

ELENA PULCINI

CURA DI SÉ, CURA DELL'ALTRO¹1. *Riabilitare la cura*

L'IDENTIFICAZIONE tra la cura e le donne è così profondamente radicata nel nostro immaginario da affiorare inintenzionalmente alla coscienza, malgrado le radicali trasformazioni che hanno investito il soggetto femminile negli ultimi decenni.

Ora, il problema consiste nel fatto che questa identificazione produce un effetto *ambivalente*. Da un lato, evoca quell'immagine tradizionale, tutta materna e oblativa delle donne, che le ha confinate alla funzione sussidiaria di sollecite custodi dei bisogni e delle aspettative dell'altro, relegate nella sfera privata ed escluse dalla sfera pubblica. Dall'altro, essa viene assunta come una preziosa eredità che bisogna valorizzare per recuperare aspetti rimossi dal pensiero occidentale, restituire dignità alla "differenza" delle donne, pensare una diversa forma di soggettività. È questo, come ora vedremo, il caso della riflessione femminista contemporanea.

Questa ambivalenza ci impone di interrogarci più a fondo sulla nozione stessa di cura. In altri termini: di cosa parliamo quando parliamo di cura?

Il tema in verità è presente in diversi momenti del pensiero antico e moderno: dalle riflessioni di Virgilio e Seneca, nelle quali già emerge il doppio volto della cura come condizione onerosa ed ansiogena e come sollecita attenzione, alla tradizione della cura delle anime di socratica origine; da Kierkegaard, che vi vede ciò che si può opporre all'eccessiva astrattezza della filosofia, ad Heidegger, il quale ne fa la struttura fondamentale del *Dasein* e propone un'ontologia della cura come

¹ La versione francese di questo saggio, con alcune leggere variazioni, è stata pubblicata col titolo *Donner le care*, «Revue du MAUSS», 39 (2012), pp. 49-66. Per una trattazione più ampia di alcuni dei temi trattati in questo saggio, rinvio al mio *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Torino 2009.

ciò rende conto dell'unità e dell'autenticità del Sé, sottolineandone allo stesso tempo il duplice versante di *preoccupazione* e *sollecitudine*; fino ad Hans Jonas, il quale individua nella cura il fondamento di un'etica della responsabilità che sia all'altezza delle trasformazioni prodotte dalla civiltà della tecnica. C'è persino un mito originario della cura, poco noto in effetti, in cui essa appare come ciò che conserva e tiene insieme l'umano².

È vero però che nella nostra tradizione disponiamo solo di momenti isolati di attenzione alla cura che non hanno prodotto significativi sviluppi. E soprattutto è innegabile che, dal momento in cui la cura viene riconosciuta come una qualità eminentemente femminile - nell'accezione che viene oggi ben sintetizzata dal termine inglese "care"- , essa subisce un processo di svalutazione e di marginalizzazione che accomuna il suo destino con quello delle donne.

La riflessione femminista contemporanea ha ben mostrato, a partire dal testo fondativo di Carol Gilligan *In a different voice*³, come si tratti di una dimensione svalutata dal pensiero occidentale e moderno, decisamente più attento, nella sua parabola *mainstream*, ad altre tematiche, come la libertà e i diritti, l'uguaglianza e la giustizia.

Il caso più interessante è a mio avviso, nella modernità, quello di Rousseau, in quanto egli propone una inedita visione di valorizzazione della cura, ma allo stesso tempo ne sancisce una funzione riduttiva, confinata, appunto al privato e alle donne. Rousseau fonda sulla differenza dei sessi l'opposizione tra una sfera pubblica di competenza del maschile e una sfera privata governata dal femminile, e conferisce alla donna uno statuto di soggetto che fino ad allora le era di fatto precluso. Ma lo fa sancendo la sua esclusione dalle vicende del mondo e dall'agire razionale, e la sua identificazione con quell'immagine materna, tutta dedicata alla sfera intima e alle relazioni familiari, che sarà destinata a diventare un vero e proprio pilastro della modernità. Il privato as-

² Cfr. P. FABBRI, *Abbozzi per una finzione della cura*, in L. PRETA, P. DONGHI (a c. di), *In principio era la cura*, Roma-Bari 1995.

³ C. GILLIGAN, *In a Different Voice*, Cambridge Mass-London 1982, tr. it. *Con voce di donna*, Milano 1987.

sume indubbiamente una nuova legittimità, come ha ben sottolineato Hannah Arendt⁴, ma al prezzo di una netta separazione e gerarchia tra le due sfere dell'agire. E la donna diventa, realizzando la propria, presunta vocazione naturale, il soggetto di cura *per eccellenza*, che agisce nella sfera intima attraverso un sapiente e materno governo dei sentimenti e la dedizione all'altro, chiamata a riprodurne le energie fisiche e psichiche affinché questi possa agire al meglio nella sua funzione pubblica di *citoyen*.

Rousseau teorizza dunque di fatto un'opposizione che costella l'intero percorso della modernità. C'è da un lato, il soggetto autonomo e razionale (maschile) che agisce nella società e nel mondo, dall'altro un soggetto dipendente (femminile) che è confinato al privato e si definisce essenzialmente attraverso la relazione con l'altro: legati tra loro da una presunta complementarità che tuttavia assegna al secondo solo una funzione riproduttiva e sussidiaria. La cura, intesa come sintesi di altruismo, dipendenza, affettività, diventa il risvolto umbratile, e purtuttavia necessario ai fini del benessere e del *bonheur*, di un soggetto egemone e sovrano che si costruisce attraverso il mito dell'autosufficienza e della libertà da ogni forma di dipendenza; o meglio che *ha la chance* di costruirsi sul mito dell'autosufficienza proprio in quanto può contare su una zona accogliente e ospitale nella quale soddisfare il proprio bisogno di affettività e di felicità.

Bisogna allora riabilitare la cura. E questo richiede in primo luogo una duplice operazione critico-decostruttiva: vuol dire da un lato sottoporre a critica la figura del soggetto sovrano (dal soggetto cartesiano all'*homo oeconomicus* della tradizione liberale), svelare l'unilateralità di quello che è stato efficacemente definito un "disengaged self"⁵, un Sé svincolato appunto da relazioni e contesti, come è quello maschile-patriarcale; dall'altro, restituire dignità alle nozioni di dipendenza e di relazione liberandole dagli aspetti oblativi e sacrificali, da sempre associati al femminile. Riabilitare la cura vuol dire in altri termini pen-

⁴ H. ARENDT, *The Human Condition*, Chicago 1958, tr. it. *Vita activa*, Milano 1989.

⁵ Cfr. la riflessione dei *communitarians* tra cui CH. TAYLOR, *Sources of the Self*, Cambridge Mass. 1989, tr. it. *Radici dell'io*, Milano 1993.

sare un soggetto che consenta di superare la visione dicotomica tra la *priorità dell'io* e la *priorità dell'altro* in quanto coniuga in sé autonomia e dipendenza, libertà e relazionalità.

Mi pare che, malgrado qualche ambiguità e qualche aspetto discutibile su cui tornerò fra breve, sia questo il presupposto della riflessione seminale di Gilligan e della sua proposta di un'etica della cura. Ella si vale di una serie di indagini empiriche condotte su campioni rappresentativi dei due sessi, cui vengono poste domande relative a determinati dilemmi morali⁶: Gilligan osserva che la risposta dei soggetti maschili è dettata da criteri di autonomia, di rispetto e di equità, mentre quella dei soggetti femminili rivela preoccupazioni relative ai rapporti e agli «attaccamenti» tra le persone. Quello che, però, per la psicologia dello sviluppo (Kohlberg) testimonierebbe di un *deficit* morale delle donne, incapaci di raggiungere lo stadio superiore di una morale universale postconvenzionale, diventa la conferma di una voce morale differente, appunto, ma a sua volta fortemente significativa, che conferisce priorità alla tutela delle relazioni e degli affetti. Si tratta dunque non di una mancanza, ma di una risorsa, che ha fin qui subito un processo di svalutazione, parallelo al processo di svalutazione e di marginalizzazione delle donne. L'obiettivo dell'autrice è, in sintesi, quello di porre l'accento su un orientamento morale «differente» da quello che viene assunto a modello dalle teorie *mainstream* della psicologia dello sviluppo (Piaget, Kohlberg), per sottrarlo al processo di svalutazione di cui è stato finora fatto oggetto e per mostrarne l'intrinseca e autonoma dignità. A partire da queste premesse, Gilligan elabora, come ben sappiamo, uno schema binario dell'orientamento morale attribuendo

⁶ Gilligan sottolinea la differenza dell'orientamento morale dei due sessi analizzando le risposte date da due bambini (Amy e Jake) di fronte al "dilemma di Heinz" (che deve decidere, di fronte alla grave malattia della moglie, se deve o no rubare il farmaco che non è in grado di comperare). Dal confronto tra le due risposte (Jake: Heinz deve rubare la medicina; Amy: Heinz fare il possibile per salvare la moglie ma senza rubare) emerge come il primo tenda a risolvere il conflitto morale secondo i criteri propri di un'etica dei diritti e della giustizia basata su principi universali, mentre la seconda, preoccupata soprattutto di preservare la rete di rapporti e legami tra le persone coinvolte, lo risolve secondo i criteri propri di un'etica della responsabilità e della cura (*Con voce di donna* cit., pp. 33 ss.).

agli uomini una *morale dei diritti e della giustizia*, fondata su principi astratti e formali di equità, e alle donne *un'etica della cura e della responsabilità*, fondata su criteri concreti e contestuali di interdipendenza e di relazionalità.

È bene precisare subito che, malgrado alcuni fraintendimenti, non si tratta di uno schema dicotomico. Gilligan auspica infatti la complementarità tra due prospettive morali che rispondono a due visioni del Sé diverse, ma parimenti legittime e necessarie: l'una in quanto pone l'accento sulla separazione e sull'autonomia, l'altra in quanto valorizza l'attaccamento e la connessione. Ella evoca rispettivamente le immagini metaforiche della «gerarchia» e della «rete»⁷: e ribadisce più volte non solo la legittimità di entrambe, ma la necessità, innanzitutto sul piano psicologico, di una reciproca integrazione da parte dei due sessi, denunciando le carenze intrinseche ad ogni visione unilaterale dello sviluppo morale⁸.

Più problematica, nella riflessione di Gilligan, potrebbe invece apparire la riproposizione del nesso immediato tra la cura e le donne, in quanto contiene il rischio di essenzialismo; il pericolo, cioè, di ricadere in una sorta di naturalismo "rousseauiano" che tornerebbe di fatto, malgrado le diverse intenzioni, a legittimare quell'immagine tradizionale delle donne che le ha a lungo confinate ad un ruolo subalterno. Non si può negare che questa obiezione sia da prendersi sul serio in quanto segnala una sfida, interna all'etica della cura, che è quella di una assolutizzazione della differenza femminile e soprattutto, come avviene nel *mathernal thinking* che a Gilligan si ispira, di una sua esclu-

⁷ «Le immagini della gerarchia e della rete informano dunque due diverse modalità di autoaffermazione e di risposta: il desiderio di essere solo al vertice della scala e la conseguente paura che gli altri si facciano troppo appresso; e il desiderio di trovarsi al centro della rete e la conseguente paura di essere respinte troppo ai margini. Queste opposte paure, di smarrirsi e di essere raggiunti, producono due diverse rappresentazioni del successo e dell'affiliazione, che portano a due diverse modalità di azione e a due diversi modi di valutare le conseguenze» (*ivi*, p. 69).

⁸ «[...] lo sviluppo dovrebbe, per entrambi i sessi, comportare l'integrazione tra diritti e responsabilità, attuata attraverso il riconoscimento della complementarità di queste due visioni morali così divergenti» (*ivi*, p. 104).

siva declinazione nei termini del materno⁹; la quale rischierebbe di riconsegnare le donne a quella presunta vocazione all'altruismo e alla dedizione che è sempre stata loro attribuita in virtù appunto dall'essere madri.

Ma questo rischio mi pare scongiurato, almeno nel testo della nostra autrice, dalla sua preoccupazione di liberare il concetto di cura da ogni dimensione sacrificale e oblativa, introducendo, appunto, il momento della scelta autonoma e consapevole. L'orientamento morale delle donne, in altri termini, sembra scaturire da un percorso evolutivo attraverso il quale l'idea di cura, in una prima fase tutta interna all'idea convenzionale di accudimento e di altruistica dedizione, viene integrata dalla consapevolezza «egoistica» della responsabilità verso se stesse, dalla necessità dell'obbligo morale anche verso se stesse¹⁰; cosicché «la cura responsabile diventa il principio autonomamente scelto su cui basare il giudizio [...]»¹¹: Insomma, la *cura dell'altro* è, per così dire, indissociabile dalla *cura di sé*.

Il limite di Gilligan è piuttosto, a mio avviso, quello di proporre la cura come fondamento di un'attitudine e di un'etica *esclusivamente* femminile, partendo dal dato di fatto delle motivazioni delle donne alla relazione, alla connessione, agli affetti. Questo potrebbe infatti precludere o ostacolare la possibilità di universalizzare la cura, di estenderla anche all'altro sesso, di farne una prospettiva capace di uscire dal privato. In questo senso, bisogna allora interrogarsi più a fondo sulle *motivazioni* alla cura, che non possono essere limitate alla tendenza psicologica delle donne alla relazione.

Quali sono, allora, le motivazioni che possiamo riconoscere alla base del bisogno di cura e che possiamo considerare universalizzabili, cioè tali da costituire il fondamento di un nuovo paradigma di soggetto? Se la cura indica e rivela una tendenza alla connessione e alla rela-

⁹ Cfr. N. NODDINGS, *Caring: A feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley 1984; S. RUDDICK, *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*, Boston 1989.

¹⁰ GILLIGAN, *Con voce di donna* cit., mostra questo esito sia nell'indagine relativa al "dilemma di Heinz", pp. 59 ss., sia nelle interviste relative al dilemma dell'aborto, cfr. in particolare pp. 80-81.

¹¹ *Ivi*, p. 80; cfr. anche pp. 136 ss.

zione, in che cosa trova origine questa tendenza?

La prospettiva ontologica di matrice heideggeriana, che ho richiamato sopra, è indubbiamente una prima risposta: assumere la cura come fondamento dell'essere, come ciò che fonda l'unità e l'autenticità dell'essere umano significa affermare la relazionalità costitutiva dell'essere. Pensare l'essere come essere-con significa proporre una priorità ontologica della *relazione*, e di conseguenza porre le premesse per la critica (e, direbbe Lévinas, la destituzione¹²) del soggetto sovrano.

2. *Né egoismo né altruismo: il soggetto vulnerabile*

E tuttavia c'è bisogno di compiere un passo ulteriore rispetto alla prospettiva ontologica per tornare, appunto, al problema della *motivazione*: che cosa spinge il soggetto a riconoscersi come soggetto in relazione? È qui che emerge, a mio avviso, il *double bind* della relazione di cura: questa implica infatti non solo l'attenzione del soggetto all'altro e la presa in carico dei suoi bisogni e della sua fragilità, ma anche il riconoscimento della *fragilità costitutiva del soggetto stesso*; del suo essere connotato da una condizione di mancanza e di dipendenza che lo espone costituivamente al bisogno di cura. Il tema della fragilità e della *vulnerabilità del soggetto* è da qualche tempo al centro della riflessione contemporanea, da Paul Ricoeur a Martha Nussbaum a Judith Butler¹³; riflessioni decisive di cui non è possibile qui dare pienamente conto. Basti dire che ciò che le accomuna è l'idea che la parabola dell'individualismo moderno e del soggetto sovrano ha finito per oscurare, o meglio, per sottoporre a rimozione quella condizione ontologica di vulnerabilità che, una volta riconosciuta, può spingere il soggetto a riconoscere la propria insufficienza e la propria dipendenza dall'altro, il suo essere ineludibilmente vincolato ad altri, ad altre vite e ad altri destini.

¹² E. LEVINAS, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, The Hague 1978, tr. it. *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, Milano 1984.

¹³ P. RICŒUR, *Le sfide e le speranze del nostro comune futuro*, in RICŒUR, *Persona, comunità e istituzioni*, a c. di A. DANESE, Fiesole (Firenze) 1994; M. NUSSBAUM, *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions*, Cambridge 2001, tr. it. *L'intelligenza delle emozioni*, Bologna 2004; J. BUTLER, *Giving an account of oneself*, New York 2005, tr. it. *Critica della violenza etica*, Milano 2006.

È dunque necessario, per usare il lessico di Lévinas, un “risveglio” del soggetto che avviene attraverso la reintegrazione della dimensione rimossa¹⁴.

Ritengo, come ho già scritto altrove¹⁵, che questo sia il punto-chiave su cui fondare un’idea di cura che da un lato sveli ed integri l’unilateralità del paradigma *individualistico* e, dall’altro, possa essere opposto ad una prospettiva puramente *altruistica*, come quella che viene associata al femminile. Questa seconda prospettiva è stata riproposta ad esempio da Hans Jonas nella sua teoria di un’etica della responsabilità¹⁶. Jonas fonda infatti il principio responsabilità sul modello parentale e materno della cura e sull’archetipo del neonato; il quale, con la sua sola vulnerabile esistenza, esige una risposta di attenzione e chiama il soggetto alla responsabilità. Ma ciò vuol dire presupporre un soggetto altruistico, il quale – soprattutto nel momento in cui si estende il modello parentale al di fuori della relazione genitori-figli per investire le generazioni future – non sembra avere altra fonte che quella del dovere; lasciando ancora una volta irrisolto il problema della motivazione alla cura.

Si tratta allora di uscire dalla contrapposizione egoismo/altruismo. E ciò vuol dire che non bisogna presupporre né un soggetto sovrano ed autosufficiente rispetto al quale l’altro gioca un ruolo solo secondario (e strumentale), né un Io altruistico e oblativo che pone l’altro al primo posto e risponde doveristicamente alla coerenza del suo appello, come sostiene Jonas; per pensare invece un soggetto *in relazione*, in quanto *vulnerabile*¹⁷. Nella vulnerabilità risiede in altri termini, ciò che *motiva* l’Io a prendersi cura dell’altro in quanto consapevole della propria costitutiva dipendenza. Nell’ambito del pensiero femminista, Eva Kittay

¹⁴ LEVINAS, *Altrimenti che essere o al di là dell’essenza*, cit.

¹⁵ Cfr. PULCINI, *La cura del mondo* cit., Parte terza.

¹⁶ H. JONAS, *Das Prinzip Verantwortung*, Frankfurt am Main 1979, tr. it. *Il principio responsabilità*, Torino 1990.

¹⁷ Condivido questo concetto, su cui ho avuto modo di riflettere altrove (per es. *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, Torino 2003), con una parte delle riflessioni femminista contemporanea, da A. CAVARERO (*Tu che mi guardi, tu che mi racconti*, Milano 2001) alle teoriche della cura.

ha particolarmente insistito su questo aspetto, proponendo appunto di fondare la cura su un'ontologia della dipendenza che tende ad affrancarla, tra l'altro, da ogni riduzionismo assistenzialistico e da ogni pericolo di gerarchia tra chi dà e chi riceve cura¹⁸.

È importante tuttavia, a mio avviso, insistere sulla necessità di *riconoscere* la dipendenza. E ciò richiede di pensare una *diversa relazione emotiva con l'altro*. Il soggetto vulnerabile è quello che è capace di cura in quanto si riconosce a sua volta come bisognoso di cura ed è spinto da quella che ho proposto di chiamare una *passione per l'altro*¹⁹: vale a dire da una relazione con l'altro che non è né puramente strumentale (come nel modello individualistico) né sacrificale (come nel modello altruistico), in quanto riconosce l'altro come realtà costitutiva dell'Io e ne fa l'oggetto delle proprie emozioni.

Le passioni infatti, come ha ben sottolineato Martha Nussbaum, altro non sono che il segno e la testimonianza della nostra costitutiva incompletezza; esse «implicano giudizi su cose importanti, giudizi nei quali, nel considerare un oggetto esterno importante per il nostro benessere, riconosciamo il nostro 'essere bisognosi' (*neediness*) e la nostra incompletezza riguardo a cose del mondo che non controlliamo pienamente»²⁰. Allo stesso tempo, mi preme aggiungere, esse hanno quella che vorrei definire una *potenza individualizzante*, la quale spinge il Sé a riconoscere i propri più profondi e autentici bisogni e desideri.

Ciò vuol dire che la dipendenza e la vulnerabilità perdono quel carattere penalizzante e sacrificale che ha costellato il destino e l'identità delle donne, per diventare fondamenti di un soggetto in relazione, capace di *dare* e di *ricevere* attenzione ed empatia, in quanto disposto a mettersi in gioco, a lasciarsi alterare e contaminare dall'altro da sé. Il riconoscimento della dipendenza non vuol dire cioè soggezione e passività, ma solo destituzione del soggetto dalla sua posizione sovrana. Per dirla in termini arendtiani, recentemente ripresi da Jean-Luc Nancy,

¹⁸ E. KITTAY, *Love's Labor. Essays on Women, Equality and dependency*, New York 1999, tr. it. *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Milano 2010.

¹⁹ PULCINI, *Il potere di unire. Femminile, desiderio*, cura cit.

²⁰ NUSSBAUM, *L'intelligenza delle emozioni* cit., p. 37.

perdita della *sovranità* non vuol dire perdita della *singularità*²¹: il soggetto di cura è colui che è capace di riconoscere l'unicità e la concreta incarnazione sia del Sé che dell'altro, diventando potenzialmente capace di tener conto della singola e irripetibile storia di vita di ognuno e della situazione contestuale nella quale ognuno di noi si trova ad agire.

Insomma, a partire dalla valorizzazione *in positivo* del fondamento *negativo* della vulnerabilità quale presupposto per pensare un nuovo paradigma di soggetto, è possibile parlare di *universalità della cura*; e ciò le consente di rompere, come dice Joan Tronto, quei "confini morali", nei quali è stata fin qui relegata: «La cura è per la sua stessa natura una sfida all'idea che gli individui siano interamente autonomi e autosufficienti. Trovarsi nella situazione di avere bisogno di cura significa essere in una posizione di vulnerabilità»²². È infatti soprattutto su questo punto, vale a dire sul rischio di «confinamento» della cura alla sfera privata, che si concentra quella parte della critica più fortemente interessata a svincolare l'etica della cura dall'identificazione esclusiva con una «moralità femminile». È necessario – dice a questo proposito Tronto – abbattere i «confini morali» che hanno comportato, insieme all'esclusione delle donne, la marginalizzazione della cura, per poterne rivendicare la funzione socialmente ed eticamente rilevante²³. Bisogna soprattutto infrangere il confine tra pubblico e privato, sottraendo la cura a quella dimensione ristretta e limitata che la associa da sempre a funzioni sussidiarie e pubblicamente irrilevanti, per estenderla al più ampio territorio della socialità²⁴.

²¹ J.-L. NANCY, *Etre singulier pluriel*, Paris 1996, tr. it. *Essere singolare plurale*, Torino 2001.

²² «Al livello più generale, richiedere cura significa avere un bisogno: se pensiamo a noi stessi come ad adulti autonomi e indipendenti, è molto difficile riconoscere che siamo anche bisognosi. Una parte della ragione per cui preferiamo non considerare le forme abituali di cura come cura è per preservare l'immagine di noi stessi come non bisognosi» (J. TRONTO, *Moral Boundaries*, Cambridge Mass-London 198, tr. it. *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Reggio Emilia 2006, p. 134).

²³ *Ibidem*.

²⁴ «La cura è inoltre svalutata concettualmente attraverso una connessione con la dimensione privata, l'emozione e la condizione di bisogno. Poiché la nostra società tratta il successo pubblico, la razionalità e l'autonomia come qualità dotate di valore, la cura è svalutata nella misura in cui incarna i loro opposti» (*ivi*, p. 132).

Ciò richiede di agire secondo questa prospettiva non solo all'interno dei legami intimi, familiari, amicali, ma anche all'interno della sfera pubblica e politica, dove spesso la logica astratta dei diritti si rivela insufficiente e ha bisogno di essere integrata dall'attenzione al contesto, al caso singolo, all'intreccio delle relazioni; o all'interno della sfera professionale e di lavoro spesso governata da derive di indifferenza e di disaffezione. Basti pensare, per citare un caso esemplare, all'ambito medico, dove il superamento della divaricazione tra "cure" (cura della malattia) e "care" (prendersi cura della persona del malato), che tanto occupa oggi il dibattito bioetico, viene sempre più visto come ciò che consente di reintrodurre una dimensione di rispetto e di solidarietà nella relazione di cura e di restituire a chi riceve cura la dignità di soggetti.

Ma non solo. Superare i confini tradizionali della cura – mi preme soprattutto sottolineare – richiede oggi la sua estensione alla dimensione *globale*, tema che si affaccia, sia pure ancora timidamente, in alcuni contributi più recenti delle teoriche della cura²⁵. I processi di globalizzazione, mi preme sottolineare, hanno infatti prodotto mutamenti significativi nella figura dell'altro: tema evidentemente complesso, che posso qui solo accennare e che impone nuove categorie interpretative. Basti dire che l'altro non è più solo il prossimo e il simile, ma anche il diverso che abita tra noi, lo «straniero interno», per usare un'eloquente espressione di Georg Simmel²⁶, che penetra nei nostri confini. È l'altro "distante", che vive in territori lontani e chiede la nostra solidarietà. Ed è infine estendibile alle "generazioni future" al cui muto appello bisogna rispondere con l'attenzione all'ambiente e con la consapevolezza che le scelte fatte oggi incideranno profondamente sul destino dell'umanità di domani. Insomma, bisogna pensare la cura non solo nella sua dimensione personale e politica, ma anche, come ho proposto altrove, come *cura del mondo*.

²⁵ V. HELD, *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*, Oxford 2006.

²⁶ G. SIMMEL, *Excurs über den Fremden*, in *Soziologie*, Leipzig 1908, tr. it. *Excursus sullo straniero*, in *Id.*, *Sociologia*, Milano 1989.

3. *Una pratica universale e quotidiana*

Un secondo aspetto dirompente e radicale sta nel fatto che la cura non è solo un principio morale, una disposizione o una convinzione, ma è anche, e soprattutto, una *pratica*: «[essa] non è semplicemente una preoccupazione mentale o un tratto del carattere – dice Tronto – ma la preoccupazione di esseri umani viventi e attivi, impegnati nei processi della vita quotidiana. La cura è sia una pratica sia una disposizione»²⁷. È importante allora recuperare, a questo proposito, quel doppio significato etimologico di *preoccupazione* e *sollecitudine*, in virtù del quale la cura, intesa come *Sorge* o come *concern*, si arricchisce di una dimensione squisitamente *pratica*. La cura in altri termini non è solo un principio morale (ciò che vale invece, sia detto solo per inciso, per il principio responsabilità) ma è anche, appunto “lavoro”, *impegno capillare e concreto* che implica, oltre al coinvolgimento emotivo dei soggetti, la capacità di mettersi in gioco nella molteplicità delle situazioni in cui essi si trovano ad agire; e la volontà di ottenere effetti, di raggiungere obiettivi.

Vorrei richiamare, su questo punto, una delle più interessanti definizioni della cura, nella quale si sottolinea appunto l'indisgiungibilità dei tre momenti della cognizione, dell'emotività e dell'azione:

La cura è quel qualcosa tra cognizione e passione che è seguita da un fare, si conclude nell'azione. Curarsi di qualcosa significa starci attenti, preoccuparsene, ma nello stesso tempo essere pronti a fare, passare all'azione. È quel nodo essenziale che come sostenevano Aristotele e Descartes, lega la cognizione e la passione alle azioni²⁸.

La cura presenta dunque, per così dire, un valore aggiunto rispetto allo stesso principio di responsabilità, su cui, come accennavo sopra, Hans Jonas ha fondato, nella seconda metà del '900, la sua interessante proposta per un'etica del futuro²⁹. Essa implica immediatamente un passaggio all'azione e alla prassi che scongiura il rischio di arrestarsi

²⁷ TRONTO, *Confini morali* cit., p. 132. Su questi temi cfr. anche L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, Milano 2006.

²⁸ FABBRI, *Abbozzi per una finzione della cura* cit., p. 29.

²⁹ JONAS, *Il principio responsabilità* cit.

all'astrattezza di un puro principio morale, agendo come applicazione pratica e attiva dell'etica della responsabilità³⁰.

Le distinzioni concettuali proposte da Joan Tronto sono in questo senso molto efficaci. L'autrice si preoccupa infatti di scandire le diverse fasi della cura, ponendo l'accento non solo sul momento della necessità di rispondere al bisogno dell'altro (*caring about* – *interessarsi a*) e sull'assunzione di responsabilità (*taking care of* – *prendersi cura di*), ma anche sul momento attivo e operativo del «prestare cura» (*care-giving*), che richiede appunto di entrare concretamente in contatto con i destinatari e di intervenire attivamente nelle situazioni che di volta in volta lo richiedono³¹. Viene così sottolineata la centralità di quella dimensione pratica e attiva che l'intera letteratura femminista tende a definire come «lavoro di cura», il quale implica la capacità del soggetto di calarsi nell'esperienza, di tradurre in azione le proprie cognizioni e convinzioni, di dare prova delle proprie scelte morali. Non a caso, sottolinea Tronto, è soprattutto questo aspetto, il *care-giving*, ad essere stato, più di ogni altro, oggetto di svalutazione, in quanto associato al bisogno e alla necessità, e tutto affidato alle donne e agli strati più deboli e svantaggiati della popolazione (dal punto di vista razziale, di classe ecc.)³². È necessario dunque non solo emancipare la cura dall'identificazione con la sfera privata, per eleggerla a pratica diffusa, capace di incidere nella sfera pubblica, ma anche svincolare l'attività di cura sia da ogni riduzionismo assistenziale, che finisce per marginalizzare coloro che prestano cura, sia dal rischio di paternalismo che finisce per togliere dignità a coloro che la ricevono³³.

Affrancare la cura da ogni visione riduttiva e marginale vuol dire

³⁰ Per un'argomentazione più ampia relativa a questo aspetto, cfr. il mio *La cura del mondo* cit., Parte terza.

³¹ TRONTO, *Confini morali* cit., pp. 121 ss.

³² «Mi si lasci suggerire che la dimensione di genere, razza e classe inerente alla cura sia più sottile di quanto un primo sguardo consenta di vedere. Penso che ci si approssimi di più alla realtà dicendo che l'«interessarsi a» e il «prendersi cura di» sono i doveri di chi detiene potere, mentre il «prestare cura» e il «ricevere cura» sono lasciati ai meno potenti. Perciò il «prendersi cura di» è spesso associato a ruoli più pubblici e agli uomini piuttosto che alle donne» (*ivi*, p. 129).

³³ Sulla critica del paternalismo, cfr. *ivi*, pp. 163 sgg. In merito alla visione della cura nella prospettiva della biopolitica, cfr. L. BAZZICALUPO, *Il governo delle vite. Biopolitica ed economia*, Roma-Bari 2006, pp. 31-32.

riconoscerla come dimensione *universale* e *quotidiana* allo stesso tempo. «La cura è ovunque», è stato detto giustamente³⁴, non è limitabile a situazioni contingenti, a determinati periodi della vita, a persone con bisogni particolari³⁵. Essa è la risposta ai bisogni della vita quotidiana dell'altro, sia nella sfera privata che nella sfera pubblica e globale, in quanto «dirige la nostra attenzione verso l'ordinario, verso ciò che non siamo capaci di vedere ma che è sotto i nostri occhi»³⁶. È la manifestazione di una sensibilità per i dettagli, per il *particolare*, che consente di svelare e di dare importanza a ciò che in genere viene trascurato, vale a dire a quel microcosmo di bisogni, aspettative, legami che tendiamo a dimenticare, a relegare in una zona di opacità e di invisibilità, nonostante che essi formino il tessuto quotidiano della vita di ognuno.

L'etica della cura si delinea così come un'etica *concreta, contingente e contestuale*³⁷: essa privilegia l'attenzione all'unicità dell'altro, alla specificità della situazione, alle relazioni nelle quali il soggetto si trova di volta in volta ad essere inserito e delle quali non può fare a meno di tenere conto in quanto significative per la sua stessa realizzazione e per il suo stesso progetto di vita. Allo stesso tempo, essa pone l'accento sulla *universalità del bisogno di cura* fondato sulla condizione di *vulnerabilità dell'umano* e sul *valore dell'interdipendenza* come ciò che sta a fondamento delle scelte morali e di una convivenza sociale tra soggetti reciprocamente responsabili.

E ciò presuppone, come ho cercato di suggerire, di ripensare il soggetto: di configurare un soggetto che è allo stesso tempo relazionale e singolare, concreto ed empatico, attento all'altro e memore della propria ontologica insufficienza e fragilità.

³⁴ S. LAUGIER, *Le sujet du care: vulnérabilité et expression ordinaire* in LAUGIER, *Qu'est-ce que le care?*, Paris 2009.

³⁵ È questo, a mio avviso, il limite della riflessione di Martha Nussbaum (*Frontiers of Justice: disability, nationality, species membership*, Cambridge-Mass. 2006, tr. it. *Le nuove frontiere della giustizia*, Bologna 2007) che vede la cura come una sorta di appendice, sia pure importante e auspicabile, della giustizia. La cura resta inoltre circoscritta a situazioni estreme (la disabilità), e non viene estesa a valore universale.

³⁶ LAUGIER, *Le sujet du care* cit., p. 295.

³⁷ GILLIGAN, *Con voce di donna* cit., pp. 27, 104-105.

4. *Cura e dono: oltre la simmetria*

Tutto questo però non esaurisce ancora il nostro compito di riabilitare la cura. Insistere sulla vulnerabilità del soggetto come radice fondamentale della motivazione alla cura è indubbiamente il primo passo per affrancarla da ogni accezione puramente oblativa e sacrificale e per concepirla come un valore universale, non relegabile solo alle donne. Ma rischia di sottovalutare quell'aspetto, a mio avviso fondamentale e costitutivo, che è la qualità *donativa* della cura.

Nella sua capacità di superare l'opposizione egoismo/altruismo, la cura mostra già un'affinità profonda con la logica del dono, di cui rappresenta per così dire, l'epifania per eccellenza, in quanto tende prioritariamente a preservare e ricreare il *valore del legame*: vale a dire il tessuto di relazioni, affetti, appartenenze, nel quale il soggetto che riconosce la propria vulnerabilità, o per dirla con Martha Nussabum, la propria, ontologica "bisognosità", trova una dimensione costitutiva per la propria autorealizzazione. C'è però un'ulteriore affinità col dono che la caratterizza e che le stesse teoriche della cura non sembrano valorizzare: la quale consiste in quella capacità di *eccedenza*, intrinseca ad ogni atto di generosità e di gratuità, che rompe la logica equilibrata di una reciprocità simmetrica per aprirsi non solo alla relazione *tout court*, ma alla *asimmetria* della relazione. Come è noto, i teorici di ispirazione mausiana, hanno magistralmente sottolineato, a partire dai lavori pionieristici di Caillé e Godbout, questa cruciale caratteristica del dono³⁸: a mio avviso non possiamo non riconoscerla all'origine del lavoro di cura, anche là dove questo sia oggetto di remunerazione salariale.

Non solo chi fa lavoro di cura riconosce di essere costitutivamente *in debito* verso gli altri, se non altro, direbbe Lacan, per aver ricevuto il dono della nascita. Non solo riconosce di essere iscritto in un ciclo di reciprocità all'interno del quale ognuno restituisce all'altro ciò che ha a sua volta ricevuto; o che è sempre potenzialmente passibile di ricevere in virtù della sua bisognosità costitutiva. Egli inaugura allo stesso

³⁸ A. CAILLÉ, *Le Tiers paradigme. Anthropologie philosophique du don*, Paris 1998, tr. it. *Il terzo paradigma. Antropologia filosofica del dono*, Torino 1998; J. GODBOUT, *L'esprit du don*, Paris 1992, tr. it. *Lo spirito del dono*, Torino 1993.

tempo quella che con Paul Ricœur possiamo definire una «logica della sovrabbondanza», incurante appunto di ogni criterio di simmetria e di equivalenza³⁹; criterio quest'ultimo che fonda invece, come Ricœur opportunamente sottolinea, la logica della giustizia e dei diritti, tesa essenzialmente a ristabilire un equilibrio di imparzialità e di uguaglianza.

Bisognerebbe allora tornare ancora una volta ad interrogarsi sulle motivazioni che presiedono alla cura, ponendo l'attenzione sulle sue radici emotive. Non basta infatti ricondurla, come fanno per lo più le teoriche femministe, ad una generica disposizione affettiva, è necessario piuttosto rendere ragione di quel *di più*, di quell'*eccedenza* che la caratterizza; per spiegare la quale possiamo, a mio avviso, legittimamente ricorrere al lessico dell'amore. Non a caso è all'amore che Ricœur si riferisce quando parla di «logica della sovrabbondanza», capace di andare oltre la «logica dell'equivalenza», peculiare della giustizia.

Certo, leggere la cura in termini di amore pone più problemi di quanti non ne risolva. Dobbiamo infatti chiederci: di quale amore si tratta? A quale archetipo possiamo riferirci? Penso sia legittimo evocare, come alcuni autori fanno⁴⁰, il concetto di *agape*, purché questo non significhi, però, riproporre un'idea puramente oblativa e caritatevole dell'amore che reintrodurrebbe il rischio di una prospettiva sacrificale. Per scongiurare questo rischio, è necessario recuperare e valorizzare, come ho suggerito altrove⁴¹, l'idea dell'amore come *passione*, carica cioè degli attributi propri dell'archetipo di *eros*: inteso, platonicamente, come quella passione che strappa gli uomini all'isolamento e alla parzialità della loro esistenza in quanto li rende memori della loro insufficienza e della loro illusoria presunzione di autosufficienza. Là dove viene inteso come passione, l'amore possiede la forza non solo di interrompere la logica utilitaristica dell'interesse e dello scambio, ma anche di andare oltre la, sia pur legittima e necessaria, logica simmetrica del diritto e della giustizia.

³⁹ RICŒUR, *Amour et Justice*, Tübingen 1990, tr. it. *Amore e giustizia*, Brescia 2000.

⁴⁰ Cfr. L. BOLTANSKI, *L'amour et la justice comme compétences*, Paris 1990, tr. it. (parziale) *Stati di pace. Una sociologia dell'amore*, Milano 2005.

⁴¹ Cfr. PULCINI, *L'individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Torino 2001, Cap. V.

L'amore, in altri termini è la quintessenza di quella *passione per l'altro* di cui parlavo all'inizio, *nella quale si fondono la più alta realizzazione di sé e l'apertura all'altro da sé*, nella quale cioè coesistono individualizzazione e relazione. Si potrebbe evocare a questo proposito la riflessione di Georg Simmel sulla passione d'amore intesa come «una delle grandi categorie dell'esperienza»⁴². Essa presuppone infatti un soggetto disponibile, pur nella consapevolezza della propria autonomia e della propria irriducibile unicità, a mettersi in gioco, a rischiare l'incontro con l'altro; un soggetto, potremmo aggiungere, aperto alla perdita di sé e al dispendio delle proprie energie, in quanto vive il dono e la relazione donativa non come dimensione sacrificale, ma come fattore di arricchimento e ampliamento del Sé.

Una relazione di cura priva di questa peculiare qualità dell'amore non può che ricadere nel puro assistenzialismo, il quale contiene il rischio di suscitare prima o poi quelle «passioni tristi», come il risentimento e il rancore verso l'altro, che sono destinate a ritorcersi contro il soggetto stesso, in quanto ne producono un sostanziale depotenziamento⁴³. Il rischio intrinseco a quella che vorrei definire una cura senza eros è in altri termini quello di degenerare in un dono avvelenato o perverso.

Restituire alla cura la complessità emotiva che sta all'origine della sua qualità donativa, ci consente di coglierne, in tutta la sua radicalità, il potere scardinante e sovversivo, non solo rispetto all'ordine esistente e alle parole d'ordine dominanti dell'individualismo e dell'utilitarismo, ma anche rispetto ad un altruismo che richiede al soggetto un oblio di sé. Ma ciò vuol dire anche che, se è vero che ogni passione è universale, disponiamo di un motivo in più per non limitare solo alle donne la prospettiva della cura e per sperare che essa possa coinvolgere anche l'altro sesso, diventando pratica diffusa e pervasiva, capace di trasformare la nostra stessa visione del mondo.

⁴² G. SIMMEL, *Fragmente einer Philosophie der Liebe*, in H.J. DAHME - K.C. KOEHNKE (hrsgg.), *Philosophie und Soziologie der Geschlechter* Frankfurt am Main 1985, tr. it. *Filosofia dell'amore*, Roma 2001.

⁴³ Sul tema delle «passioni tristi», cfr. M. BENASAYAG - G. SCHMIT, *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, Paris 2003, tr. it. *L'epoca delle passioni tristi*, Milano 2004; e il mio *Invidia. La passione triste*, Bologna 2011.

Se torniamo ora alla premessa iniziale – l'identificazione della cura con le donne – possiamo rispondere che la cura è forse il dono per eccellenza delle donne, senza il timore, questa volta, di riconsegnare il soggetto femminile ad un'immagine svalutata e sacrificale. La cura non è l'attitudine biologica di un soggetto che trova la propria naturale vocazione nell'oblio di sé e nella dipendenza dall'altro, ma si configura al contrario come la scelta libera e consapevole di un soggetto che è capace di coniugare autonomia e dipendenza, libertà e relazione. Si può supporre che proprio in virtù della loro secolare familiarità con questa dimensione, le donne possono avere un accesso privilegiato all'attenzione e alla sollecitudine verso l'altro; purché però siano capaci di disalienare la cura e di assumerla liberamente a partire dal riconoscimento del suo valore universale. Esse possono, per usare di nuovo una formula che ho proposto altrove⁴⁴, trasformare la loro tradizionale condizione di *soggette alla cura* agendo attivamente e volontariamente come *soggetti di cura*.

ABSTRACT: CARE OF THE SELF, CARE OF THE OTHER

The identification between care and women is so deeply engraved in our imagination that it persists in our consciousness in spite of the radical transformations that have concerned the female subject over the last decades: care is what women give. This affirmation can be accepted on two conditions: the first is that care has to be rehabilitated and freed from the purely altruistic aspects that have always been identified with the female. In this sense, starting from the reflection of Carol Gilligan and the care theorists who propose the evaluation of female *difference*, one could say that the rehabilitation of care implies thinking of a *relational subject*: this allows us to overcome the opposition between the *priority of the Self* and *priority of the other*, because it combines autonomy and dependence, freedom and vulnerability. The second condition is to rescue care from the limited dimension of the private in order to involve the male subject, the public space and the global dimension. This implies considering the *motivations* and emotional sources of care (passion for the other). On this basis, one could assume that women are capable of transforming their traditional condition of *subjected to care* to act freely and voluntarily as *subjects of care*.

⁴⁴ PULCINI, *Assujetties au don, sujets de don. Réflexions sur le don et le sujet féminin*, «Revue du MAUSS», 25 (2005), pp. 325-338 («Malaise dans la démocratie»).