita e si applicano alle persone coinvolte è un'effettiva preoccupazione e sollecitudine verso l'altro:

Comprendere i bisogni, gli interessi e il benessere di un'altra persona, e capire la relazione fra sé e l'altro richiede un atteggiamento verso quella persona influenzato da cura, amore, empatia, compassione e sensibilità emotiva<sup>131</sup>.

Solo una *caring knowledge* permette di individuare il corso d'azione che meglio risponde alle prescrizioni morali nella situazione concreta, data la sua particolarità. Proprio la cura sembra dunque giocare un fondamentale ruolo di mediazione fra le istanze universali e il particolare. Ma su questo torneremo più avanti.

La ricognizione dei modi in cui viene concepito il ruolo delle emozioni all'interno delle prospettive di etica della cura non può infatti trascurare la *funzione motivazionale* che alle emozioni viene attribuita. Si tratta evidentemente di una tesi che non è assolutamente prerogativa dell'etica della cura ed è sostenuta anche dalle recenti scoperte in ambito neuroscientifico: il ruolo delle emozioni nella nostra vita morale, in particolare come moventi dell'azione, è innegabile. Tuttavia, come sottolinea E. Pulcini<sup>132</sup>, nonostante le teoriche della cura valorizzino il ruolo motivazionale della dimensione affettiva, nel dibattito manca l'attenzione a distinguere tra le emozioni e i sentimenti quelli che effettivamente motivano alla cura e distinguono la *buona* cura. Il riferimento alla dimensione affettiva risulta per lo più generico, ragione per cui Pulcini propone un'analisi delle diverse emozioni che motivano alla cura al fine di arrivare a chiarificare il profilo etico della cura stessa. Anche in questo caso si ripresenta l'idea che la valenza morale delle emozioni non

129. Ivi, p. 211.

130. Cfr. Little M.O. (1995), "Seeing and Caring: The Role of Affect in Feminist Moral Epistemology", cit., e Blum L.A. (1988), "Gilligan and Kohlberg: Implications for Moral Theory", *Ethics*, 98/3, pp. 472-491.

131. Blum L.A. (1988), "Gilligan and Kohlberg: Implications for Moral Theory", cit., p. 475.

132. Pulcini E. (2018), "Quali emozioni motivano alla cura?", cit.

si esaurisca nella loro immediatezza, bensì risieda in una risposta in parte consapevole che media la spontaneità del sentimento. Ad esempio, per quanto riguarda la cura per amore, vale a dire la cura per le persone a noi care, Pulcini conclude che

[...] in questo caso, dunque, una *buona cura* richiede di superare l'ostacolo di un'idea sacrificale dell'amore e la capacità di riassumerlo, in senso simmeliano, come *scelta* consapevole: nella quale l'attenzione all'altro non esclude il rispetto e la consapevolezza di sé, e l'amore per l'altro non significa rinuncia all'amore di sé<sup>133</sup>.

Analogamente l'autrice individua i sentimenti – e i rispettivi “correttivi” – alla base di altre due forme di cura: quella assistenziale e quella dell'altro distante. Si tratta di una proposta stimolante e che va nella direzione di una chiarificazione concettuale della cura stessa, nodo fondamentale del dibattito, come visto nella prima parte del capitolo. Mi pare tuttavia che emergano ancora una volta i limiti normativi della cura: le analisi proposte infatti, pur dimostrando l'importanza di includere la dimensione emotiva per arrivare a un giudizio morale sulle pratiche di cura, inevitabilmente utilizzano criteri altri rispetto alla cura per valutare quali sentimenti (e a quali condizioni) siano costitutivi di una buona cura.

Come si è visto, nel dibattito sull'etica della cura il ruolo della dimensione affettiva si gioca a diversi livelli. Nonostante la varietà delle posizioni espresse, il filo conduttore resta il rifiuto di approcci razionalisti all'etica, criticati sulla base della valorizzazione di altre dimensioni della vita morale, strettamente legate alla nozione di *care*, che un eccessivo razionalismo non è in grado di tenere adeguatamente in considerazione. Un aspetto distintivo degli approcci della cura è il tentativo di riflettere sull'etica dal basso, rifuggendo l'astrattezza delle teorie etiche che, in nome dell'universalità, finiscono per perdere di vista la concretezza, la pluralità e, in ultima analisi, le dimensioni di senso implicate nelle nostre vite morali. Tale complessità può essere colta solo tramite una *percezione* morale sollecita, emotivamente connotata e attenta al particolare.

### 3.2. Parzialità e particolarismo

Già trattando il valore morale delle emozioni è emerso come gli approcci della cura problematizzino alcune caratteristiche che comunemente si ritiene definiscano il punto di vista morale. In particolare, ricorrono le critiche alla nozione di *imparzialità* morale alla quale, pur in modi diversi, la filosofia morale moderna ha per lo più attribuito un ruolo decisivo. La voce della cura invita a mettere in discussione l'idea che “più il ragionamento su una que-

133. Ivi, p. 36.

stione morale è astratto, meglio è, perché è più probabile che eviti pregiudizi e arbitrarietà, e si avvicini maggiormente all'imparzialità"<sup>134</sup>.

Ciò si lega alla preoccupazione di includere in etica, a pieno titolo e con pari dignità, le istanze che derivano dall'assumersi la responsabilità di aver cura dei bisogni dell'altro, istanze che possono confliggere con un giudizio morale imparziale e universalizzabile.

La questione è tuttavia alquanto complessa: da un lato, infatti, la nozione di imparzialità morale è molto articolata<sup>135</sup>, dall'altro, l'obiettivo polemico dell'etica della cura include proposte morali ben diverse tra loro – quali teorie consequenzialiste e teorie deontologiche (sia neocontrattualiste sia di matrice kantiana). Se quindi la critica dell'etica della cura alle teorie morali dominanti può essere caratterizzata, ancora una volta, come una denuncia dei limiti legati al loro razionalismo, all'astrattezza e alla priorità attribuita a distacco e imparzialità, è necessario soffermarsi su discussioni più specifiche per cogliere la pregnanza degli argomenti proposti.

In un interessante articolo<sup>136</sup>, Alisa L. Carse propone di distinguere 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 momento della *deliberazione morale* 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. I sostenitori dell'etica della cura rilevano come questo tipo di approccio non sia sufficientemente attento alle peculiarità e complessità delle situazioni in cui agiamo e, allo stesso tempo, non renda giustizia alla rilevanza morale di alcune relazioni particolari – di fatto relazioni di cura – che interpellano la nostra responsabilità a impegnarsi, con parzialità anche marcata, per soddisfare i bisogni di cura dell'altro concreto di fronte al quale ci troviamo. In questo caso, per conciliare cura e imparzialismo si può affermare che è possibile riconoscere il ruolo di specifiche obbligazioni legate alle 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. Carse ritiene tuttavia che ci siano almeno tre obiezioni a questa strategia.

Da un lato essa comporta una tesi problematica sul contenuto dei principi: per rimanere coerenti con la nozione di imparzialità, infatti, essi devono

134. Held V. (2006), *The ethics of care*, cit., p. 11.

135. Per una prima introduzione alle diverse sfaccettature del concetto e del dibattito sull'imparzialità in etica rimando a: Jollimore T. (2020), "Impartiality", in Zalta E.N. (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2020 Edition). La voce è consultabile on-line: [plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/impartiality/](https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/impartiality/).

136. Carse A.L. (1998), "Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory", cit.

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<sup>137</sup>.

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<sup>138</sup>.

Queste ultime due obiezioni sono centrali e permettono di comprendere meglio la natura delle riserve mostrate dai pensatori della cura. Un aspetto cruciale che va sottolineato è che, pur riconoscendo la legittimità delle preoccupazioni che portano a sostenere l'imparzialismo, la prospettiva della cura ritiene che l'immagine della deliberazione morale che ne deriva – e con essa le immagini del punto di vista morale e del soggetto agente – sia allo stesso tempo limitante, lontana dalla realtà e, per ciò stesso, inefficace nel garantire la tutela dei valori che stanno dietro l'imparzialità stessa.

M.U. Walker sostiene una tesi di questo tipo proponendo un'analisi della retorica dell'imparzialità e delle immagini più diffuse che mirano a descrivere quello che dovrebbe essere il punto di vista morale ideale<sup>139</sup>. Dall'arcangelo al giudice disinteressato, dall'osservatore ideale all'occhio di Dio, fino al punto di vista dell'universo: sono tutte immagini che ci propongono un soggetto morale distaccato e contraddistinto da capacità (si pensi all'onniscienza) ben fuori dal comune – al punto da far sorgere il dubbio che un tale

137. Ivi, p. 157.

138. Ivi, p. 161.

139. Walker M.U. (1991), "Partial consideration", *Ethics*, 101/4, pp. 758-774. Il *paper* fa parte di un *symposium* sul tema "Impartiality and ethical theory", a cura di L.C. Becker (*Ethics*, 101/4, pp. 698-864).

soggetto sia effettivamente in grado di cogliere ciò che è in gioco nelle situazioni molto umane e molto concrete di cui la morale si occupa.

L.A. Blum basa invece la sua critica sulla valorizzazione del ruolo della percezione per la vita morale<sup>140</sup>: una riflessione attenta sulla percezione porta a criticare l'immagine della deliberazione morale come semplice ragionamento volto ad applicare dei principi alla questione in esame. La percezione morale è un fenomeno complesso che comprende diversi processi morali e psicologici, spesso include la dimensione affettiva e presuppone anche il possesso di alcune categorie morali. Blum sottolinea che in alcuni casi la percezione può portare direttamente ad agire, senza la mediazione di un giudizio; che essa è fondamentale per il giudizio in quanto individua le situazioni moralmente rilevanti e permette di capire come i principi possano essere rispettati in un dato contesto; che conferisce valore morale all'azione, mentre un'azione compiuta meramente per rispettare uno o più principi potrebbe non averlo. Questa linea argomentativa porta Blum a rivendicare un ruolo in etica anche per la particolarità, a sua volta tradizionalmente trascurata in favore della ricerca di universalità – ma su questo torneremo poco oltre.

Riprendendo la distinzione proposta da Carse, si diceva che 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 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<sup>141</sup>.

Emerge dunque nuovamente l'idea che l'etica della cura proponga una visione della morale effettivamente *diversa*, che non può essere semplicemente integrata nella prospettiva della giustizia<sup>142</sup>. Questa critica non esita

140. Blum L.A. (1991), "Moral Perception and Particularity", *Ethics*, 101/4, pp. 701-725.

141. Carse A.L. (1998), "Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory", cit., p. 164.

142. Cfr. anche, *supra*, il § 6.2. del primo capitolo.

tuttavia necessariamente in un abbandono delle preoccupazioni universaliste alla base delle teorie morali più diffuse, ma di certo vuole mettere in luce le loro carenze, in particolare nel rispondere efficacemente alle stesse preoccupazioni da cui originano. Abbiamo già visto come escludere la sfera emotiva finisca per portare a proposte morali difficili da mettere in pratica; come attribuire un valore primario alle considerazioni di imparzialità delinea doveri che rischiano di non tenere in conto le responsabilità morali che ci vengono dalle relazioni di cura; più in generale, come il tentativo di astrarre dal particolare e perseguire il distacco possa trascurare alcune delle caratteristiche moralmente più salienti delle situazioni.

Vorrei a questo punto richiamare un'ulteriore osservazione critica che troviamo nel citatissimo saggio di S. Benhabib, "The Generalized and the Concrete Other: The Kohlberg-Gilligan Controversy and Feminist Theory"<sup>143</sup>. L'autrice infatti mira a mostrare che il modo in cui viene concepito l'universalismo nel pensiero moderno, da Hobbes a Rawls, finisce per minare l'universalizzabilità a cui questi autori mirano. Ciò secondo Benhabib dipende dal fatto che l'universalità è ricavata tramite un processo di astrazione dalle differenze che ci definiscono, è un'universalità basata su un altro generalizzato (*generalized other*). Si pensi all'esperimento del velo di ignoranza proposto da Rawls: esso dovrebbe servire a garantire una deliberazione imparziale rimuovendo gli elementi che potrebbero influenzare negativamente il giudizio dei soggetti coinvolti. Di fatto però quest'operazione si basa sull'individuazione delle caratteristiche necessarie alla deliberazione, caratteristiche che a ben vedere sembrano rispecchiare un *bias* razionalista e individualista. La tesi di Benhabib è che l'universalità a cui si può arrivare in questo modo vale solo per esseri fittizi, perché nega le identità concrete di esseri che sono sempre *embodied* ed *embedded*, astraendo proprio dalle differenze che ne costituiscono le identità e ne definiscono i fini. Senza l'attenzione al *concrete other* non abbiamo gli elementi per capire quali situazioni sono simili tra loro dal punto di vista morale, dunque mancano i presupposti per l'universalizzabilità. Uno degli aspetti più interessanti dell'analisi di Benhabib, inoltre, è la proposta di concepire l'universalità in modo alternativo: come un ideale regolatorio che non nega le nostre identità concrete, ma riconosce e tutela la pluralità di modi di essere umani (*interactive universalism*). Mi pare questo monito meriti di essere preso in considerazione e possa indicare una proficua direzione di approfondimento.

Non tutti gli autori della cura sposerebbero tuttavia una posizione, che potremmo definire "moderata", che riconosca un ruolo all'universalità (per quanto rivisitata) in etica. È possibile interpretare l'etica della cura come una radicale messa in discussione dell'immagine diffusa della morale che

143. Benhabib S. (1987), "The Generalized and the Concrete Other: The Kohlberg-Gilligan Controversy and Feminist Theory", cit.

ne vede al cuore la teoria normativa e l'individuazione di principi che permettano di guidare e valutare l'azione. Ad esempio, si può individuare una connessione tra l'etica della cura e la svolta particolarista in filosofia morale: entrambe condividono sia la critica a un approccio alla morale basato su principi, distanza critica e generalizzazione, sia la valorizzazione delle esperienze quotidiane e in prima persona, quali sono le attività di cura. In questa direzione va la proposta di Sandra Laugier<sup>144</sup>, autrice francese che attinge al pensiero di autori come L. Wittgenstein, S. Cavell e C. Diamond e, più in generale, alla tradizione della filosofia del linguaggio ordinario. Laugier interpreta l'etica della cura come un approccio che riporta la morale sul terreno delle pratiche, mettendo in luce la rilevanza dell'ordinario, di ciò che non siamo capaci di vedere ma che è proprio sotto i nostri occhi – come appunto le attività di cura.

La riflessione sulla cura fa parte di una svolta particolarista nel pensiero morale, che tenta di resistere a ciò che Wittgenstein nel Libro Blu chiamava “il desiderio di generalità” (il desiderio di regole generali per il pensiero e l'azione). Questa svolta si configura come il tentativo di valorizzare come rilevanti per la morale l'attenzione per il particolare (e per i particolari), per i dettagli ordinari della vita umana, per gli aspetti dimenticati. Imparare a vedere ciò che è importante e dimenticato proprio perché già sotto i nostri occhi è un compito descrittivo che trasforma la moralità<sup>145</sup>.

Il compito dell'etica in questa prospettiva viene concepito come riguadagnare il contatto con l'esperienza, coltivare l'attenzione per il particolare, i dettagli della vita ordinaria e rifuggire invece il “desiderio di generalità” e la logica del dovere e della scelta; significativamente, l'autrice parla di “etnografia morale”. Laugier porta dunque all'estremo la vena particolarista dell'etica della cura e riprende allo stesso tempo il tema della vulnerabilità, declinandolo in riferimento alla nostra stessa esperienza e alle forme di vita<sup>146</sup>. La cura viene concepita innanzitutto come *attenzione*, attenzione per

144. Per gli esiti più recenti del suo pensiero cfr. Laugier S. (2015), *Etica e politica dell'ordinario*, Milano, LED. Per contributi più direttamente legati all'etica della cura cfr. invece due volumi di cui è co-curatrice: Molinier P., Laugier S., Paperman P. (2009, sous la direction de), *Qu'est-ce que le care?*, cit., e Paperman P., Laugier S. (2011, sous la direction de), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (nouvelle édition augmentée), Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

145. Laugier S. (2010), “La cura: l'etica come politica dell'ordinario”, *Iride*, 60/2, pp. 293-315, citazione a p. 298.

146. “The notion of *life* is connected to Wittgenstein's idea of a form of life/life form (a form taken by life, as Cavell says), which also defines a texture. ‘Texture’ thus refers to an unstable reality that cannot be fixed by concepts, or by determinate particular objects, but only by the recognition of gestures, manners, and styles. A form of life, from the point of view of ethics, can be grasped only by attention to textures or moral patterns, perceived as ‘morally expressive’ in/on the background provided by a form of life” (Laugier S. (2016), “Care, the Ordinary, Forms of Life”, *Iride*, 77/1, pp. 109-121, qui p. 110).



l'ordinario che è al centro delle nostre vite e allo stesso tempo ne costituisce lo sfondo e le struttura. Laugier propone così un ripensamento dell'etica dal basso, a partire dai dettagli del quotidiano, contrastando la tentazione di individuare un fondamento, teorizzare, proporre criteri normativi universali da applicare (dall'alto) alla vita.

La riflessione dell'autrice francese è degna di nota<sup>147</sup> e, ancora una volta, dimostra l'ampiezza e, direi, il sincretismo del dibattito sulla cura, che comprende approcci e teorie filosofiche non solo distanti, ma a volte del tutto inconciliabili tra loro. Per quanto riguarda la proposta di Laugier, al di là delle critiche che un approccio così radicale può attirare – e che si collegano a dibattiti troppo ampi e complessi per essere qui ripresi –, condivido la perplessità espressa da C. Botti<sup>148</sup> che, mettendo in luce gli esiti perfezionisti dell'attenzione all'ordinario e all'espressione di sé, si domanda se questi siano compatibili con la vocazione relazionale dell'etica della cura. In effetti mi pare legittimo dubitarne, così come dubito che un approccio schiettamente antiteorico di questo tipo offra le risorse per tener fede allo spirito riformativo che caratterizza la *care ethics*.

Nel complesso l'alternativa “epistemologica” che emerge dal dibattito sulla cura non consiste in un rifiuto *tout court* della teorizzazione in etica: la valorizzazione di componenti concrete della comprensione morale, quali ad esempio l'attenzione sollecita e la comunicazione, giustifica però uno scetticismo verso una teoria che, guidata dall'astrazione e dalla ricerca di universalità, si allontana eccessivamente dall'irriducibile complessità delle situazioni della vita per le quali dovrebbe fungere da bussola morale. L'elemento che identifica le proposte della cura, distinguendole da altre correnti critiche nei confronti del pensiero morale moderno, è che esse si fondano sul riconoscimento del valore morale della sollecitudine nei confronti dell'altro. Si tratta in qualche modo del *locus of certitude* a partire dal quale è possibile ragionare di etica: la cura, le attitudini a essa correlate e l'antropologia che fa emergere costituiscono i vincoli in base a cui le proposte morali vengono valutate. E così attribuire un primato assoluto all'ideale dell'imparzialità risulta inaccettabile perché porta a negare il valore morale di atteggiamenti di parzialità orientati alla cura; trascurare il ruolo delle emozioni e privilegiare la sola ragione è sbagliato perché nega il valore morale di stati affettivi cruciali per la cura; l'idea che l'adeguatezza della conoscenza morale derivi da generalità e sistematicità è inaccettabile nella misura in cui l'universalità si costruisce tramite astrazione da peculiarità legate

147. Per inquadrare la sua riflessione all'interno della tradizione filosofica modernista rimando senz'altro alla lettura di Donatelli P. (2018), *Il lato ordinario della vita. Filosofia ed esperienza comune*, il Mulino, Bologna.

148. Cfr. Botti C. (2017), “Il ritorno all'ordinario, la trasformazione dell'etica e la cura”, *Iride*, 80/1, pp. 171-182, in particolare pp. 179-180.

alla specificità delle persone coinvolte e al contesto relazionale, peculiarità che a loro volta plasmano i bisogni e le problematiche morali in gioco. Allo stesso tempo, un elemento cardine della *care ethics* nelle sue varie forme è la prospettiva relazionale che, a ben vedere, influenza anche il modo di concepire la comprensione morale: se l'etica riguarda il nostro comportamento, nei confronti degli altri o di noi stessi, fino a che punto risulta adeguata una teoria e che ruolo va invece attribuito a una morale costruita nelle pratiche e o essa stessa relazionale<sup>149</sup>?

Evidentemente la stessa prospettiva della cura solleva molti interrogativi ed è bersaglio di legittime critiche, che in parte sono state considerate anche qui, tuttavia la provocazione a ruotare l'asse della riflessione etica intorno al punto fisso<sup>150</sup> rappresentato dalla pratica della cura e dalle sue implicazioni morali non va licenziata troppo alla leggera, soprattutto se ci preme un'etica che sia in grado di confrontarsi con le questioni concrete di fronte alle quali ci mette la vita.

149. "A view consistent with this will not be one of individuals standing singly before the impersonal dicta of Morality, but one of human beings connected in various ways and at various depths responding to each other by engaging together in a search for shareable interpretations of their responsibilities, and/or bearable resolutions to their moral binds" (Walker M.U. (1989), "Moral Understandings: Alternative 'Epistemology' for a Feminist Ethics", cit., p. 20).

150. Riprendo l'efficace immagine usata da M.U. Walker alla fine del suo articolo (ivi, p. 24).



### 3. Conclusioni: il posto della cura in etica

Il percorso fin qui proposto ha voluto offrire una ricostruzione critica del dibattito sull'etica della cura. Si è partiti nel primo capitolo da una discussione delle opere fondative, che ha permesso di identificare e problematizzare le questioni e le tesi che stanno al cuore di questo approccio all'etica. Il secondo capitolo ha invece presentato tre snodi cruciali per il dibattito attuale, rendendo conto della molteplicità di voci e di prospettive che in vario modo si richiamano alla *care ethics*.

Proprio questa molteplicità e mancanza di sistematicità rende difficile, come ribadito a più riprese, parlare dell'etica della cura come di una teoria etica compiuta e dalle caratteristiche ben definite. L'idea che ha guidato questo lavoro è che, nonostante questo limite, le riflessioni sulla cura come concetto, pratica e valore dal profondo significato morale offrano importanti risorse per l'etica e, in particolare, per un suo ripensamento. Su queste risorse vorrei dunque soffermarmi in conclusione, sviluppando dapprima le acquisizioni in merito alla nozione di cura man mano emerse per poi mettere a fuoco il ruolo che tale nozione può rivestire per la riflessione etico-filosofica.

#### 1. La cura autentica

Dopo questo lungo percorso dedicato alla cura è giunto il momento di tirare le fila della chiarificazione concettuale che ho cercato di portare avanti, sintetizzandone le acquisizioni. Si è 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 in parte mancano di sistematicità e in parte trascurano l'approfondimento delle tesi antropologiche implicite nelle loro analisi. A queste tesi antropologiche è stata dedicata parte del secondo capitolo, dopo un'analisi di interpretazioni della cura (passate o

legate ad altre tradizioni di pensiero) basata sulla convinzione che prenderle in considerazione potesse arricchire la riflessione su tale nozione.

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”<sup>1</sup>. 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 negative che essa può assumere. Dunque, a questo livello più generale dell’analisi, si può 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 si offre 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 modalità di rapporto ben distanti dal rappresentare forme di autentica cura.

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

1. Fisher B., Tronto J.C. (1990), “Toward a Feminist Theory of Caring”, cit., p. 40.

è fondamentale identificare le manifestazioni della cura che hanno un qualche rilievo etico e differenziarle dalle pratiche di cura moralmente irrilevanti. In questo senso sosterrai 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 può 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<sup>2</sup>, che deriva generalmente dal contributo del *cared-for*

2. La stessa categoria della reciprocità sarebbe meritevole di approfondimenti. Per un' esplorazione del suo valore etico e normativo, in particolare nell'ambito della bioetica, rimando a Turoldo F. (2011), *Bioetica e reciprocità. Una nuova prospettiva sull'etica della vita*, Città Nuova, Roma.

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 specifiche<sup>3</sup> 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 riceve – permette di salvare la cura dai rischi di arbitrarietà 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 esigenze<sup>4</sup>. 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 determinato<sup>5</sup>.

3. 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 dall’ambito della cura i soprusi peggiori.

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

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

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*<sup>6</sup>. In un caso simile la reciprocità della relazione sarà evidentemente ridotta, ma non per questo del tutto preclusa. Il secondo scenario potenzialmente problematico 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 cade dunque nel rischio di un totale soggettivismo, per quanto vada riconosciuto 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

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



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: essa deve 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. La compatibilità della cura di sé del *carer* con le cure per il *cared-for* 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 che vada contro le convinzioni di chi gli presta le cure o contro gli standard della professione.

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, emerge 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.

Ciononostante, 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 tentativo simile non convince perché finisce per presentare un'immagine riduttiva della morale. Tuttavia, si è già più volte sottolineato che 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. Proprio tale prospettiva è oggetto del prossimo paragrafo, in quanto premessa essenziale del bilancio delle risorse che la cura può offrire all'etica.

## 2. Quale ruolo per la cura in etica?

L'inevitabile punto di partenza per cercare di definire il ruolo che la cura può giocare in morale è tracciare un'immagine dello "spazio" dell'etica stessa, delle aree del sistema etico. Uno degli spunti di ripensamento più interessanti che provengono dalle riflessioni sulla cura è legato proprio all'ampliamento del discorso morale e all'impegno in aree spesso relegate ai margini della discussione etico-filosofica. Questo non può tuttavia essere colto se si guarda al campo della morale attraverso la lente offerta da classificazioni che di fatto derivano proprio da una visione dell'etica che l'approccio della cura vuole problematizzare. Così, ad esempio, la distinzione di matrice analitica tra metaetica, etica normativa e casistica, citata nel primo capitolo, mal si adatta a mettere in luce le risorse offerte della cura. Vorrei quindi ragionare sul posto che la cura può ricoprire nella riflessione morale focalizzandomi su alcune aree del sistema etico: la fondazione, la giustificazione del giudizio, la motivazione e la percezione<sup>7</sup>. Una proposta di questo tipo, infatti, muove dal riconoscimento della legittimità e della rilevanza per la riflessione filosofica di occuparsi non solo di aspetti squisitamente teorici legati alla fondazione e alla giustificazione di criteri normativi, ma allo stesso tempo di dinamiche più concrete e centrali nell'esperienza morale. Veniamo dunque al contributo che la cura può offrire nei vari ambiti.

Per quanto riguarda la fondazione, intesa come individuazione e giustificazione dei presupposti di una proposta morale completa e strutturata, per molti versi gli approcci legati alla cura offrono un apporto insoddisfacente. Gli autori più critici nei confronti della teorizzazione evidentemente non sviluppano riflessioni in questo senso. Inoltre, si è visto come le proposte che invece cercano di fondare un'etica basata sulla cura e di proporre la cura come "principio" primo presentino molti limiti – e siano di fatto minoritarie. La maggior parte delle riflessioni si indirizza verso una sorta di pluralismo normativo, in cui si riconosce il ruolo di altri valori oltre a quelli della cura, *in primis* quelli legati alla prospettiva della giustizia. È vero però che alla cura è per lo più riconosciuta una primarietà – pensiamo ad esempio alla proposta di V. Held – che non sembra tuttavia configurarla come principio supremo, ma più come un orizzonte interpretativo<sup>8</sup>, una categoria trasversale di grande rilievo per la morale. In questo senso la cura ha potenzialità fondative. Da un lato – come suggerisce in particolare W.T. Reich – la cura ha un forte valore simbolico e può essere pensata come esperienza univer-

7. Si tratta di una proposta legata al tentativo di delineare un quadro epistemologico del sistema etico alternativo rispetto a quello dominante di matrice analitica; proposta che nasce dalle discussioni all'interno del gruppo di ricerca diretto da C. Viafora e che si ispira a J. Ladrière (cfr. Ladrière J. (1997), *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*, Aubier-Montaigne, Paris; trad. it. *I rischi della razionalità. La sfida della scienza e della tecnologia alle culture*, SEI, Torino 1978).

8. Mordacci R. (2003), *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 242.

sale e “forma originaria del rapporto interpersonale”<sup>9</sup>. Il fatto che la cura si radichi al cuore della nostra esistenza per via della nostra natura di esseri dipendenti e relazionali costituisce un argomento credibile per sostenerne la centralità etica. Dall’altro lato, di fatto la *care ethics* individua il valore morale essenzialmente come cura per e nelle relazioni: per quanto questo non sia ritenuto sufficiente a esaurire il campo della morale dalla maggior parte degli autori, rimane tuttavia un vincolo da rispettare anche nel momento in cui entrano in campo altri valori, come ad esempio la giustizia. Questo spiega le proposte di ripensare la nozione di eguaglianza (E.F. Kittay) e le istituzioni democratiche (J. Tronto) non solo in modo da renderle compatibili con la cura, ma *alla luce* della cura che, dunque, anche nell’ambito politico mantiene la sua primarietà. Come si è visto, per quanto tale primarietà sia spesso messa a tema e affrontata da vari punti di vista, manca un’elaborazione teorica mirata a fondare effettivamente un’etica basata sulla cura. Inoltre, il fatto che manchi una definizione condivisa e allo stesso tempo soddisfacente nell’affrontare le ambiguità correlate al concetto di cura è evidentemente un limite molto rilevante. Si tratta però di un limite non insuperabile, come ho cercato di dimostrare nel paragrafo precedente riprendendo le diverse indicazioni, emerse nel corso della trattazione, in grado di chiarire quando la cura può essere considerata buona, o autentica. L’aspetto invece più trascurato – e che tuttavia è dirimente per poter chiarire la portata e il senso di un approccio basato sulla cura – è la questione dello statuto morale o, in altri termini, della significatività morale delle relazioni di cura. Allo stato attuale questo mi sembra dunque il limite principale delle proposte basate sulla cura al livello della fondazione: per quanto molte proposte sembrino presupporre un antropocentrismo moderato, questo per lo più non viene esplicitato e giustificato. Una riflessione su questo tema è irrinunciabile, oltre che cruciale a livello normativo.

Veniamo dunque all’area della giustificazione del giudizio, intesa come articolazione normativa del principio o dei principi fondanti volta a delineare una modalità argomentativa consistente e coerente. Distinguerai a questo livello due componenti: una più propriamente normativa, che presenta una specificazione del ruolo normativo del valore individuato come fondante, arrivando a indicare criteri per discernere le azioni moralmente doverose o encomiabili; una che invece riguarda l’immagine del ragionamento morale che la prima componente di fatto delinea e che non sempre è a sua volta oggetto diretto di riflessione. Si è visto ampiamente che l’area normativa non è l’area su cui si focalizzano gli approcci della cura e che di fatto manca una nozione di cura sufficientemente chiara e condivisa con un nucleo normativo ben identificato. Proprio per questo è reale il rischio che i giudizi giustificati sulla base del ricorso alla categoria della cura derivino in realtà da altri principi normativi che ciascun autore utilizza per interpretare la cura stessa. L’eclat-

9. Ivi, p. 237.

tismo del dibattito sulla cura è emblematico di questa vaghezza. Tuttavia il richiamo al ruolo centrale delle relazioni può essere considerato un rilevante contributo positivo inerente alla giustificazione del giudizio: per quanto il riferimento alle dinamiche relazionali non sia sufficiente a stabilire come agire, un argomentare che le trascurasse risulterebbe inevitabilmente riduttivo. Non si tratta di un requisito di poco rilievo: si pensi, ad esempio, all'etica biomedica<sup>10</sup>, ambito in cui di fatto gli approcci più diffusi risultano insoddisfacenti proprio da questo punto di vista. Ciò vale evidentemente per l'utilitarismo, il cui calcolo imparziale e aggregante volto a individuare il corso d'azione che, con le sue conseguenze, massimizza il benessere complessivo non permette di considerare adeguatamente la particolarità delle relazioni in gioco: le considerazioni parziali che potrebbero emergere da tale valutazione sono ritenute moralmente illegittime. Ma lo stesso vale per la tradizione liberale nelle sue varie formulazioni, a causa della visione individualistica dell'autonomia che la contraddistingue, dell'idealizzazione dell'indipendenza e del rischio di concepire le relazioni come una minaccia per la nostra autodeterminazione, e quindi qualcosa da cui proteggerci e di cui evitare l'interferenza, invece che come elementi costitutivi della nostra identità e alla base della nostra stessa autonomia. I limiti di un argomentare basato su queste teorie emergono chiaramente nell'analisi etica della pratica clinica, in cui da un lato è fondamentale poter considerare adeguatamente le peculiarità del singolo caso e i vincoli morali a esse correlati, non riconducibili alla sola massimizzazione delle conseguenze positive; e dall'altro è cruciale concepire l'autonomia in termini relazionali, tenendo in adeguata considerazione la vulnerabilità e l'interdipendenza dei vari soggetti in gioco. Da questi punti di vista l'etica della cura offre un contributo decisivo.

La riflessione sulla cura ci offre poi una ricchezza di spunti per quanto riguarda la riflessione sulla modalità di ragionamento morale che si associa a ciascuna proposta normativa. In questo senso gli spunti critici offerti dalla *care ethics* sono cruciali: di fatto il dibattito sulla cura condivide con prospettive antiteoriche l'attitudine critica "verso i tratti degeneri di un'impostazione astrattamente teorica: l'eccesso di impersonalità, il formalismo, il rigido deduttivismo e l'equiparazione della riflessione morale a un sapere tecnico"<sup>11</sup>.

L'originalità delle critiche mosse dalla prospettiva della cura sta nel collegarle alla valorizzazione di un modo alternativo di intendere il giudizio morale: la voce differente descritta da C. Gilligan dopotutto nasce proprio dall'analisi di modalità diverse di ragionare sui problemi etici. Le risorse offerte dalla cura in quest'ambito non sono dunque solo legate al monito di

10. Mi permetto di fare riferimento a un campo di ricerca che, come anticipato nell'introduzione, ho ampiamente frequentato negli ultimi anni e che per me costituisce un banco di prova e di sollecitazione per la riflessione filosofica.

11. Ivi, p. 45.

evitare i rischi legati a un'elaborazione teorica che non si alimenta del rapporto con l'esperienza morale concreta, bensì nascono dal delineare i tratti salienti di un approccio alternativo che riesca a coniugare astrazione e razionalità con la valorizzazione del ruolo delle emozioni e della concretezza e complessità della vita morale, fatta di situazioni e relazioni contestualizzate. La cura rifiuta dunque tutti gli approcci rigidamente razionalisti e meramente applicativi, invitando a un ragionare situato e attento sia alla normatività intrinseca di alcuni contesti, sia alle dinamiche relazionali e alle responsabilità a esse correlate. Anche in questo caso il riferimento alla bioetica clinica è illuminante: la pratica clinica è indubbiamente normativamente pregnante e un argomentare meramente applicativo e calato dall'alto risulta inevitabilmente insoddisfacente. Molto più produttivo appare ragionare *nelle* pratiche, attivando una riflessione che crei una sorta di circolarità tra criteri normativi universali e considerazioni morali particolari che emergono dalla singolarità dei casi. Si è visto come la dialettica tra universale e particolare sia al cuore del dibattito sulla cura, per quanto esso si focalizzi sulla riabilitazione della dignità filosofica del particolare più che sulle modalità di mantenere viva la tensione con l'universale.

È evidente come il contributo della cura in buona misura consista nel ripensare il rapporto tra teoria etica ed esperienza morale, per lo più criticando l'eccesso di teorizzazione e valorizzando maggiormente il contributo di una riflessione sull'esperienza. Questo emerge chiaramente se ci si sofferma sulle due aree del sistema etico che fanno maggiormente riferimento all'esperienza morale: motivazione e percezione.

Con "motivazione" mi riferisco alla riflessione sulla motivazione morale, quindi sulle dinamiche che spingono (o meno) gli agenti ad agire moralmente o, in altre parole, sul modo in cui il giudizio etico influenza la nostra effettiva condotta. Per quanto gli autori trattati non entrino nel dettaglio dell'articolato dibattito in materia<sup>12</sup>, l'approccio della cura di fatto si attesta su una forma di internalismo. La cura, infatti, è considerata un'attitudine che naturalmente ci spinge ad agire per rispondere all'altrui vulnerabilità, quindi il giudizio morale – che nasce dall'analisi critica delle responsabilità che una singola azione interpella – ha un'intrinseca forza motivazionale proprio perché legato a un'attitudine che ci caratterizza come specie. 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 giustezza dei nostri atti, dall'altra, non trova riscontro"<sup>13</sup>. Dunque, l'approccio della cura si discosta da posizioni

12. Per un'introduzione cfr. Rosati C.S. (2016), "Moral Motivation", in Zalta E.N. (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition). La voce è consultabile on-line: [plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-motivation](http://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-motivation).

13. Donatelli P. (2001), *La filosofia morale*, Laterza, Roma-Bari, p. 25.

razionaliste di stampo kantiano (pur internaliste), che fanno derivare l'autorità del comando morale dalla sola ragione, e si fa promotrice di una concezione più sentimentale della ragione che opera in etica.

Direttamente correlato alla dimensione della motivazione morale è il ripensamento dell'immagine del soggetto e delle relazioni umane alla base delle teorie morali dominanti su cui la riflessione della cura tanto insiste. Nel percorso fin qui svolto si è insistito molto sull'importanza dell'indagine antropologica per l'elaborazione filosofica e sulla rilevanza del contributo che l'etica della cura offre a questo livello. Mi preme sottolineare ancora una volta quanto il tema della relazionalità, e del ripensamento in chiave intersoggettiva di molte categorie filosofiche, sia imprescindibile per l'etica contemporanea. Per fare solo un esempio, nello stesso ambito della bioetica, la pandemia di Covid-19 ha reso drammaticamente evidente la necessità di analisi in grado di intercettare il modo in cui la dimensione relazionale è stata chiamata in causa, sia al micro-livello dell'esperienza di ciascuno (si pensi al distacco forzato dalla rete dei propri affetti che le misure di contenimento del contagio hanno imposto), sia al macro-livello del legame sociale (su scala locale e globale).

Questo ripensamento in chiave relazionale del soggetto è legato a sua volta a una concezione della vita etica come fondata 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<sup>14</sup>. Si potrebbe dire che questa prospettiva proponga una visione più "positiva" 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. Far coincidere la filosofia morale con la teoria normativa finirebbe infatti per privarci di importanti risorse di significato, ed è proprio da questo che l'etica della cura ci mette in guardia.

14. Va detto che il rispetto stesso viene interpretato da alcuni autori in termini che lo avvicinano molto alla sollecitudine e quindi alla cura. Si pensi ad esempio alla caratterizzazione proposta da M. Reichlin: "Il termine 'rispetto' è particolarmente appropriato in quanto contiene un esplicito riferimento allo sguardo; esso deriva dal latino *re-spicere*, che significa primariamente guardare indietro, volgersi a guardare, e quindi anche guardare di nuovo, *considerare con cura* e perciò avere riguardo, considerazione per qualcuno. Il rispetto è un ri-guardare che non indica un'attenzione distaccata, che tiene a distanza, ma un avere riguardo, e perciò dimostrare *una prossimità attiva e sollecita*" (Reichlin M. (2007), *Aborto. La morale oltre il diritto*, Carocci, Roma, p. 14, enfasi mie).

Anche sul piano della percezione morale, l'ultima area dell'etica prima chiamata in causa, la riflessione sulla cura si rivela preziosa. Come già detto, il tema della percezione morale come preconditione della vita morale – e quindi del giudizio e del comportamento morali – è spesso trascurato dall'etica filosofica, 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 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”<sup>15</sup>. 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 situazioni<sup>16</sup>: “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”<sup>17</sup>.

Da questo punto di vista è chiaro il contributo che l'etica della cura può portare, come si è messo in luce trattando delle riflessioni in tema di epistemologia morale. La categoria della cura permette infatti di intercettare le problematiche legate alla percezione morale, in quanto la buona relazione di cura nasce innanzitutto da un'attitudine all'ascolto e al riconoscimento dell'altro, da un modo di porsi emotivamente connotato che affina proprio le capacità percettive e permette di cogliere la molteplicità di modi e le sfumature con cui la dimensione etica entra in gioco nelle singole situazioni. Anche in questo caso la pregnanza dell'approccio della cura si evidenzia nell'ambito della bioetica clinica. Da un lato, il tema della percezione in quest'ambito è cruciale: certo, per l'analisi etica della pratica clinica servono criteri normativi e analisi rigorose che permettano di argomentare in modo competente, ma molti casi di rilievo etico o in cui si manifestano mancanze di rispetto o violazioni della dignità sono casi in cui la condotta biasimevole deriva da una mancanza a livello percettivo – che può andare dall'incapacità di discernere i valori in gioco al mancato riconoscimento dell'altro. D'altro lato, la riflessione sui singoli casi porta a valorizzare una modalità di ragio-

15. Vetlesen A.J. (1994), *Perception, Empathy and Judgment. An Inquiry into the Preconditions of Moral Performance*, The Pennsylvania State University Press, University Park, PA, p. 5.

16. Carse A.L. (1991), “The ‘Voice of Care’: Implications for Bioethical Education”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16/1, pp. 5-28, cfr. p. 14.

17. Vetlesen A.J. (1994), *Perception, Empathy and Judgment*, cit., p. 4.

namento vicina alla voce della cura – che, come si ricorderà, C. Gilligan individua proprio a partire da un modo diverso di affrontare i dilemmi morali –, vale a dire attenta a cogliere le relazioni in gioco, le diverse responsabilità, le peculiarità dei contesti, i dettagli – non tanto ad astrarre per ragionare sul piano dei principi. Questi due elementi giustificano anche la valorizzazione dell'area della percezione nelle attività di formazione etica per gli operatori sanitari – attività che peraltro a loro volta stimolano interessanti riflessioni a livello teoretico sul significato e le metodologie dell'insegnamento dell'etica, tra cui proprio la problematizzazione dell'enfasi eccessiva sulla sola componente normativa.

Quale posto riservare allora alla cura in etica? Confido che il percorso svolto fin qui abbia dimostrato innanzitutto che un posto le va riservato, proprio in virtù della sua rilevanza etica, che è emersa sotto molteplici aspetti. Ma quale ruolo affidarle? Si è visto che la cura offre risorse preziose a diversi livelli del sistema morale e questo è in effetti uno degli aspetti interessanti di tale categoria: il fatto di riuscire a tenere insieme le diverse dimensioni dell'etica fin qui discusse – il livello della teorizzazione, delle pratiche, delle questioni di senso. Nonostante i limiti più volte ricordati, soprattutto a livello fondativo e di discussione dello statuto morale, l'etica della cura ci consegna indubbiamente risorse importanti: una necessaria attitudine critica verso alcuni tratti degeneri della filosofia morale moderna; l'enfasi sul ruolo cruciale della riflessione antropologica e una visione dell'uomo convincente incentrata sulla relazionalità e l'interdipendenza; l'ampliamento dello sguardo morale dalle questioni normative alle questioni di senso. Forse più di tutto, però, la voce della cura ci consegna un *lessico*, parole e riflessioni in grado di veicolare una visione più ricca e più ampia del campo dell'etica e di illuminare aspetti ingiustamente tralasciati dell'esperienza morale.





## Bibliografia

- Allmark P. (1995), "Can There Be an Ethics of Care?", *Journal of Medical Ethics*, 21/1, pp. 19-24.
- Bailey A. (1994), "Mothering, Diversity, and Peace Politics", *Hypatia*, 9/2, pp. 188-198.
- Baier A. (1985), *Postures of the Mind. Essays on Mind and Morals*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Baier A. (1995), *Moral Prejudices: Essays on Ethics*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Benhabib S. (1987), "The Generalized and the Concrete Other: The Kohlberg-Gilligan Controversy and Feminist Theory", in Benhabib S., Cornell D. (eds.), *Feminism as Critique. On the Politics of Gender*, University of Minnesota Press, Minneapolis, pp. 77-95.
- Benner P. (1997), "A Dialogue Between Virtue Ethics and Care Ethics", *Theoretical Medicine*, 18/1-2, pp. 47-61.
- Betzler M. (2018), "Ripensare l'importanza morale dell'empatia", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni. Un'alleanza complessa*, il Mulino, Bologna, pp. 105-127.
- Bishop A.H., Scudder J.R. (1991), "Nursing as Caring", in Bishop A.H., Scudder J.R., *Nursing: The Practice of Caring*, National League for Nursing, New York, pp. 53-76.
- Blum L.A. (1988), "Gilligan and Kohlberg: Implications for Moral Theory", *Ethics*, 98/3, pp. 472-491.
- Blum L.A. (1991), "Moral Perception and Particularity", *Ethics*, 101/4, pp. 701-725.
- Botti C. (2000), *Bioetica ed etica delle donne. Relazioni, affetti, potere*, Zadig, Milano.
- Botti C. (2012), *Prospettive femministe. Morale, bioetica e vita quotidiana*, Espress, Torino. Il testo è stato ripubblicato nel 2014 presso Mimesis, Sesto San Giovanni.
- Botti C. (2017), "Il ritorno all'ordinario, la trasformazione dell'etica e la cura", *Iride*, 80/1, pp. 171-182.

- Botti C. (2018), *Cura e differenza. Ripensare l'etica*, LED, Milano.
- Bradner A. (2013), "Using 'Structure' to Understand Justice and Care as Different Worlds", *Topoi*, 32/1, pp. 111-122.
- Bradshaw A. (1996), "Yes! There is an Ethics of Care: An Answer for Peter Allmark", *Journal of Medical Ethics*, 22/1, pp. 8-12.
- Brotto S. (2013), *Etica della cura. Una introduzione*, Orthotes, Napoli.
- Bubeck D. (1998), "Ethic of Care and Feminist Ethics", *Women's Philosophy Review*, 18, pp. 22-50.
- Card C. (1990), "Caring and Evil", *Hypatia*, 5/1, pp. 101-108.
- Carse A.L. (1991), "The 'Voice of Care': Implications for Bioethical Education", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16/1, pp. 5-28.
- Carse A.L. (1994), "The Liberal Individual: A Metaphysical or Moral Embarrassment?", *Noûs*, 28/2, pp. 184-209.
- Carse A.L. (1998), "Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 153-169.
- Carse A.L. (2005), "The Moral Contours of Empathy", *Ethical Theory and Moral Practice*, 8/1-2, pp. 169-195.
- Carse A.L. (2006), "Vulnerability, Agency, and Human Flourishing", in Taylor C., Dell'Oro R. (eds.), *Health and Human Flourishing*, Georgetown University Press, Washington D.C., pp. 33-52.
- Cattorini P. (2010), "La persona del malato e la bioetica della cura: una sfida per la città", in Savi M., Cattorini P., Novarini A., Mazzucchi A. (a cura di), *Per una bioetica della cura*, Mattioli 1885, Fidenza, pp. 17-52.
- Cattorini P. (2014), *Cura*, Edizioni Messaggero, Padova.
- Curzer H.J. (2007), "Aristotle: Founder of the Ethics of Care", *The Journal of Value Inquiry*, 41/2-4, pp. 221-243.
- Da Re A. (2003), *Filosofia morale*, Mondadori, Milano.
- De Anna G., Donatelli P., Mordacci R. (2019), *Filosofia morale. Fondamenti, metodi, sfide pratiche*, Le Monnier Università, Firenze.
- De Anna G. (2019), "Etiche pratiche", in De Anna G., Donatelli P., Mordacci R. (2019), *Filosofia morale. Fondamenti, metodi, sfide pratiche*, Le Monnier Università, Firenze, pp. 234-263.
- Decoste J., Boyd D. (2009), "An 'Ideal' Home for Care: Nel Noddings, Thomas Hill Green, and an Ontological Support for a Phenomenology of Care", *Interchange*, 40/3, pp. 309-334.
- Dodds S. (2000), "Choice and Control in Feminist Bioethics", in Mackenzie C., Stoljar N. (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", *Bioethics*, 21/9, pp. 500-510.
- Donatelli P. (2001), *La filosofia morale*, Laterza, Roma-Bari.
- Donatelli P. (2018), *Il lato ordinario della vita. Filosofia ed esperienza comune*, il Mulino, Bologna.

- Donatelli P. (2019), “Modelli dell’etica”, in De Anna G., Donatelli P., Mordacci R., *Filosofia morale. Fondamenti, metodi, sfide pratiche*, Le Monnier Università, Firenze, pp. 36-60.
- Donovan J., Adams C. (2007, eds.), *The Feminist Care Tradition in Animal Ethics*, Columbia University Press, New York.
- Dye E. (2009), “Sorge in Heidegger and in Goethe’s Faust”, *Goethe Yearbook*, 16/1, pp. 207-218.
- Edwards S.D. (2009), “Three Versions of an Ethics of Care”, *Nursing Philosophy*, 10/4, pp. 231-240.
- Edwards S.D. (2011), “Is There a Distinctive Care Ethics?”, *Nursing Ethics*, 18/2, pp. 184-191.
- Engster D. (2006), “Care ethics and Animal Welfare”, *Journal of Social Philosophy*, 37/4, pp. 521-536.
- Fabris A., Cimino A. (2009), *Heidegger*, Carocci, Roma.
- Fineman M.A. (2008), “The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition”, *Yale Journal of Law and Feminism*, 20/1, pp. 1-24.
- Fisher B., Tronto J.C. (1990), “Toward a Feminist Theory of Caring”, in Abel E., Nelson M. (eds.), *Circles of Care*, SUNY Press, Albany, pp. 35-62.
- Foucault M. (2001), *L’herméneutique du sujet. Cours au Collège de France 1981-1982*, Seuil / Gallimard, Paris; trad. it. di M. Bertani, *L’ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2003.
- French W., Weis A. (2000), “An Ethics of Care or an Ethics of Justice”, *Journal of Business Ethics*, 27/1, pp. 125-136.
- Gastmans C. (2006), “The Care Perspective in Healthcare Ethics”, in Davis A., Tschudin V., de Raeve L. (eds.), *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspective and Methods*, Elsevier, Edinburgh, pp. 135-148.
- Gilligan C. (1982), *In a Different Voice. Psychological Theory and Women’s Development*, Harvard University Press, Cambridge MA; 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.
- Goodin R.E. (1985), *Protecting the Vulnerable. A Reanalysis of Our Social Responsibilities*, The University of Chicago Press, Chicago-London.
- Griffin A.P. (1983), “A Philosophical Analysis of Caring in Nursing”, *Journal of Advanced Nursing*, 8/4, pp. 289-295.
- Groenhout R. (1998), “Care Theory and the Ideal of Neutrality in Public Moral Discourse”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 170-189.
- Heidegger M. (1927), *Sein und Zeit*, Max Niemeyer Verlag, Tübingen; 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’”, *Hypatia*, 5/1, pp. 109-114.
- Houston B. (1990), “Caring and Exploitation”, *Hypatia*, 5/1, pp. 115-119.
- Igino, *Miti*, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000.
- Jecker N.S., Self D.J. (1991), “Separating Care and Cure: An Analysis of Historical and Contemporary Images of Nursing and Medicine”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16/3, pp. 285-306.
- Jollimore T. (2020), “Impartiality”, in Zalta E.N. (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2020 Edition): [plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/impartiality/](https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/impartiality/).
- Kittay E.F. (1991), “In Whose Different Voice?”, *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”, *Concilium*, 2, pp. 142-157.
- Kittay E.F. (2006), “The Concept of Care Ethics in Biomedicine”, in Rehmann-Sutter C., Düwell M., Mieth D. (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”, *APA Newsletter*, 6/2, pp. 3-7.
- Kittay E.F. (2009), “The Moral Harm of Migrant Carework”, *Philosophical Topics*, 37/2, pp. 53-73.
- Kittay E.F., Jennings B., Wasunna A. (2005), “Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care”, *The Journal of Political Philosophy*, 13/4, pp. 443-469.
- Klonoski R.J. (1984), “‘Being and Time’ Said All at Once: An Analysis of Section 42”, *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., Singer P., Rickard M. (1998), “Reconciling Impartial Morality and a Feminist Ethic of Care”, *The Journal of Value Inquiry*, 32/4, pp. 451-463.
- Ladrière J. (1997), *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*, Aubier-Montaigne, Paris; trad. it. *I rischi della razionalità. La sfida della scienza e della tecnologia alle culture*, SEI, Torino 1978.
- Laugier S. (2010), “L’éthique du care en trois subversions”, *Multitudes*, 42/3, pp. 112-125.
- Laugier S. (2010), “La cura: l’etica come politica dell’ordinario”, *Iride*, 60/2, pp. 293-315.

- Laugier S. (2015), *Etica e politica dell'ordinario*, Milano, LED.
- Laugier S. (2015), "Care, the Environment, and Global Ethics", *Cahiers du Genre*, 59/2, pp. 127-152.
- Laugier S. (2016), "Care, the Ordinary, Forms of Life", *Iride*, 77/1, pp. 109-121.
- Leget C. (2013), "Analyzing Dignity: A Perspective from the Ethics of Care", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16/4, pp. 945-952.
- Leget C., Gastmans C., Verkerk M.A. (2011, eds.), *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*, Peeters, Leuven.
- Little M.O. (1995), "Seeing and Caring: The Role of Affect in Feminist Moral Epistemology", *Hypatia*, 10/3, pp. 117-137.
- Little M.O. (1998), "Care: From Theory to Orientation and Back", *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. (2000, eds.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, New York.
- Maeckelberghe E. (2004), "Feminist Ethic of Care: A Third Alternative Approach", *Health Care Analysis*, 12/4, pp. 317-327.
- Manning R.C. (1998), "A Care Approach", in Kuhse H., Singer P. (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 Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (a cura di), *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'", *Auslegung*, 15/1, pp. 1-20.
- Martinsen E.H. (2011), "Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye", *Health Care Analysis*, 19/1, 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", *International Philosophical Quarterly*, 5/3, pp. 462-474.
- McAfee N.C. (2001), "Book Review: 'Love's Labor' by E. Feder Kittay", *Metaphilosophy*, 32/3, pp. 344-350.
- Molinier P., Laugier S., Paperman P. (2009, sous la direction de), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot & Rivages, Paris.
- Mordacci R. (1996), "Brevi note critiche sull'etica della cura", in P. Cattorini (a cura di), *Procreazione assistita e tutela del figlio*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 59-76.
- 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 (a cura di), *L'etica negli ambiti di vita*, PROGET Edizioni, Padova, pp. 61-81.

- Mordacci R. (2012), *Rispetto*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano.
- Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mortari L., Camerella A. (2014), *Fenomenologia della cura*, Liguori, Napoli.
- Nelson H.L. (1992), "Against Caring", *The Journal of Clinical Ethics*, 3/1, pp. 8-15.
- Noddings N. (1984, 2013<sup>2</sup>), *Caring*, University of California Press, Berkeley.
- Noddings N. (1990), "A Response", *Hypatia*, 5/1, pp. 120-126.
- Noddings N. (1992), "In Defense of Caring", *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.
- Nordhaug M., Nortvedt P. (2011), "Justice and Proximity: Problems for an Ethics of Care", *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 3-14.
- Nortvedt P. (2003), "Levinas, Justice and Health Care", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6/1, pp. 25-34.
- Olafson F.A. (1998), *Heidegger and the Ground of Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Palazzani L. (2012), "L'etica della cura: percorsi filosofici declinati al femminile", in Amato Mangiameli A.C. (a cura di), *Donne tra storia e politica*, Giappichelli, Torino, pp. 122-130.
- Paperman P. (2018), "Amore, genere e sensibilità morale: una storia politica", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni. Un'alleanza complessa*, il Mulino, Bologna, pp. 69-82.
- Paperman P., Laugier S. (2011, sous la direction de), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (nouvelle édition augmentée), Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- Paulsen J.E. (2011), "A Narrative Ethics of Care", *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 28-40.
- Pettersen T. (2011), "The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications", *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 51-64.
- Pulcini E. (2001), *L'individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pulcini E. (2003), *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pulcini E. (2009), *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Pulcini E. (2018), "Quali emozioni motivano alla cura?", in Pulcini E., Bourgault S. (a cura di), *Cura ed emozioni. Un'alleanza complessa*, il Mulino, Bologna, pp. 25-47.
- Pulcini E., Bourgault S. (2018, a cura di), *Cura ed emozioni. Un'alleanza complessa*, il Mulino, Bologna.
- Rawls J. (1971, 1999), *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge MA; trad. it. di U. Santini, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982, 2008.

- Recalcati M. (2015), *Le mani della madre. Desiderio, fantasmi ed eredità del materno*, Feltrinelli, Milano.
- Reich W.T. (1995), "Care. I. History of the Notion of Care", in Reich W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York, pp. 319-331.
- Reich W.T. (1996), "Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?", in Cattorini P., Mordacci R., Reichlin M. (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano, pp. 231-254.
- Reich W.T. (2014), "Care. I. History of the Notion of Care", in Jennings B. (ed.), *Bioethics. 4th edition*, Macmillan Reference, Farmington Hills, vol. 2, pp. 476-489.
- Reichlin M. (2007), *Aborto. La morale oltre il diritto*, Carocci, Roma.
- 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.
- Rosati C.S. (2016), "Moral Motivation", in Zalta E.N. (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition): [plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-motivation](http://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-motivation).
- Ruddick S. (1980), "Maternal Thinking", *Feminist Studies*, 6/2, pp. 342-367.
- Ruddick S. (1989, 1995<sup>2</sup>), *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Beacon Press, Boston; trad. it. di E. Manzoni (sulla prima edizione), *Il pensiero materno*, Red edizioni, Milano 1993.
- Rudnick A. (2001), "A Meta-Ethical Critique of Care Ethics", *Theoretical Medicine*, 22/6, pp. 505-517.
- Sandel M. (1982), *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. di S. D'Amico, *Il liberalismo e i limiti della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1994.
- Senchuk D.M. (1990), "Listening to a Different Voice: A Feminist Critique of Gilligan", *Studies in Philosophy and Education*, 10/3, 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", *Theoretical Medicine*, 13/4, pp. 295-318.
- Skærbæk E. (2011), "Navigating in the Landscape of Care: A Critical Reflection on Theory and Practise of Care and Ethics", *Health Care Analysis*, 19/1, pp. 41-50.
- Slicer D. (1990), "Teaching with a Different Ear: Teaching Ethics After Reading Carol Gilligan", *The Journal of Value Inquiry*, 24/1, pp. 55-65.
- Slote M. (2007), *The Ethics of Care and Empathy*, Routledge, London.
- Slote M. (2010), *Moral Sentimentalism*, Oxford University Press, New York.
- Slote M. (2017), "The Many Faces of Empathy", *Philosophia*, 45/3, pp. 843-855.
- Songhorian S. (2020), *Etica e scienze cognitive*, Carocci, Roma.
- Stack G.J. (1969), "Concern in Kierkegaard and Heidegger", *Philosophy Today*, 13/1, pp. 26-35.
- Taylor C. (1989), *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Harvard University Press, Cambridge MA; trad. it. di R. Rini, *Radici dell'io. La costruzione dell'identità moderna*, Feltrinelli, Milano 1993.



- Tong R. (1998), “The Ethics of Care: A Feminist Virtue Ethics of Care for Healthcare Practitioners”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 131-152.
- Torrallba 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”, *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. (2009), “Care démocratique et démocraties du care”, in Molinier P., Laugier S., Paperman P. (sous la direction de), *Qu’est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot & Rivages, Paris, pp. 35-55.
- Tronto J.C. (2010), “Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose”, *Ethics and Social Welfare*, 4/2, pp. 158-171.
- Tronto J.C. (2011), “Democracy becomes care; Care becomes democracy”, in Leget C., Gastmans C., Verkerk M.A. (eds.), *Care, Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*, Peeters, Leuven, pp. 33-49.
- Tronto J.C. (2013), *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*, New York University Press, New York-London.
- Tronto J.C. (2015), *Who cares? How to Reshape a Democratic Politics*, Cornell University Press, Ithaca-London.
- Turoldo F. (2011), *Bioetica e reciprocità. Una nuova prospettiva sull’etica della vita*, Città Nuova, Roma.
- Valadier P. (2003), “Democrazia di cittadini senza ‘Sé’?”, in Pavan A. (a cura di), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un’idea*, il Mulino, Bologna, pp. 293-312.
- Valadier P. (2011), “Apologie de la vulnérabilité”, *Études*, 414/2, pp. 199-210.
- Van Schie T., Seedhouse D. (1997), “The Importance of Care”, *Health Care Analysis*, 5/4, pp. 283-291.
- Vanlaere L., Gastmans C. (2007), “L’etica della cura: un approccio personalista”, in Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (a cura di), *L’etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano, pp. 111-130.
- Vanlaere L., Gastmans C. (2011), “A personalist approach to care ethics”, *Nursing Ethics*, 18/2, pp. 161-173.
- Veatch R.M. (1998), “The Place of Care in Ethical Theory”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23/2, pp. 210-224.
- Verkerk M.A. (2001), “The Care Perspective and Autonomy”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4/3, pp. 289-294.
- Vetlesen A.J. (1994), *Perception, Empathy and Judgment. An Inquiry into the Preconditions of Moral Performance*, The Pennsylvania State University Press, University Park, PA.
- Vezeau T.M. (1992), “Caring: From Philosophical Concerns to Practice”, *The Journal of Clinical Ethics*, 3/1, pp. 18-20.

- Viafora C. (2019), “La forza delle ragioni: teorie e metodi dell’argomentazione bioetica”, in Viafora C., Furlan E., Tusino S. (a cura di), *Questioni di vita. Un’introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano, pp. 57-78.
- Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (2007, a cura di), *L’etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Virgilio, *Eneide*, trad. it. di R. Calzecchi Onesti, Einaudi, Milano 1989.
- Volpi F. (1992), “L’esistenza come ‘praxis’. Le radici aristoteliche della terminologia di ‘Essere e tempo’”, in G. Vattimo (a cura di), *Filosofia* '91, Laterza, Roma-Bari, pp. 215-252.
- Walker M.U. (1989), “What Does the Different Voice Say?: Gilligan’s Women and Moral Philosophy”, *The Journal of Value Inquiry*, 23/2, pp. 123-134.
- Walker M.U. (1989), “Moral Understandings: Alternative ‘Epistemology’ for a Feminist Ethics”, *Hypatia*, 4/2, pp. 15-28.
- Walker M.U. (1991), “Partial consideration”, *Ethics*, 101/4, pp. 758-774.



# Indice dei nomi

- Adams C., 78n  
Allmark P., 13n, 18 e n, 19 e n  
Augusto, 61 e n
- Baier A., 53n, 92n, 96  
Bailey A., 24 e n  
Benhabib S., 84n, 90n, 102 e n  
Betzler M., 94n  
Bishop A.H., 74n  
Blum L.A., 97n, 101 e n  
Botti C., 11n, 13n, 26n, 28n, 95n, 96 e n, 104 e n  
Bourgault S., 94n  
Bradshaw A., 16n, 17n, 19n  
Braidotti R., 96n  
Brugère F., 94n  
Bubeck D., 47n, 52n  
Butler J., 96n
- Camerella A., 75n  
Card C., 18n, 45n, 47n, 52n  
Carse A.L., 47n, 51 e n, 81 e n, 86n, 87n, 94n, 96 e n, 99 e n, 101 e n, 118n  
Cattorini P., 62n, 83n  
Cavell S., 103 e n  
Cimino A., 70n
- Da Re A., 54n  
De Anna G., 67n  
Diamond C., 103  
Dodds S., 80n  
Donatelli P., 53n, 104n, 116n  
Donovan J., 78n  
Dye E., 65 e n
- Edwards S.D., 13n, 31 e n  
Engster D., 78n
- Fabris A., 70n  
Fineman M.A., 87n  
Fisher B., 28 e n, 108n  
Foscolo U., 60  
Foucault M., 61 e n  
French W., 12n
- Gastmans C., 11n, 78n, 79n, 85 e n  
Gilligan C., 7, 12 e n, 13 e n, 14, 16 e n, 44n, 46-48, 49n, 52, 55n, 89, 90, 115, 119  
Goethe J.W., 9, 63 e n, 65n, 66-67  
Goodin R.E., 35 e n  
Guidorizzi G., 61n
- Heidegger M., 9, 58, 62, 69, 70 e n, 71 e n, 72n, 73, 74 e n, 75-76, 109  
Held V., 8, 11 e n, 21n, **38-44**, 46, 47n, 49 e n, 50 e n, 51 e n, 52, 53n, 54, 83n, 86n, 94, 99n, 113  
Herder J.G., 71n  
Hobbes T., 88, 102  
Houston B., 47n  
Hume D., 92n, 93n, 96  
Husserl E., 70  
Hutcheson F., 93n
- Igino, 61 e n, 62n, 67, 70
- Janssens L., 86  
Jennings B., 34n, 37n  
Jollimore T., 99n

- Kant I., 76  
 Kittay E.F., 8, **32-38**, 45, 47, 49 e n, 52, 54,  
 82 e n, 94, 110, 112, 114  
 Klonoski R.J., 71n  
 Kohlberg L., 12 e n, 14n, 48  
 Kuhse H., 13n, 46n, 47n, 51n
- Lacan J., 24n  
 Ladrière J., 113n  
 Laugier S., 46n, 55n, 78n, 103 e n, 104  
 Lecaldano E., 96  
 Lévinas E., 85  
 Little M.O., 47n, 48n, 51n, 55n, 93n, 95n, 97n  
 Locke J., 88  
 Løgstrup K., 58n, 85
- MacIntyre A., 86n  
 Mackenzie C., 84n  
 Manzoni A., 59n  
 Marsico G., 26n  
 Martinez R., 72n  
 Martinsen E.H., 68n  
 McAfee N.C., 38 e n  
 Mordacci R., 11n, 19n, 53 e n, 54n, 79n, 91n,  
 113n  
 Mortari L., 68n, 69, 74 e n, 75 e n, 76-77  
 Murdoch I., 23
- Nelson H.L., 12n, 17 e n, 18 e n, 25n, 45n,  
 47n, 52n  
 Noddings N., 8, **14-19**, 25n, 29, 31, 44 e n,  
 45 e n, 46-47, 53n, 54, 94, 112  
 Nortvedt P., 48n, 85 e n
- Olafson F.A., 74n
- Palazzani L., 46n, 82n  
 Paperman P., 67n, 93n, 103n  
 Petterson T., 85 e n  
 Pulcini E., 78n, 87, 88 e n, 89 e n, 90n, 94n,  
 97 e n, 98
- Rawls J., 36 e n, 38, 102  
 Recalcati M., 24n  
 Reich W.T., 9, 58 e n, 59 e n, 60, 62 e n, 63,  
 65 e n, 66-67, 70n, 74n, 113  
 Reichlin M., 117n
- Rickard M., 13n, 46n, 47n, 51n  
 Ricoeur P., 66n, 108-109, 117  
 Rosati C.S., 116n  
 Rose H.J., 62  
 Ruddick S., 8, **19-27**, 45, 47n, 67, 94, 110 e n
- Sandel M., 86n  
 Scudder J.R., 74n  
 Selling J., 86  
 Senchuk D.M., 13n  
 Seneca, 61 e n, 66  
 Sharpe V.A., 14n  
 Singer P., 13n, 46n, 47n, 51n  
 Skærbæk E., 85 e n  
 Slicer D., 14n  
 Slote M., 92n, 94 e n, 95 e n  
 Smith A., 93n  
 Songhorian S., 93n  
 Spivak G.C., 96n  
 Stack G.J., 70n  
 Stein E., 75  
 Stoljar N., 84n
- Taylor C., 86n  
 Tocqueville A. de, 88-89  
 Tronto J.C., 8, 13n, 16 e n, **27-32**, 45-47, 52,  
 54, 58, 67, 77-78, 108 e n, 109, 110 e  
 n, 114  
 Turoldo F., 109n
- Valadier P., 81n, 82n, 84n  
 Vanlaere L., 78n, 79n, 85 e n  
 Veatch R.M., 47n, 51n, 54n  
 Verkerk M.A., 11n, 83n  
 Vetlesen A.J., 118n  
 Viafora C., 10, 47n, 79n, 113n  
 Virgilio, 60 e n, 61 e n, 64, 66  
 Volpi F., 70 e n, 71n
- Walker M.U., 13 e n, 14 e n, 17 e n, 18 e n,  
 92n, 100 e n, 105n  
 Wasunna A., 34n, 37n  
 Weil S., 23  
 Weis A., 12n  
 Wittgenstein L., 20, 103 e n
- Zambrano M., 75



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

[http://www.francoangeli.it/come\\_publicare/publicare\\_19.asp](http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



## STUDI E RICERCHE DI BIOETICA E SCIENZE UMANE

Il lessico della cura, rimasto ai margini per decenni, è sempre più presente nel dibattito pubblico contemporaneo. Che si parli di fine vita e dell'accompagnamento di persone con patologie cronico-degenerative, di questioni etiche correlate alla pandemia di Covid-19 o della gestione del cambiamento climatico, il riferimento alle categorie della vulnerabilità, dell'interdipendenza e della cura è pervasivo. Per certi versi si tratta di una rivincita per un approccio alla riflessione morale – l'etica della cura – che proprio della rivendicazione della centralità etica di queste categorie ha fatto il suo obiettivo, ma che ha conosciuto più critiche che consensi, faticando ad affermarsi come alternativa credibile alle teorie etiche più diffuse.

La *care ethics* è nata negli anni Ottanta del Novecento per esplorare le implicazioni filosofiche della “voce differente” descritta dalla psicologa dello sviluppo morale Carol Gilligan. L'idea che valorizzare alcuni aspetti della vita morale, particolarmente rilevanti nell'esperienza delle donne, potesse suggerire un approccio alla filosofia morale alternativo rispetto alle teorie etiche dominanti ebbe grande risonanza, in particolare all'interno della riflessione femminista statunitense. Nel tempo, tuttavia, il dibattito sulla cura ha assunto una dimensione globale ed è arrivato a includere autori con approcci filosofici molto diversi tra loro. Al cuore di questa prospettiva morale vi sono due elementi: la difesa di un'antropologia che enfatizzi la nostra vulnerabilità e interdipendenza e la rivendicazione della rilevanza morale delle relazioni di cura, che accompagnano e rendono possibile la vita di ciascuno di noi.

Nella convinzione che si tratti di elementi cruciali per la riflessione etica, oltre che per affrontare le sfide del tempo attuale, questo studio si propone di offrire un'introduzione all'etica della cura basata, da un lato, sulla ricostruzione della nascita del dibattito e l'analisi critica delle opere fondative e, dall'altro, sulla discussione di alcuni dei principali snodi teorici del dibattito contemporaneo. L'obiettivo è far emergere le risorse che una riflessione sulla cura può offrire per ripensare la filosofia morale oggi.

**Silvia Tusino** svolge attività di ricerca post-dottorato in Filosofia morale presso il Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università di Padova. Si occupa di etica della cura, etica clinica ed etica della ricerca biomedica e fa parte del Gruppo di ricerca “Filosofia morale e bioetica” (fondato e diretto da Corrado Viafora). È attiva nei comitati etici e nella formazione bioetica del personale sanitario. Ha curato, con C. Viafora ed E. Furlan, il volume *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica* (FrancoAngeli, 2019).