



SCUOLA DOTTORALE IN PEDAGOGIA E SERVIZIO SOCIALE  
SEZIONE DI PEDAGOGIA

XXVIII CICLO

LA CURA  
RIFLESSIONI PEDAGOGICHE

DOTTORANDA:

Lucia Ientile

DOCENTE TUTOR:

Prof.ssa Anna Aluffi Pentini

COORDINATORE:

Prof.ssa Giuditta Alessandrini

Anno Accademico

2014/2015

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	p. 4
<b>Una premessa necessaria. Il lessico della cura</b> .....	p. 10

### PARTE PRIMA

## **Dal mito alla storia del pensiero, nascita ed evoluzione della Cura**

### **Capitolo 1 – LA CURA COME STRUTTURA DELL'ESISTENZA**

<i>Premessa</i> .....	p. 16
<b>1.</b> <i>Origine della cura, il mito di Igino</i> .....	p. 18
1.2 <i>Heidegger e la cura</i> .....	p. 24
1.3 <i>Le modalità della cura</i> .....	p. 32
1.3.1 <i>Prendersi cura e aver cura</i> .....	p. 33
<b>2.</b> <i>La cura di sé. Il pensiero di Michel Foucault</i> .....	p. 37
2.1 <i>La cultura del sé</i> .....	p. 39
2.2 <i>Epimeleia heautou e gnōti seauton</i> .....	p. 45
<b>3.</b> <i>La cura dell'altro. Dalla filosofia di Edith Stein alla pratica pedagogica</i> .....	p. 49

## **Capitolo 2 – IL FEMMINILE E L'ETICA DELLA CURA**

	<i>Premessa. La cura: una pratica dimenticata.....</i>	p. 54
<b>1.</b>	<i>La cura e il femminile.....</i>	p. 57
1.1	<i>Le ragioni storiche di un'esclusione: la donna tra pòlis e oîkos.....</i>	p. 61
1.2	<i>La donna e i lavori di cura.....</i>	p. 64
1.3	<i>La donna e la maternità.....</i>	p. 66
<b>2.</b>	<i>L'etica della cura.....</i>	p. 71
2.1	<i>Carol Gilligan. Etica della cura ed etica della giustizia.....</i>	p. 75
2.1.1	<i>Critiche all'etica della cura di Carol Gilligan.....</i>	p. 80
2.2	<i>Joan Tronto. Confini morali.....</i>	p. 84
2.2.1	<i>La cura come processo.....</i>	p. 89
2.2.2	<i>Il processo di cura di Joan Tronto.....</i>	p. 90

## PARTE SECONDA

### **Il gesto di cura**

## **Capitolo 3 – DA UNA CURA PENSATA A UNA CURA PRATICATA**

	<i>Premessa.....</i>	p. 96
<b>1.</b>	<i>Cura e medicina.....</i>	p. 98
1.1	<i>Cure e care.....</i>	p. 99
<b>2.</b>	<i>Il gesto di cura in ambito medico-ospedaliero.....</i>	p. 102
2.1	<i>Il medico che guarisce (cure).....</i>	p. 104
2.1.1	<i>Un'ipotesi del “processo di cura” in medicina.....</i>	p. 107
2.2	<i>L'infermiere che cura (care).....</i>	p. 109

2.2.3	<i>La teoria dello Human Caring</i> .....	p. 113
<b>3.</b>	<i>Il destinatario della cura. Malattia, corpo e vulnerabilità</i> .....	p. 119
<b>4.</b>	<i>Medicina e antropologia medica</i> .....	p. 124
4.1	<i>Cura, salute e cultura</i> .....	p. 127
4.2	<i>Il dispositivo clinico transculturale. Un modello di “cura transculturale”</i> .....	p. 130
4.2.1	<i>I principi di base della clinica transculturale</i> .....	p. 131
4.2.2	<i>La terapia transculturale</i> .....	p. 133

## **Capitolo 4 – RIFLESSIONI PEDAGOGICHE**

	<i>Premessa</i> .....	p. 136
1.	<i>Riflessioni pedagogiche sulla cura heideggeriana</i> .....	p. 137
1.1	<i>Limiti del discorso heideggeriano sulla cura</i> .....	p. 140
1.1.1	<i>L'aver cura, una pratica educativa autentica</i> .....	p. 145
2.	<i>Riflessioni pedagogiche sull'etica della cura</i> .....	p.150
4.	<i>Riflessioni pedagogiche su cura, malattia e cultura</i> .....	p.154
	<b>Conclusione</b> .....	p. 160
	<b>Bibliografia</b> .....	p. 164

## INTRODUZIONE

Il presente studio intende offrire una base teorica alla riflessione sulla tematica della cura. Parlare di cura oggi vuol dire, da un lato, riprendere un concetto per molti anni rimasto nell'oblio, trascurato dagli studi sulle scienze umane; dall'altro, imbattersi in una eterogeneità di interpretazioni e azioni di cura che si rifanno a diversi ambiti teorici e pratici: la pedagogia, la filosofia, l'etica, l'antropologia culturale, la psicologia e la medicina.

Come vedremo, il concetto di cura non è facilmente riconducibile a una sola e univoca definizione. Questa ricerca si propone pertanto di offrire un'analisi del concetto di cura in modo interdisciplinare e multidimensionale: non si farà riferimento quindi solo ad una dichiarata correlazione tra cura e educazione, ma verranno presi in considerazione anche diversi ambiti teorici che negli anni, o meglio, nei secoli, hanno evidenziato la cura come tematica degna di nota.

Alla luce di quanto riscontrato nella letteratura di riferimento, il lavoro di ricerca ha evidenziato un ampio ventaglio di interpretazioni differenti sulla parola "cura" generando innanzitutto un repertorio di concetti e termini che impongono un preliminare chiarimento dei suoi confini semantici, al fine di delimitarne meglio il valore d'uso.

Come vedremo, la parola cura si trova strettamente connessa a gruppi di termini come terapia, clinica, salute, benessere, ma è anche usata come sinonimo di affanno, preoccupazione, ansia, inquietudine, sollecitudine, così come altro modo per intendere attenzione, relazione, empatia, cura di sé, cura per gli altri e, ancora, come cura materna e, più in generale, dimensione femminile.

Il carattere polisemantico del termine cura, insieme con l'analisi attenta della letteratura specifica sulla tematica, hanno guidato la strutturazione del lavoro di ricerca in due macro sezioni.

Nella prima di queste, il primo e il secondo capitolo, si presenta una disamina delle principali teorie filosofiche ed etiche che costituiscono la cornice di riferimento per la nostra indagine sul concetto di cura.

Nel primo capitolo, si esplora la tematica secondo le coordinate offerte dalla storia del pensiero e in particolare: la cura come concetto in sé, la cura di sé e la cura per l'altro. Come vedremo nel primo capitolo, la cura rifiorisce in campo filosofico come categoria essenziale della vita dell'uomo, soprattutto grazie all'opera di Martin Heidegger, dopo essere stata un *topos* ricorrente della filosofia antica a partire da Socrate e Aristotele. Analizzando *Essere e Tempo* (1927), si segue il percorso epistemologico che ha portato il filosofo tedesco a teorizzare la sua idea di cura intesa in termini esistenziali. Premesse queste che, nello sviluppo della trattazione, portano a definire sia quelle che Heidegger chiama “modalità di cura” – ovvero gli atteggiamenti che l'uomo assume nel corso della sua esistenza – sia la differenza tra il “prendersi cura” e “l'aver cura”, definita quest'ultima, nelle sue modalità positive, come cura “autentica”.

Nel secondo paragrafo si espone un altro contributo filosofico sulla cura, ovvero il pensiero di Michel Foucault il quale, a partire dall'antichità classica, offre un *excursus* storico sul concetto di “cura di sé” e sul rapporto tra interpretazione del sé e conoscenza.

Infine, la riflessione si sposta al concetto di empatia di Edith Stein, che si lega in modo precipuo al concetto di “cura per l'altro”, e

rappresenta l'ultimo riferimento filosofico di questo capitolo, ma allo stesso tempo centrale, per addentrarsi poi nella riflessione pedagogica.

Nel secondo capitolo, si chiama invece in causa il contributo della riflessione etica e specialmente di quella branca che prende il nome di “etica della cura”, filone di pensiero che, agli inizi degli anni Ottanta, vede come apripista il pensiero critico della psicologa e femminista Carol Gilligan, e che sarà seguito poi dalle “voci femminili”: E. Kittay, J. Tronto, S. Ruddick per citarne alcune insieme, all'unica voce maschile di M. Mayeroff.

Allo scopo di introdurre il discorso sull'etica della cura, si è scelto di indagare il rapporto che ha visto per secoli la cura come dimensione legata al mondo femminile, nel quale la relazione materna rappresenta la pratica di cura per eccellenza.

L'etica della cura, nel panorama delle discipline bioetiche, chiarisce la necessità di affiancare la cura, dimensione umana prettamente femminile, all'etica. Come vedremo, la cura viene interpretata dalle filosofe anglo-americane come elemento eticamente rilevante e ha creato un dibattito che negli anni ha caratterizzato le questioni etiche sulla cura e la giustizia.

Il lavoro di analisi, relativa alla prima parte di questo lavoro di ricerca, attraverso gli studi della letteratura filosofica ed etica di riferimento verrà, nel quarto capitolo, messo al servizio della più specifica riflessione pedagogica che, per vocazione, pone la questione della cura sotto una lente multidisciplinare, non solo per i diversi significati e valori che nel tempo hanno caratterizzato questa tematica, ma anche rispetto agli altri ambiti teorici e alle relative proposte di intervento.

La seconda sezione di questo lavoro rappresenta un altro ambito di riflessione sul discorso sulla cura, ovvero quello che vede la cura non solo come principio esistenziale ed etico ma soprattutto come pratica. Non si può parlare di cura, infatti, senza fare riferimento agli ambiti in cui questa viene agita.

Per questo motivo, nel terzo capitolo, si è scelto di indagare il campo medico/infermieristico, sia da un punto di vista teorico (bioetica, infermieristica, antropologia ed etnopsichiatria) sia dal punto di vista pratico (il gesto di cura).

Come vedremo, il concetto di cura in ambito sanitario è spesso usato per indicare non solo guarigione, terapia, farmaco, ma anche cura nel senso del *care*, un tipo di cura non riferita solamente agli aspetti patologici del corpo o della mente, ma anche alla persona intera.

Parlare di cura in ambito sanitario, vuol dire anche fare riferimento all'utenza, i pazienti. Quindi, se da un lato la riflessione è dedicata ai professionisti della cura, il medico e l'infermiere, dall'altro si approfondiscono le caratteristiche del *care-receiver*, ovvero la persona bisognosa di cure.

In questa seconda parte la riflessione si muoverà nell'ambito delle cosiddette *Medical Humanities*, scienze che, tra la fine degli anni Sessanta e gli inizi degli anni Settanta, vedono il loro fiorire in ambito medico come conseguenza di una necessaria riorganizzazione nel campo delle competenze mediche e infermieristiche. La nostra tematica, all'interno di questi studi, viene ripresa i termini soprattutto etici. La cura della persona non deve essere intesa e praticata come prestazione o servizio di un'azienda per conto di

professionisti specializzati e distanti da un punto di vista umano nei confronti del paziente.

Inoltre, si ritiene che se si vuole analizzare la cura, da un punto di vista teorico e pratico, sia fondamentale tenere conto anche dei fattori culturali e delle diverse modalità di concepire la cura, la terapia, la relazione con il medico da parte del paziente. Lo stesso discorso vale per l'utenza straniera, in arrivo o di passaggio.

In quest'ottica, dunque, verrà necessariamente preso in considerazione il fenomeno migratorio principalmente in riferimento ad un concetto di benessere, cura e salute.

Parlare di cura in questo contesto, inoltre, vuol dire fare anche riferimento agli studi della clinica transculturale che comprende, oltre ad una matrice teorica fondata sugli studi di etnopsichiatria di Devereux e Nathan, anche una metodologia di intervento che vede nella cura non solo un accompagnamento terapeutico rivolto alla persona, ma anche una prassi vera e propria che considera l'individuo che chiede assistenza nella sua interezza. Il concetto di cura, come vedremo è strettamente legato al concetto di cultura e la clinica transculturale offre, in questo senso, un ponte che unisce il vissuto del migrante, insieme al malessere, al non detto, alla condizione di “doppia assenza”, con la nuova realtà nella quale si ritrova a vivere, come un essere gettato-nel-mondo chiamato a dare nuova forma alla sua esistenza.

Infine, nel quarto capitolo, verranno ripresi da un punto di vista pedagogico i concetti chiave di ogni campo indagato in precedenza, al fine di cogliere i differenti punti di vista sul concetto di cura e mettere meglio a fuoco le coordinate teoriche in base alle quali – tra affinità e differenze – elaborare un concetto di cura orientato allo

sviluppo di una pedagogia sempre più aggiornata e adeguata al nostro tempo.

## *Una premessa necessaria. Il lessico della cura*

Prima di esplorare i campi teorici che si sono occupati del concetto di cura è sembrato opportuno offrire, in forma di premessa, una riflessione sui significati legati comunemente al termine “cura”. Un buon punto di partenza sembra essere quello offerto dalla definizione del vocabolario della lingua italiana<sup>1</sup> che, nell'ordine di seguito esposto, assegna alla parola “cura” i seguenti significati:

- 1) Interessamento sollecito e costante per qualcuno o qualcosa, premura e sollecitudine
- 2) Oggetto di costante interesse
- 3) Preoccupazione, affanno, dolore
- 4) Accuratezza nel fare qualcosa, zelo
- 5) Direzione, amministrazione, governo (cura della casa, la governante, nel senso di provvedere)
- 6) Ufficio, ministero del sacerdote cattolico
- 7) Insieme delle terapie e dei medicinali usati per il trattamento di una malattia.
- 8) Ciclo completo di un trattamento con un particolare farmaco
- 9) Serie di trattamenti per migliorare l'aspetto fisico di una persona
- 10) L'opera di un medico nei confronti di un ammalato
- 11) Custodia

Da questo elenco appare chiaro che non esiste un significato predominante rispetto ad un altro: il termine si presta variamente a diversi ambiti e la cura, come pratica, viene agita da differenti soggetti. È interessante notare come, al contrario, il termine incuria sia invece spiegato (in tre soli voci) con i significati di negligenza e

---

<sup>1</sup>Zanichelli 2010.

trascuratezza e sciatteria.

Seguendo il senso comune, in prima istanza il termine cura si rifà ad una dimensione comprendente il risanamento di una condizione “malata”, sbagliata, non conforme a un'idea di benessere e normalità socialmente e scientificamente riconosciuta. Un esempio su tutti è quello della cura somministrata in caso di malattia del corpo, tradotta poi a livello di pratica in terapia e trattamento sintomatico, come prestazione di un servizio che, una volta erogato cessa di esistere.

Questa *azione* di risanamento richiama certamente il particolare *oggetto* cui di volta in volta è indirizzata la cura, che può essere del corpo, della casa, degli oggetti, di un testo scritto a più mani; curatela di un libro, cura delle piante e così via. Allo stesso modo, chi per la prima volta si ferma a riflettere sul concetto di cura, quasi sempre lo colloca insieme con tutti i significati e le locuzioni che rimandano a situazioni di accudimento, protezione, al prendersi cura di, l'aver cura di, e simili.

Avendo così fissato, come due cardini principali da cui iniziare l'esplorazione del concetto di cura, la tipologia di azioni da esso indicate e l'immediato richiamo all'oggetto destinatario di queste azioni, basterà di volta in volta aggiungere un terzo elemento, il contesto, per mettere a fuoco la particolare traduzione della cura – e il relativo espandersi ai suoi orizzonti di senso – in ambiti più specifici. Se, ad esempio, essa inquadrerà un'azione agita in seguito a uno stato di malessere, legando le sue pratiche a un'aspettativa di guarigione, si tradurrà in una terapia da seguire o da prescrivere, ancorando il concetto agli ambiti circoscritti della medicina e della psicologia.

L'approccio interdisciplinare e multidimensionale di questo studio, ricorrendo ai contributi di scienze diverse (filosofia, etica, sociologia, antropologia, psicologia, medicina, pedagogia) e indagando la cura nei suoi vari aspetti (dimensione esistenziale, etica, sociale, culturale, psicologica, sanitaria ed educativa), ha portato alla produzione di un repertorio di termini e concetti in stretta correlazione con la cura mostrando le loro interconnessioni, non sempre di immediata evidenza. Tale compresenza di espressioni della cura infatti non sempre trova una corrispondenza di significato.

La parola cura, come già accennato, si può trovare vicino a termini come terapia, clinica, salute, benessere, ma si può anche trovare come sinonimo di preoccupazione, ansia, affanno, inquietudine, oppure come termine per indicare attenzione, protezione, zelo, responsabilità, accudimento e ancora cura di sé, cura per gli altri, cura materna, cura parentali. Questo miscuglio terminologico dimostra che non esiste un unico significato di cura ma che, in base ai contesti nei quali viene messa in pratica, essa può significare qualcosa di ben preciso rispetto a quando è agita o pensata in un altro luogo.

È forse questa genericità semantica il motivo per cui, il più delle volte, “cura” viene percepito come termine banale e perlopiù indice di pressapochismo teorico. Quanto più è usato nella quotidianità, tanto più sfumano nell'interloquire abituale le sue implicazioni concettuali.

Ai fini di questo lavoro, si ritiene utile cominciare a delineare le dimensioni in cui questo termine trova una sua precisa collocazione e assume un significato particolare.

Innanzitutto la *dimensione teorica* che rappresenta il punto di

partenza da cui prende le mosse la nostra riflessione, grazie all'apporto delle discipline filosofiche, per offrire una panoramica sulla cura che preceda qualsiasi tipo di traduzione del concetto nella realtà pratica e le relative contaminazioni di senso che ne derivano.

In secondo luogo la *dimensione pratica*: la cura è un'azione che viene messa in atto sia per uno scopo ben preciso (terapia, trattamento farmacologico, custodia, cura per qualcosa) sia per attitudine personale (accuratezza, zelo, interessamento per qualcuno) e implica necessariamente una relazione con l'altro.

In quest'ottica è già possibile distinguere due estensioni che inquadrano in maniera diversa i gesti di cura: la dimensione affettiva e quella medica.

La *dimensione affettiva* è rintracciabile in tutti i casi in cui la cura del *care-giver* è rivolta verso un'altra persona, senza uno specifico tratto professionale distintivo. La cura qui viene intesa come gesto mirato al benessere dell'altro, gesto inteso sia come pratica istintiva (il gesto materno) che come pratica riflessiva, successiva ad una presa di coscienza e a una decisione intenzionale e responsabile. La cura a livello affettivo si può declinare anche in termini positivi e negativi. Cura infatti vuol dire sia interessarsi a qualcosa o qualcuno, avere attenzione per, agire con zelo e accuratezza ma anche preoccupazione, angoscia, ansia.

Dall'altro lato, la *dimensione medica*, all'interno della quale rientrano concetti come quello della salute, della malattia, la relazione medico/paziente e le differenti interpretazioni della malattia (*illness*) e in cui i *care-giver* sono persone appartenenti a una certa tipologia di professionisti: i medici, infermieri, psicologi e psicoterapeuti.



## PARTE PRIMA

Dal mito alla storia del pensiero,  
nascita ed evoluzione della Cura

# CAPITOLO I

## LA CURA COME STRUTTURA DELL'ESISTENZA

### *Premessa*

L'intento di questo capitolo è quello di indagare in che modo la tematica della cura è stata affrontata da un punto di vista filosofico, ovvero le sue declinazioni di concetto in sé, cura di sé e cura per l'altro.

La scelta di trattare il concetto di cura *in primis* da un punto di vista filosofico è legata all'intento di sganciare la tematica dai significati più tradizionalmente condivisi soprattutto in ambito medico e psicologico, per poi recuperarli nel terzo capitolo. Questi infatti sono legati a una dimensione che include ulteriori ambiti semantici come la terapia, la clinica, la malattia e la salute. Si vuole così riportare il concetto di cura alla sua essenza, in base al suo significato primario e originario, di appartenenza a una dimensione essenziale della vita dell'uomo e, per questa ragione, molto più vasta di quella relegata ai meri termini "clinici".

I due pensatori che prenderemo maggiormente in considerazione sono Martin Heidegger e Michel Foucault. Mentre l'analisi di *Essere e Tempo*, del 1927 consente di delineare il pensiero di Heidegger sulla cura, per quanto riguarda Foucault i testi di riferimento presi in esame, perché più attinenti alla tematica della cura di sé, sono *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France 1981-1982*, *La cura di sé* (1984) e *Tecnologie del sé*, pubblicato postumo nel 1988.

Entrambi i filosofi si sono occupati del termine “cura” in maniera precipua, disgiunta da qualsiasi altro richiamo – semantico e pragmatico – ad altri aspetti ad esso associati. Se Heidegger ha affrontato il tema della “cura” (*Sorge*) attribuendo ad essa un carattere primariamente ontologico, Foucault ha preso invece spunto dagli studi classici, concentrandosi sull'interpretazione del sé e sul rapporto soggetto/verità (sulla conoscenza, dunque, del soggetto verso il soggetto stesso) a partire dalla nozione di “cura di sé” (*epimeleia heautou*).

L'intento di entrambi i pensatori è quello di riportare alla luce un concetto fondamentale, quello della cura, relativo all'uomo e alla sua esistenza nel mondo, ponendo l'accento sulle numerose modalità che si traducono poi in campo pratico nei diversi atteggiamenti possibili di cura.

Inoltre, per completare il quadro delle basi filosofiche della cura, è sembrato opportuno inserire in questo capitolo le riflessioni di altri pensatori che, anche se con approcci differenti (non specifici sul concetto di cura in sé), hanno proposto argomentazioni affini alla nozione di cura. Nello specifico, verranno prese in considerazione le riflessioni di Emmanuel Lévinas (1905-1995), per la tematica dell'Altro che, come vedremo, non può essere trascurata nel discorso sulla cura, e soprattutto quelle di Edith Stein (1891-1942) per la vicinanza del suo concetto di empatia con quello di cura per l'altro.

Il *file rouge* che unisce le considerazioni che andremo esponendo vede la cura come dimensione fondamentale dell'uomo: è la cura che guida il cammino dell'uomo e lo accompagna nelle scelte personali e relazionali.

## 1. *Origine della cura, il mito di Igino*

La filosofia viene dunque in aiuto alle scienze sociali per collocare la cura in una dimensione concettuale di nuova rilevanza, visti gli anni in cui essa è stata considerata come oggetto di studio poco interessante o non specifico, connotato di significati sommari e poco produttori da un punto di vista teorico<sup>2</sup>.

Con Heidegger possiamo affermare che il tema della cura recupera una certa visibilità, nel campo filosofico, dopo essere stato un *topos* ricorrente nella filosofia socratica, e viene ad essere annoverato tra i tanti interrogativi a cui la storia delle idee cerca di dare risposta: chi è l'uomo?, da dove viene?, cosa è la morte?, e il significato dell'uomo del mondo.

Heidegger, nella sua opera *Essere e Tempo* (1927), afferma che la cura (*Sorge*) è una categoria essenziale della vita dell'essere umano.

Il filosofo, infatti, ha dedicato largo spazio alla tematica della cura, enfatizzandone il significato e attribuendo ad essa un carattere primariamente ontologico. La cura assume, per il filosofo, una «valenza ontologica, costitutiva e consustanziale all'essere che, per porsi in modo autentico di fronte al mondo che lo circonda, non può che assumere un'attitudine di cura»<sup>3</sup>.

Quanti si sono occupati di questa tematica, a partire dalla riflessione filosofica<sup>4</sup>, concordano nel riconoscere che la riflessione di

---

<sup>2</sup>A questo proposito, si veda più avanti il capitolo 2.

<sup>3</sup>M. INGROSSO, “La cura come sistema multidimensionale”, in *Riflessioni sistemiche*, n. 7, dicembre 2012, p.35.

<sup>4</sup>VINCO (2004), GAINO, DE GUIDI (2004), VIAFORA, ZANOTTI, FURLAN (2007), PALMIERI (2008), MORI, VARCHETTA (2012), PAPA (2014), MORTARI (2006-2013-2015).

Heidegger sul concetto di “cura” prese anche le mosse dalla lettura di un articolo del filologo Konrad Burdach, dal titolo *Faust und die Sorge*, pubblicato su una rivista del 1923<sup>5</sup>. All'interno di questo articolo viene menzionato il mito di Cura come riferito da Igino l'Astronomo, autore latino del I-II secolo d. C.

Il mito in questione sarebbe stato usato da Heidegger – come afferma Mortari (2013) – proprio per dimostrare l'assenza di contaminazioni teoriche e di scopi speculativi<sup>6</sup> preesistenti alla riflessione che ne avrebbe dedotto poi lui, e per avvalorare la sua tesi sulla centralità della cura nella vita dell'uomo<sup>7</sup>.

Igino racconta che:

*«Un giorno la “Cura”, traversando un fiume, vide del terriccio argilloso: sovrappensiero lo prese in mano e cominciò a modellarlo. Mentre rifletteva su ciò che aveva fatto, si fa avanti Giove. La “Cura” lo prega di infondere al pezzo di fango da lei modellato lo spirito. Cosa che Giove di buon grado le concede. Ma quando poi essa volle dare alla sua opera il proprio nome, Giove glielo proibì pretendendo che le si dovesse dare il proprio. Mentre la “Cura” e Giove litigavano sul nome, saltò su anche la Terra, esprimendo il desiderio che le venisse dato il proprio nome, visto che essa gli aveva offerto una porzione del proprio corpo. I litiganti presero a giudice Saturno. E Saturno diede loro questa sentenza, apparentemente equa: Tu Giove, che le hai dato lo spirito, avrai alla sua morte lo spirito; tu, Terra, che le hai donato il corpo, il corpo avrai. Ma poiché la “Cura” ha per prima formato questa creatura, essa per tutta la durata della sua vita sarà in preda alla “Cura”. E siccome discutete del suo nome, chiamatela 'homo', perché è fatta di humus*

---

<sup>5</sup>A. PAPA, *L'identità esposta. La cura come questione filosofica*, Vita e Pensiero, Milano 2014, p. 23. Come ci informa Papa, la rivista letteraria che ospitò l'articolo *Faust und die Sorge* (Faust e la Cura), è «*Deutsche Vierteljahrsschrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte*».

<sup>6</sup>L. MORTARI, *Aver cura della vita della mente*, Carocci, Roma 2013, p. 16.

<sup>7</sup>Non a caso il paragrafo 42 della Prima Sezione di *Essere e Tempo*, nel quale è inserito il racconto di Igino l'Astronomo, ha come titolo (nella traduzione del 2015): *Conferma dell'interpretazione esistenziale dell'esserci come cura in base all'autospiegazione preontologica dell'esserci*.

(terra)»<sup>8</sup>.

Il mito antropogonico, così tradotto<sup>9</sup>, rivela al lettore contemporaneo un significato di cura che va al di là di quella concezione che la vede come un recupero di un buono stato di salute.

La lettura del mito, che narra dell'origine dell'uomo, rimanda ad una visione del concetto di cura che ha un'accezione più profonda e molto vicina, come vedremo, anche al discorso pedagogico.

Heidegger usa il mito per confermare la sua interpretazione della cura come “essere dell'esserci”. Da questo assunto il filosofo continua a dare forza al suo pensiero affermando che la cura determina ogni modo d'essere (*ethos*) che segua la costituzione d'essere dell'esserci.

Le interpretazioni del mito di Igino sono numerose<sup>10</sup>e offrono lo stimolo per una rilettura interpretativa che va oltre il significato più esplicito.

Partiamo dal significato più evidente del racconto, ovvero che l'uomo (*homo*), creato dalla mani di Cura dalla Terra, reso vivo da Giove, appartiene alla Cura per tutto il tempo del suo esistere. Questo destino viene deciso da Saturno, l'unico dio, tra Giove e Terra, che ha

---

<sup>8</sup>La presente traduzione del mito è stata presa dall'edizione di *Essere e Tempo* Mondadori del 2015, pp. 282-283.

<sup>9</sup>Il testo in latino, di seguito trascritto, offre al lettore diverse traduzioni. Messe a confronto, le traduzioni rinvenute durante il lavoro di ricerca presentano poche differenze. Ho scelto di rimanere fedele al testo tradotto presente nel volume di Heidegger (ed. 2015), dal quale ho anche trascritto il testo del mito in originale: *Cura cum fluvium transige, videt cretosum lutum sustulitque cogitabonda atque coepit fingere. Dum deliberat quid iam ferisse, Jovis intervenit. Rogat eum Cura ut det illi spiritum et facile impetrat. Cui cum vellet Cura nomen ex sese ipsa imponere, Jovis prohibuit suumque nomen ei dandum esse dicitat. Dum Cura et Jovis disceptant, Tellus surrexit simul suumque nomen esse volt cui corpus praeberit suum. Sumpserunt Saturnum iudicem, is sic aecus iudicat: "Tu Jovis quia spiritum dedisti, in mortem spiritum, Tuque Tellus, quia dedisti corpus, corpus recipito, Cura enim quia prima finxit, teneat quamdiu vixerit. Sed quae nunc de nomine eius vobis controversia est, homo vocetur, quia videtur esse factus ex humo".*

<sup>10</sup>Cfr. Capitolo 2, § 1.

il diritto di scegliere il nome dell'uomo. Non a caso è Saturno, il dio del tempo che assegna a ciò che Cura aveva creato una dignità e una natura ontologica, «poiché in quanto creatura vivente è destinato a durare e, nella durata della sua esistenza, ad agire, a comportarsi dunque da *uomo*, ovvero secondo natura umana, poiché è nel solo agire che l'essere umano si manifesta»<sup>11</sup>.

Oltre ad un'identità temporale, l'uomo ottiene anche un nome, una dignità, viene riconosciuto come essere dell'ente. Ma in che modo l'uomo viene riconosciuto e da chi? Definito l'esserci un ente in perenne ricerca di direzione di senso, sobbarcato dal peso di vivere e portatore di quel sentimento di cura, che – come vedremo – Heidegger chiama “angoscia” (intesa come condizione solitaria dell'uomo), come può l'uomo incontrare l'altro ed essere riconosciuto?

Come vedremo più avanti, Heidegger sostiene che l'autentico incontro con gli altri uomini avviene solo nelle modalità positive di cura. All'interno di questa specifica relazione di cura, nell'incontro con gli altri, questi ultimi «restano sempre comunque fuori da un intento fabbricatorio, essi infatti non sono meri utensili, bensì sono nominati, hanno un nome (*homo*)»<sup>12</sup>.

Inoltre è interessante notare, nella lettura del mito, la condizione originaria dell'essere dell'ente, ovvero l'uomo.

L'uomo ha origine nella Cura ma, come per tutte le cose del

---

<sup>11</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*. cit. p. 25.

<sup>12</sup>*Ibidem*, p. 25. Per una più immediata comprensione di quanto riportato, riassumo qui cosa si intende con l'espressione "modalità positiva della cura" (concetto che sarà trattato più avanti con più attenzione). Per Heidegger l'uomo nel corso della sua esistenza assume due modalità di cura: il *prendersi cura*, orientato ad un uso degli “enti utilizzabili”, utili all'uomo per la sua sopravvivenza nel quotidiano, e *l'aver cura*, modalità che corrisponde (nelle sue declinazioni positive) alla cura autentica e che presuppone un incontro/riconoscimento con l'altro.

mondo che hanno un inizio, anch'egli è destinato a una fine. Come osserva Conte (2007) «l'origine non funge esclusivamente da inizio e cominciamiento dell'esserci, la Cura non esce di scena con l'apparire dell'uomo, ma questi ne è dominato (*teneat*) fintanto che è nel mondo»<sup>13</sup>. Heidegger, a questo proposito, facendo partire la sua interpretazione dalla lettura del mito di Igino, dimostra la sua intenzione di concepire la cura come una pratica legata alla temporalità. In questo caso, osserva Papa (2014) il filosofo predilige alla parola greca *epimeleia* (pratica dell'aver cura di sé) l'accezione latina del termine cura *adsistere*, intendendola come preoccupazione, occuparsi di qualcosa, prendere a cuore qualcosa. *Ad-sistere* inteso dunque come fermarsi, farsi testimoni, dedicare del tempo all'esistenza<sup>14</sup>.

Nel testo un altro elemento importante da sottolineare del mito è il richiamo all'azione, alla pratica, al movimento.

Prima di tutto Cura è in movimento ([...] *traversando un fiume*). Questo presuppone che la Cura, così come l'uomo, è un "ente" che si muove nello spazio e nel tempo di una "realtà fattuale", per usare le parole di Heidegger; anche l'atto del pensare, del riflettere (*cogitabonda*), a mio parere, rientra in una dimensione pragmatica in quanto pur essendo un atto solipsistico implica un pensiero che necessariamente avrà un risvolto pratico.

Infatti, il risvolto pratico che Cura mette in atto è quello della creazione dell'uomo (*sovrappensiero lo prese in mano e cominciò a modellarlo*). Cura "comincia" (azione che rimanda a un'idea di creazione, di origine) dunque a dare forma a una materia, l'uomo,

---

<sup>13</sup>M. CONTE, *La pratica educativa tra cura di sé e cura dell'altro*, in C. VIAFORA, E. FURLAN, *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 66.

<sup>14</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 27.

che apparterrà ad essa per tutto il tempo del suo esistere.

La Cura del racconto di Igino, inoltre, si rende “responsabile” per prima nei confronti dell'uomo, da un lato mettendo in pratica, con “intenzionalità”, un'azione scaturita dalla riflessione, dall'altro pregando Giove di insufflare all'uomo lo spirito. Una volta creata la forma, Cura non smette di “preoccuparsi” e continua a domandare, a riflettere sul prodotto della sua azione, per la quale sente una sorte di “senso di protezione”.

Il concetto di responsabilità che emerge nella lettura del mito può (e deve) essere inteso sia in termini di preoccupazione, angoscia, ansia, ma anche in relazione agli atteggiamenti di attenzione, zelo, sollecitudine. Tale distinzione, alla quale dedicheremo più spazio nei paragrafi successivi, rende evidente lo stretto legame che esiste tra il concetto di cura e quello di responsabilità.

Inoltre Heidegger, usando il mito di Igino, rileva come «il primato della cura emerge in connessione con la nota concezione dell'uomo come *compositum* di corpo (terra) e spirito»<sup>15</sup>. L'azione che compie la Cura viene prima di qualsiasi altra, prima di Giove (spirito) e di Terra (corpo), la cura è un “a-priori ontologico” che sta all'origine di ogni esistenza umana.

A sostegno della sua tesi, il filosofo tedesco<sup>16</sup> si basa anche su un altro documento, l'ultima lettera di Seneca a Lucilio (*epist.* 124,14), per dimostrare ancora di più la consustanzialità dell'esserci e della cura. Si legge: «Delle quattro nature esistenti (pianta, animale, uomo, dio), le ultime due, le sole dotate di ragione, si distinguono per il fatto che dio è immortale e l'uomo è mortale. [...] il bene dell'uno (e cioè di dio) lo compie la stessa natura, mentre quello dell'altro, cioè

---

<sup>15</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo* (1927), Mondadori, Milano 2015, p. 283.

<sup>16</sup>*Ibidem*, pp. 283-284.

dell'uomo, lo compie la cura: *unius bonum natura perficit, dei scilicet, alterius cura, hominis*». La mortalità dell'uomo corrisponde dunque alla sua responsabilità di abitare la terra con atteggiamenti progettuali, e rappresenta la facoltà di «stare nel presente, sporgendosi verso il passato e verso il futuro»<sup>17</sup>.

## 1.2 *Heidegger e la cura*

Il punto di partenza che il filosofo assume per spiegare il suo concetto di cura è la definizione dell'uomo nel mondo. L'individuo è inteso da Heidegger come "ente" che si muove nello spazio e nel tempo, connotato di potenzialità (il poter-essere da lui definito), un ente in perenne ricerca, o se vogliamo "affanno", di una dimensione di senso.

*Questo ente, che noi stessi via via siamo, e che tra l'altro possiede quella modalità di essere che è il domandare, lo designiamo con il termine "esserci [Dasein]"<sup>18</sup>.*

Partendo dalla sua idea dell'uomo come essere-gettato-nel-mondo, mancante di forma definita e stabile nel tempo, il filosofo descrive la condizione dell'uomo come un continuo tentativo di adattamento dell'esserci nel preesistente, all'interno cioè di quella realtà in cui si trova ad essere (esistere), che lui chiama "mondanità".

Il tentativo dell'uomo di dare forma al suo tempo e di attribuire

---

<sup>17</sup>L. MORI, G. VARCHETTA (a cura di), *Cura e Formazione. Le organizzazioni che curano*, Franco Angeli, Milano 2012, p. 21.

<sup>18</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 22.

quindi un valore alla propria esistenza corrisponde, secondo Heidegger, a quella *modalità del domandare*, a un momento della vita che egli definisce "chiamata della coscienza": una risposta consapevole ad una chiamata interiore che *richiama l'esserci al suo proprio poter essere*<sup>19</sup>. Ciò che muove l'uomo (l'esserci) ad intraprendere questo percorso di ricerca di senso, secondo il filosofo tedesco, è fondamentalmente la cura (*Sorge*).

L'uomo, nel pensiero di Heidegger, è un essere mancante, bisognoso di dare forma alla sua presenza nel mondo. Ogni ente finito, contrapposto al divino, è «sostanza senza forma che diviene nel tempo e il suo divenire è mosso dalla tensione di cercare una forma»<sup>20</sup>. La cura dunque si esplicita sostanzialmente nel rapporto tra l'effettività dell'uomo di essere-nel- mondo e la possibilità del suo divenire il più proprio poter-essere.

La "chiamata della coscienza" è quindi la scelta consapevole dell'uomo nei confronti della sua condizione di perenne ricerca – se vogliamo, di inquietudine, affanno, ansia – di modalità esistentive utili a dare forma alla propria esistenza. A questo proposito Heidegger prese spunto dalla lettura delle *Confessioni* di Agostino<sup>21</sup>.

Sembra infatti che il concetto di cura heideggeriano del 1927 (*Essere e Tempo*), abbia avuto la sua origine (seppur inizialmente con limitata intensità) precisamente durante un corso tenuto nel 1922 dedicato alle *Interpretazioni fenomenologiche di Aristotele*. Prima di questa data, per indicare la cura veniva usata dal filosofo la parola tedesca *Bekümmern*.

Infatti, l'anno precedente (1921), durante una sua lezione sul

---

<sup>19</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006, p.3.

<sup>20</sup>L. MORTARI, *La filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano, 2015, p. 12.

<sup>21</sup>L. MORI, G. VARCHETTA (a cura di), *Cura e formazione, le organizzazioni che curano*, Franco Angeli, Milano 2012, pp.20-21.

decimo libro del filosofo di Ippona, Heidegger utilizza il termine *Bekümmierung* (cura, preoccupazione) per spiegare meglio il concetto di *inquietudo* – utilizzato da Agostino per definire i modi d'essere nei quali l'uomo può esprimere il suo stato di perdizione e di allontanamento di fronte ad una “chiamata interiore” – che corrisponde, per Agostino, alla chiamata di Dio.

Agostino, infatti, ha posto la questione dell'uomo e del suo progetto di vita, partendo dall'idea di uomo come soggetto creativo del mondo<sup>22</sup>. La ricerca di Dio, punto di partenza del pensiero agostiniano, comincia da una ricerca interiore dell'uomo e parte dal famoso detto socratico *gnōthi seauton* (conosci te stesso).

Secondo il filosofo di Ippona non è importante per l'uomo, destinato a una morte precoce, sapere sotto quale potere debba vivere, ma piuttosto sapere che ha la possibilità di scegliere se la sua esistenza debba seguire la strada di quella che Agostino chiama la *civitas terrena*, costruita su egoismo, utilitarismo, ambizione e superbia, o vivere secondo la possibilità della *civitas Dei*, fondata invece su altruismo, umiltà, dedizione e amore<sup>23</sup>.

Proprio dal concetto agostiniano della “chiamata interiore”, Heidegger prenderà spunto per spiegare la dinamica della “chiamata alla cura”, cioè del capovolgimento di senso dell'esserci (l'uomo) che viene chiamato a modalità di vita autentiche.

Inoltre la concezione di Agostino sulla vita dell'uomo, in perenne movimento tra *defluxio* e *continentia*, viene utilizzata dal filosofo tedesco per spiegare la condizione esistenziale dell'esserci che vede la *defluxio* come uno «scadimento dell'uomo all'interno della

---

<sup>22</sup>W. BÖHM, *Storia della pedagogia. Da Platone ai nostri giorni*, Armando Editore, Roma 2007, p. 34.

<sup>23</sup>*Ibidem*, p. 34.

quotidianità e dell'inautenticità»<sup>24</sup>, e la *continentia*, ovvero il superamento delle tendenze mondane, come la “possibilità” dell'uomo di adoperare atteggiamenti positivi di cura per evitare di essere trasportato dal flusso del quotidiano.

Il concetto di *inquietudo* è un *topos* ricorrente nel pensiero di Agostino e, secondo Barizza (2003), nell'interpretazione heideggeriana, Agostino viene indicato come lo scopritore di un nuovo “sentimento della vita”<sup>25</sup>. La preoccupazione della vita, ovvero «la “tendenza decadente” finalizzata ad annullare gli effetti destabilizzanti, inquietanti, di tutto ciò che essa non può e non riesce ad ordinare»<sup>26</sup>, corrisponde alla *Bekümmerng*. Per Heidegger, infatti, si tratta di una modalità di auto-riferimento, «propria di chi si trova costantemente sospeso tra due possibilità di esistenza: il possesso di sé o il perdersi nel mondo»<sup>27</sup>, ovvero tra la *continentia* e la *defluxio*.

Nella concezione agostiniana del “nuovo sentimento della vita” troviamo dunque due possibilità che, come ci suggerisce Barizza (2003), possono tradursi negli ulteriori concetti di *epimeleia heautou* (cura di sé), e di *gnōthi seauton* (conosci te stesso) – di cui parleremo più approfonditamente nei paragrafi successivi – e di *tribulatio* cristiana, ovvero la lotta interiore e l'inquietudine dell'esperienza cristiana.

Il tema della scelta, ovvero l'“essere nella possibilità” lo ritroviamo

---

<sup>24</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, La Scuola, Brescia 2011, p. 33.

<sup>25</sup>A. BARIZZA, “Un'interpretazione fenomenologica” di Agostino, in *Annali di Studi religiosi*, n. 4, EDB Edizioni Dehoniane Bologna, Bologna 2003, p. 127. In <http://books.fbk.eu/sites/books.fbk.eu/files/Barizza.pdf> (Data ultima consultazione 27/10/2015).

<sup>26</sup>*Ibidem*, p. 127.

<sup>27</sup>*Ibidem*, p. 125.

anche nel pensiero di Edith Stein, filosofa e religiosa di origine polacca, molto influenzata dal pensiero fenomenologico del suo maestro Husserl.

Secondo la Stein (1950), l'essere (l'esistere dell'uomo) in quanto tale e in quanto dato è un essere inconsistente<sup>28</sup>. Attimo per attimo l'uomo riceve nuovamente in dono da altrove l'essere, per ritrovarsi ogni istante con la pienezza dell'essere e, come dice la Mortari (2015), parafrasando il pensiero della Stein, la «debolezza della condizione umana sta proprio nel non possedere il proprio essere, ma di avere bisogno del tempo per poter arrivare a essere»<sup>29</sup>.

Si tratta dunque per l'uomo di una continua ricerca di senso (Agostino), di un continuo domandare (Heidegger), di un lavoro, inteso come compito, un peso di vivere che porta l'uomo alla responsabilità di abitare il mondo e nello stesso tempo di scegliere fra molteplici possibilità senza possedere conoscenza degli esiti di tale scelta (Olafson 1987, p. 103 s., citato in L. Mortari 2006)<sup>30</sup>.

Lo stesso Lévinas (1993, 1997), a proposito del compito al quale l'uomo è chiamato per vivere nel mondo, parla della fatica e della responsabilità nei confronti della vita: «Io non esisto come un essere spirituale, come un sorriso o come un vento che soffia, non sono libero da responsabilità. Il mio essere si carica di un avere: sono oppresso dall'ingombro di me stesso»<sup>31</sup>.

La preoccupazione e l'angoscia, divengono quindi delle modalità necessarie e utili all'uomo per sopravvivere, perché «i modi della cura che si attualizzano come risposta al sentirsi vincolati a

---

<sup>28</sup>E. STEIN, *Essere finito e essere eterno*, Città Nuova, Roma 1999, p. 92.

<sup>29</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p. 16.

<sup>30</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 6.

<sup>31</sup>E. LÉVINAS, *Il Tempo e l'Altro*, Il melangolo, Genova 1993, p. 29.

preservare la vita stanno all'ordine della necessità, poiché costituiscono una mossa esistenziale obbligata dalla non compiutezza del nostro esserci e dalla nostra fragilità»<sup>32</sup>.

La cura (*Bekümmern*), potrebbe dunque essere interpretata con un significato negativo. Più che un'accezione negativa, la preoccupazione e l'angoscia possono assumere il carattere smisurato dell'ansia rispetto al semplice prendersi cura delle cose.

La cura eccessiva, la foga nel procurarsi ciò che potrebbe essere utile per far fronte al duro compito di vivere, è da interpretare come risposta alla *paura* di essere mancanti e bisognosi d'altro. Risposta, questa, che può portare l'esserci ad una “cura inautentica”: condizione – come vedremo più avanti – più frequente rispetto a quella definita come “cura autentica”<sup>33</sup>.

Ma la cura, intesa come preoccupazione, verrà ripresa successivamente da Heidegger – nel §42 della sua opera *Essere e Tempo* – quando tratterà dei due significati ontici del termine cura, prendendo spunto dallo studio del già citato filologo Burdach (1923): da un lato la cura corrisponde all'ansia, alla preoccupazione, e alla sollecitudine, dall'altra all'accuratezza e alla dedizione<sup>34</sup>.

Heidegger ci informa che, per indicare questa modalità necessaria dell'individuo di procurarsi le cose del quotidiano, già in epoca stoica, veniva usato il termine greco *mérimna* (μέριμνα) per indicare «la tendenza a persistere nell'essere» (Mortari, 2006, p. 19).

Inoltre, lo stesso termine greco ricorre nei Vangeli<sup>35</sup> sia come

---

<sup>32</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 8.

<sup>33</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 272.

<sup>34</sup>*Ibidem*, p. 284.

<sup>35</sup>L'unica eccezione, tra i brani più significativi dei Vangeli (riscontrati in questo studio), in cui il termine cura è inteso come dedizione, attenzione e non come affanno e preoccupazione, la troviamo in Luca, (Lc, 10, 33-35), nella Parabola

sostantivo, inteso come preoccupazione<sup>36</sup> (Mt, 13, 22), sia nella forma verbale corrispondente *merimnáo*, intesa come affanno<sup>37</sup> (Mt, 6,25 ss.) e preoccupazione<sup>38</sup> (Lc, 10, 41).

Nello specifico, quando il filosofo tedesco parla di angoscia e preoccupazione, egli intende indicare quella condizione dell'esserci di fronte allo scadimento (la *defluxio*) e alla consapevolezza dell'uomo di trovarsi di fronte al compito di occuparsi della propria vita. Egli vede nella «fuga» di fronte a se stesso lo scadimento dell'esserci al mondo «pro-curato»<sup>39</sup>. In questo stato angoscioso l'uomo, già debole e bisognoso di altro, sprofonda, «l'angoscia toglie così all'esserci la possibilità di comprendersi, scadendo, in base al mondo e allo stato di spiegazione pubblico. Essa rigetta l'esserci indietro a ciò per cui esso si angoscia: il suo autentico poter-essere-nel-mondo»<sup>40</sup>. Più avanti esporremo con più contezza questo tipo di atteggiamento umano che Heidegger definisce con il termine “deiezione”.

A proposito della cura come angoscia, è interessante il pensiero di Lévinas (1997) il quale sostiene che la problematicità dell'esistenza umana sia da rintracciare non tanto nell'esperienza di trovarsi di

---

del buon Samaritano: «*Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto (all'uomo percosso dai briganti) lo vide e ne ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui.*».

<sup>36</sup>(Mt 13, 1-23) La parabola del seminatore: «*Quello seminato tra le spine (il seme) è colui che ascolta la parola, ma la preoccupazione per il mondo e l'inganno della ricchezza soffocano la parola ed essa non dà frutto.*».

<sup>37</sup>(Mt, 6, 25) Abbandonarsi alla provvidenza: «*Perciò vi dico: per la vostra vita non affannatevi di quello che mangerete e berrete, e neanche per il vostro corpo, di quello che indosserete; la vita forse non vale più del cibo e il corpo più del vestito?*».

<sup>38</sup>(Lc, 10, 41) Marta e Maria: «*Marta, Marta, tu ti preoccupi e ti agiti per molte cose.*».

<sup>39</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 266.

<sup>40</sup>*Ibidem*, p. 269.

fronte al nulla (condizione dell'angoscia heideggeriana) ma più che altro nella consapevolezza di quanto l'essere è presente nella sua pienezza, solidità e concretezza. Ciò che Heidegger chiama "fuga" dell'uomo di fronte al disagio di essere mancante d'essere, da Lévinas viene indicato con il termine francese *lassitude*, ovvero il rifiuto di esistere e di assumersi l'impegno di dare forma al proprio tempo<sup>41</sup>.

Secondo Lévinas (1997), per ovviare a questo decadimento dell'esistenza umana e diventare quindi ciò che si può, per prendere in mano la propria vita e scegliere tra le infinite possibilità, l'uomo non può fare a meno di avere un rapporto costante con l'Altro.

Ma oltre a questa interpretazione della *Bekümmerng*, legata più ad una conduzione materiale dell'esistenza umana e a quegli atteggiamenti di affanno e ansia nei confronti delle cose della vita, troviamo anche un concetto di cura angosciosa diverso da quello finora esposto e che rimanda ad una dimensione di accettazione delle mancanze dell'essenza dell'essere: il "desiderio di trascendenza" (Mortari, 2006).

Il desiderio di trascendenza si contrappone alla necessità dell'uomo di trovare soluzioni pratiche e obiettivi più facilmente realizzabili e si traduce in quell'accettazione positiva della «condizione ontologica della mancanza propria dell'essere umano, interpretata come apertura all'ulteriore. [...] Oltre a prendersi cura di sé perché il compito di sopravvivere ce lo impone, c'è l'aver cura come premura di dare compimento al proprio e altrui divenire possibile»<sup>42</sup>.

Avendo fino ad ora delineato il percorso teorico da cui Heidegger è

---

<sup>41</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 11. Cfr. E. Lévinas, *Dall'esistenza all'esistente*, Marietti, Genova 1997.

<sup>42</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 8.

partito per esporre la sua idea di cura, nel paragrafo successivo prenderemo in esame le due modalità di cura di cui parla il filosofo tedesco, “il prendersi cura” e “l'aver cura”.

### 1.3 *Le modalità della cura*

Fino ad ora abbiamo esposto le ragioni per cui la cura, secondo Heidegger, è la condizione fondamentale dell'esserci: l'esserci (*Dasein*), ovvero il *modo* in cui l'uomo esiste nel mondo, non ha cura ma è cura.

Come accennato nel paragrafo precedente, ciò che invece *ha* l'esserci è la responsabilità di abitare la terra secondo una molteplicità di “modalità esistentive” che – come ci informa anche Ricoeur (1985), nella sua interpretazione del pensiero di Heidegger su “cura e temporalità” – corrispondono «alla scelta concreta di un modo di essere-nel mondo»<sup>43</sup> e al tentativo di dare forma autentica alla propria vita.

Ma l'esserci è fondamentalmente un essere-con, un-essere-nel-mondo. Gli atteggiamenti di cura infatti per Heidegger vengono orientati attraverso l'incontro con gli oggetti, con le cose del mondo, e con altri enti che sono “esserci” essi stessi. Ciò che muove l'uomo verso l'incontro con altri enti e con gli oggetti è essenzialmente la cura, essendo essa stessa preontologica e ontologica, ossia consustanziale all'essere.

L'uomo si “preoccupa” di interagire con gli oggetti che strutturano la sua esperienza e, a partire da questo atteggiamento, costruisce il

---

<sup>43</sup>P. RICOEUR, *Il tempo raccontato*, Jaca Book, Milano 1999, p. 100.

senso del suo essere al mondo e del suo divenire<sup>44</sup>. È in base a queste interazioni che l'uomo definisce se stesso e orienta la sua scelta per gli atteggiamenti presenti e futuri. Gli oggetti diventano quindi strumenti dell'esserci, e il modo d'uso che l'uomo (l'esserci) ne fa è, per Heidegger, sostanzialmente la cura.

La cura assume dunque un carattere pragmatico, legato cioè ad azioni strumentali di convenienza: l'esserci si serve degli oggetti e ne fa un uso quasi egoistico ed autoreferenziale.

In questo contesto, viene da chiedersi quali siano le modalità di cura in rapporto con altri enti, con gli altri esseri umani, e se possa chiamarsi “cura” un'azione rivolta a fini solo funzionali.

A questo proposito il filosofo, per spiegare la sua idea di cura, contestualizzandola in una condizione dell'esserci dell'essere-con, fa una distinzione fra “prendersi cura” e “aver cura”.

Tale precisazione è importante per capire cosa intende infine Heidegger per cura autentica e per incuria, ovvero le modalità in cui si manifesta la cura.

### 1.3.1 *Prendersi cura e aver cura*

La prima forma di cura, il “prendersi cura” (*Besorgen*<sup>45</sup>), riguarderebbe l'esserci che si rivolge all'ente “utilizzabile”.

Per Heidegger si tratta di una modalità di cura che appartiene alla dimensione strutturale dell'essere umano – ossia all'aver cura – ma è

---

<sup>44</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, La Scuola, Brescia 2011, p. 35.

<sup>45</sup>In tedesco, il verbo "prendersi cura" si esprime con la locuzione *sich kümmern*. Il termine *Besorgen*, utilizzato da Heidegger, esprime meglio il concetto del procurare e del provvedere che intende il filosofo.

riferita ad un'azione di cura rivolta alle cose che l'uomo si procura per sé e per gli altri, un insieme di attività agite dall'esserci in relazione agli “enti utilizzabili”, che corrispondono ad azioni quali: «l'aver a che fare con qualcosa, produrre qualcosa, coltivare e curare qualcosa, impiegare qualcosa, cedere e lasciar perdere qualcosa, intraprendere, imporre, appurare, sopportare a richiesta, considerare, parlare-di, determinare. Queste maniere dell'in-essere hanno il modo d'essere [...] del procurare»<sup>46</sup>.

Per quanto riguarda la seconda modalità di cura, “l'aver cura” (*Fürsorge*), Heidegger intende indicare quegli atteggiamenti che permettono all'esserci di incontrare un altro esserci. In questo caso l'ente con il quale l'esserci si tiene in rapporto come essere-con non è un ente che viene procurato, ma di cui *ci si prende cura*<sup>47</sup>. In altre parole, l'uomo «offre agli altri la possibilità di trovare se stessi e di realizzare il proprio essere»<sup>48</sup>.

Sembrerebbe quindi che “l'aver cura” rappresenti il polo positivo tra le due modalità di cura, essendo indirizzato non solo a fini personali ma anche agli altri.

Ma, stabilito che la cura è pre-ontologica, Heidegger ci informa che questa struttura del preesistente, nella sua accezione dell'aver cura, si articola nei suoi “modi difettivi” e nei “modi positivi”.

Per *modi difettivi* dell'aver cura il filosofo tedesco intende quegli atteggiamenti del quotidiano come ad esempio, di indifferenza nei confronti degli altri, l'essere mancanti per l'altro, l'essere contro l'altro.

L'urgenza di adoperare questi tipi di atteggiamenti di cura nella

---

<sup>46</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit. p. 88.

<sup>47</sup>*Ibidem*, p. 178.

<sup>48</sup>U. GALIMBERTI, *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 2006, p. 216.

quotidianità, che Heidegger interpreta come una risposta dell'uomo a una consuetudine sociale (il *si* anonimo), servirebbe all'uomo, come abbiamo già accennato, per mantenersi e definirsi in un con-vivere insieme agli altri, vivendo però in una condizione di anonimia. Così facendo, l'esserci «manifesta il modo d'essere inautentico che è quello dell'esistere [...] secondo il modo comune che si impone nell'ambiente in cui abitiamo. Esistere secondo il modo anonimo prevalente significa esistere secondo in modo dove il poter essere è già deciso»<sup>49</sup>.

Il filosofo tedesco dunque sostiene che anche in presenza di azioni di cura si può vivere una dimensione di inautenticità dal momento che le cose e gli altri avrebbero lo stesso valore. Si sta *assieme* ma non si sta *con*. Questo tipo di atteggiamento, nei confronti delle cose del quotidiano e nei confronti dell'altro, viene definito da Heidegger con il termine “deiezione”<sup>50</sup>. Il “deietto” si prende cura dell'altro solo nella contingenza, senza una progettualità del suo atteggiamento di cura.

In questo tipo di forma di cura, «l'individuo si aliena, chiacchiera, cadendo vittima della dimensione di anonimia [...] (l'individuo) si smarrisce nella pubblicità del *si*»<sup>51</sup>. È il cosiddetto “*si*” anonimo, modalità dell'esistenza che induce l'uomo a vivere una quotidianità all'insegna dello scadimento e della deiezione. Questo concetto, ci informa Heidegger, non deve essere letto in maniera necessariamente negativa ma ha un significato ben preciso: «l'esserci è in prima istanza e per lo più presso il *mondo* del pro-curato»<sup>52</sup>,

---

<sup>49</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 2.

<sup>50</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 284.

<sup>51</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 31.

<sup>52</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 252.

ovvero del “prendersi cura”.

C'è da dire però che l'atteggiamento del pro-curare porta a riflettere anche su un'idea dell'aver cura che è propria dell'uomo e che non può mancare come maniera dell'esistere. Come spiega bene Mortari (2015), partendo dal significato più profondo del termine *mérimna*, «la cura delle cose, per soddisfare i bisogni che abbiamo del mondo, non è un livello degradato di vita rispetto ad un altro metafisico livello di esistenza, ma è il modo di essere che ci appartiene in quanto esseri incarnati in un corpo che abita il mondo. La cura delle cose è la nostra cura della vita»<sup>53</sup>. Ovvero, l'uomo non può fare a meno di prendersi cura delle cose del mondo (se così fosse non sarebbe pensabile una società civile) né può ignorare i bisogni che vuole soddisfare anche se questi non rientrano in una categoria di bisogni primari .

I *modi positivi* dell'aver cura, invece, risulterebbero per Heidegger molto limitati quantitativamente nel quotidiano, rispetto a quelli del prendersi cura fino ad ora esposti, e comunque anche loro divisi tra due estremi: cura inautentica da un lato e cura autentica dall'altro.

Per quanto riguarda l'aver cura inautentico, si tratta di un tipo di cura invadente e sostitutivo dell'altro, si ha la pretesa di aver cura dell'altro impedendogli nello stesso tempo di aver cura di se stesso, questo modo della cura «può in un certo senso sottrarre all'altro la “cura” e, nel pro-curare, *saltar dentro* al suo posto e in suo favore»<sup>54</sup>. Heidegger sostiene la stretta connessione di quest'ultimo al concetto di pro-curare. Per il filosofo questa forma dell'aver cura, corrisponde ad una modalità inautentica<sup>55</sup>. L'altro al quale viene sottratta la

---

<sup>53</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p. 19.

<sup>54</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 179.

<sup>55</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, cit., p. 45.

possibilità di vivere un tipo di cura autentica, viene dunque così «spinto dal suo posto, messo da parte, per poi rilevare, a cose fatte, il pro-curato e disporne come di cosa già pronta, risparmiandosene la fatica»<sup>56</sup>. In questo modo chi riceve cura non sperimenta grazie al “curante” quello che potremmo definire un momento di riflessione su se stesso e non viene messo nelle condizioni di fare delle scelte (la “ripresa della coscienza”) ma vive insieme all'altro in modo inautentico.

La seconda tipologia dell'aver cura degli altri corrisponde invece a ciò che Heidegger intende con “cura autentica”. Tale atteggiamento di cura «non *salta* dentro, quanto piuttosto *avanti*, rispetto al poter essere esistentivo<sup>57</sup> altrui, non per sottrargli la *cura* (corsivo mio) ma, anzi, proprio per restituirgliela in quanto tale e per davvero»<sup>58</sup>. Si tratta quindi di una modalità di cura che guarda con rispetto l'altro, che ha attenzione per l'altro e rende possibile una risposta autentica alla chiamata della cura.

La cura autentica promuove quindi la padronanza rispetto alla già citata *defluxio* agostiniana del quotidiano e permette all'altro di essere autonomo attraverso una cura consapevole di sé<sup>59</sup>.

## 2 *La cura di sé. Il pensiero di Michel Foucault*

Fino ad ora abbiamo delineato, in linea generale, l'idea di cura da

---

<sup>56</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 179.

<sup>57</sup>Con il termine *esistentivo* (in tedesco *existenzial*), Heidegger intende il modo in cui l'uomo si rapporta all'esistenza stessa e alle concrete possibilità e alternative che questa gli pone davanti.

<sup>58</sup>*Ibidem*, p. 179.

<sup>59</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura. Desiderio di educazione*, cit. p. 45.

un punto di vista fenomenologico, facendo riferimento al pensiero di Heidegger che possiamo riassumere in un concetto chiave, ovvero che la cura è struttura dell'esistenza e appartiene all'uomo che ne fa uso nelle sue modalità difettive e positive.

In più abbiamo anche esposto, attraverso la voce di chi si è occupato dell'interpretazione del concetto heideggeriano di cura, quali possono essere i limiti e i punti critici che questa lettura fenomenologica può comportare in una dimensione pragmatica, come per esempio nella pratica educativa.

In questo paragrafo si vuole offrire un altro tipo di analisi che vede nella “cura di sé” il riferimento principale per la nostra argomentazione.

Per Heidegger, l'espressione “cura di sé” è da considerare una tautologia: «Cura non può significare un particolare contegno verso il sé, perché esso è ontologicamente già caratterizzato dall'essere-avanti-a-sé»<sup>60</sup>. Nel paragrafo precedente, infatti, abbiamo affermato che per Heidegger è l'angoscia che porta l'uomo a liberarsi dalle sue preoccupazioni, per “volgersi verso se stesso” in modo autentico. La cura di sé dunque non troverebbe altre declinazioni, nel pensiero di Heidegger, se non quelle già esposte: la cura autentica si presenta nella sua forma positiva grazie a un dialogo interiore con il sé, ovvero con l'intima essenza dell'“ente”.

Chi si è occupato di tracciare uno studio accurato, partendo dal significato di “cura di sé” è il filosofo francese Michel Foucault (1926,1984), principale riferimento per questo paragrafo.

---

<sup>60</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 276.

## 2.1 *La cultura del sé*

Il discorso di Foucault sulla cura di sé, parte dalla constatazione di un fenomeno, di lunga portata storica, che ha visto lo sviluppo di quella che lui chiama “cultura del sé”<sup>61</sup>. L'arte dell'esistenza (*tecnē tou biou*) è stata dominata, secondo il filosofo, dal principio secondo il quale bisognava avere cura di se stessi.

L'impegno di Foucault per lo studio del “sé”, negli ultimi anni della sua carriera accademica – che lo aveva visto impegnato sui temi della follia, della devianza, della criminalità e della sessualità – segna la conclusione del suo lavoro dedicato ai modi in cui l'essere umano trasforma se stesso in soggetto.

L'intento di Foucault, come si evince anche dalla sua prima lezione presso il Collège de France<sup>62</sup>, tenuto nel 1982, era quello di andare ad indagare, dal punto di vista storico, la relazione tra soggetto e verità. Il punto di partenza per tale indagine era il concetto di “cura di sé” che, nella sua traduzione dal greco antico, viene pronunciata con l'espressione *epimeleia heautou*<sup>63</sup>.

Durante un seminario presso l'Università del Vermont, nel 1982,

---

<sup>61</sup>M. FOUCAULT, *La cura di sé. Storia della sessualità vol.3*, Feltrinelli, Milano 2010, p. 47.

<sup>62</sup>M. Foucault ha insegnato al Collège de France dal gennaio 1972 fino alla sua morte (1984). Il titolo della sua cattedra era "Storia dei sistemi di pensiero". Il ciclo di lezioni alle quali mi riferisco (a.a. 1981-1982) è quello dedicato all'ermeneutica del soggetto e nel quale il filosofo affronta la questione della "cura di sé". Cfr. M. FOUCAULT, *L'erméneutique du sujet. Cours au Collège de France 1981-1982*, (Seuil/Gallimard). Ed. Italiana, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2016.

<sup>63</sup>Foucault, durante la sua lezione, specifica che l'espressione latina che indica il concetto di cura di sé è *cura sui* e non manca di far notare il suo disappunto sulle numerose traduzioni sbagliate della nozione di *cura sui* dagli scritti di Cicerone, Lucrezio e Seneca. Il significato di cura di sé è stato interpretato spesso con accezioni negative nella misura in cui indicava egoismo e ripiegamento su se stessi.

Foucault descrive l'obiettivo principale di tutto il suo lavoro di indagine (di durata più che ventennale) ovvero quello di «tracciare la storia dei diversi modi in cui [...] gli uomini hanno sviluppato una conoscenza di sé»<sup>64</sup>.

Secondo il filosofo francese, per arrivare a spiegare la costruzione della conoscenza di sé, bisogna considerare un insieme di pratiche – o, per usare le parole di Heidegger, di modalità – comuni a tutti gli uomini e in interdipendenza fra loro. Tali pratiche vanno sotto il nome di “tecnologie” (da *techné*, arte, abilità) e Foucault ne presenta quattro: le *tecnologie della produzione*, rivolte alla realizzazione, trasformazione e manipolazione degli oggetti; le *tecnologie dei sistemi e dei segni* utili alla comunicazione; le *tecnologie del potere*, che regolano la condotta degli individui; e infine le *tecnologie del sé* che «permettono agli individui di eseguire, con i propri mezzi o con l'aiuto degli altri, un certo numero di operazioni sul proprio corpo e sulla propria anima – dai pensieri, al comportamento, al modo di essere – e di realizzare in tal modo una trasformazione di se stessi allo scopo di raggiungere uno stato caratterizzato da felicità, purezza, saggezza, perfezione o immoralità»<sup>65</sup>.

Per introdurre il discorso della cura di sé da un punto di vista storico, il filosofo francese fa riferimento allo sviluppo, in epoca ellenistica e romana, del fenomeno dell'individualismo che vedeva un'attenzione sempre maggiore «agli aspetti privati dell'esistenza, ai valori del comportamento personale e all'interesse verso se stesso»<sup>66</sup>. In generale vengono distinte tre modalità di cura verso se stessi, interconnesse tra loro: la prima che vede l'atteggiamento

---

<sup>64</sup>M. FOUCAULT, *Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 2011, p. 13.

<sup>65</sup>*Ibidem*, p. 13.

<sup>66</sup>M. FOUCAULT, *La cura di sé*, cit., p. 45.

individualistico come valore assoluto che si attribuisce all'individuo nella sua specificità; la seconda corrisponde a una valorizzazione della vita privata insieme all'importanza dei legami familiari e alla cura dell'attività domestica; e infine la modalità che rappresenta il rapporto con il sé, che si declina nelle diverse forme nelle quali si è chiamati ad assumere se stessi come oggetto di conoscenza da cui ne consegue poi un lavoro sul sé volto alla trasformazione, alla correzione e alla purificazione<sup>67</sup>. Questa tendenza all'individualismo, secondo Foucault, avrebbe avuto come conseguenza l'allontanamento degli aspetti relazionali dell'uomo a favore di un culto del sé che, proprio in virtù della sua intima appartenenza all'uomo, è dominabile e controllabile, e allo stesso tempo salvaguardato dalle minacce esterne.

La cura di sé diventa dunque, a partire dalla filosofia greca, l'“arte dell'esistenza” (*techné*).

Foucault, per spiegare meglio lo sviluppo storico della cultura del sé, fonda le origini della pratica della cura di sé nella filosofia greca, da Senofonte a Plutarco, e specificatamente in Platone, nell'*Alcibiade Maggiore*.

Nel testo di Platone, come è stato recentemente anche sottolineato da Papa (2014) la cura di sé costituisce il tema essenziale del dialogo tra Socrate e Alcibiade, inizialmente per «indicare un comportamento avveduto di fronte alla vita [...] e quindi come una sorta di corollario di domande introspettive»<sup>68</sup>.

Nell'*Alcibiade Maggiore*, infatti, si legge il famoso consiglio di Socrate sul giusto atteggiamento da avere nei confronti dei nemici: «Piuttosto, amico mio, dà ascolto a me e all'iscrizione di Delfi

---

<sup>67</sup>*Ibidem*, p. 46.

<sup>68</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 10.

“conosci te stesso”»<sup>69</sup> insieme, subito dopo, ad un ulteriore consiglio: «I mezzi con cui potremo dimostrare la nostra superiorità rispetto a loro non sono che la sollecitudine (*epimeleia*) e l'abilità (*techné*)»<sup>70</sup>.

A seguire, la cura di sé viene così implicitamente pronunciata da Socrate: «Senza sapere chi siamo noi stessi, potremmo forse conoscere l'arte (*techné*) che ci rende migliori? [...] se conosciamo noi stessi, potremmo anche conoscere la cura di noi stessi; ma se non ci conosciamo, non conosceremo neppure quella»<sup>71</sup>. Nella *paideia* socratica l'obiettivo formativo è la conoscenza del sé, ovvero la conoscenza dell'anima.

Un altro esempio, che chiarisce il concetto di cura di sé nell'epoca antica, è da ricondurre agli scritti di Epicuro e soprattutto alla *Lettera a Meneceo*, nella quale si chiarisce il principio di base secondo il quale la filosofia doveva essere considerata come esercizio permanente della cura di se stessi (*epimeleia heautou*). Epicuro scrive che «non è mai troppo presto, né mai troppo tardi, per occuparsi della propria anima [...]. La cura di sé è un compito da svolgere lungo tutto il corso dell'esistenza»<sup>72</sup>.

Il pensare e il riflettere su se stessi, dovevano essere dunque un esercizio permanente della vita dell'uomo. Ma tale principio, ci informa Foucault<sup>73</sup> non era solo riservato ai filosofi o al tempo dedicato alla pratica filosofica, bensì era rivolto a tutti gli uomini come pratica per arrivare alla verità.

I riferimenti alla cura di sé, quale obbligo per arrivare alla conoscenza della propria anima si possono riscontrare anche

---

<sup>69</sup>Cfr. PLATONE, *Alcibiade Maggiore*, 124a.

<sup>70</sup>*Ibidem*, 124b.

<sup>71</sup>*Ibidem*, 129a 1-7.

<sup>72</sup>M. FOUCAULT, *Tecnologie del sé*, cit., p. 17.

<sup>73</sup>M. FOUCAULT (1984), *La cura di sé*, cit., p. 51.

all'interno della tradizione cristiana.

Oltre alla filosofia greco-romana, infatti, Foucault si rifà anche alla tradizione della spiritualità cristiana e ai principi monastici del IV e V secolo. Infatti, per spiegare lo sviluppo delle tecnologie del sé e le diverse interpretazione dell'*epimeleia heautou*, il filosofo francese, si rifà alle parole del Padre della Chiesa Gregorio di Nissa. Negli scritti<sup>74</sup> di quest'ultimo però, il concetto di cura di sé si discosta da quello della tradizione greco-romana perché viene riferito ad una scelta precisa del soggetto di rinunciare alle cose mondane, per recuperare, attraverso una ricerca interiore, l'immortalità dell'anima, offuscata dal corpo e dalla materialità<sup>75</sup>.

Inoltre, rimanendo nell'ambito della cultura greca il concetto di cura di sé come filosofia, ci informa Foucault, è in stretta correlazione con la pratica medica. Il rapporto tra questi due concetti è da ricercare in una nozione comune, quella del *pathos*. Con tale termine si indica sia la passione che la sofferenza dovuta a una malattia fisica, sia i moti involontari dell'anima, contrapposti alla ragione (*logos*), che le alterazioni del corpo provocate da una malattia.

È inoltre opportuno riportare, attraverso il pensiero di Foucault, l'assunto secondo cui la cura di sé, non è solamente una pratica personale ma anche una pratica sociale<sup>76</sup>.

La cura, nella sua accezione di *epimeleia*, non deve essere intesa solo come atteggiamento preoccupato nei confronti delle cose del mondo, intesa quindi alla maniera di Heidegger, ma come una pratica relazionale, per ogni contesto in cui viene applicata.

---

<sup>74</sup>Foucault si riferisce nello specifico al trattato di Gregorio di Nissa su *La Verginità* libro XIII dal titolo *L'inizio della cura di se stessi è la rinuncia al matrimonio*.

<sup>75</sup>M. FOUCAULT, *Tecnologie del sé*, cit., p. 16.

<sup>76</sup>M. FOUCAULT (1984), *La cura di sé*, cit., p. 55.

Riferendosi infatti agli scritti di Seneca, Senofonte e Plutarco, il filosofo francese, inoltre espone una serie di occupazioni di cura, sia riferite alla cura di sé sia alla cura degli altri (ad esempio le attività del padrone di casa, il ministero del principe nei confronti dei sudditi, le cure da prestare a un malato o a un ferito)<sup>77</sup>. Ciò che sottolinea Foucault è l'importanza del tempo da dedicare a tali occupazioni. Anche in questo caso, il tempo speso per la cura di sé non deve essere vissuto in preda all'ansia e alla preoccupazione bensì dedicato ad esercizi meditativi mirati e consapevoli.

Per quanto riguarda la cura degli altri, il legame con l'altro è inteso come un diritto che l'individuo ha per aver cura di sé, «nell'esercizio della cura di sé, si fa appello a un altro di cui si intuisce l'attitudine a dirigere e consigliare, si fa uso di un diritto; e si compie un dovere quando si prodiga il proprio aiuto ad altri, o quando si ricevono con animo grato le lezioni che questo può dare»<sup>78</sup>. Cura di sé e cura dell'altro, secondo questo punto di vista, risultano essere i presupposti principali per una efficace e feconda relazione tra due persone. Il soggetto attraverso ha cura di sé nel momento in cui dà valore al proprio tempo per l'altro e ha cura di lui in maniera consapevole.

A questo proposito, ci informa Böhm (2004) «la conoscenza di se stessi non è un atto di riflessione solitaria e isolata; essa si realizza solo nel colloquio con altri uomini e nel continuo scambio di domande e risposta»<sup>79</sup> e, possiamo aggiungere, non si limita solo a un dialogo con il proprio sé, come sostiene Heidegger, ma avviene nella concretezza della relazione con l'altro.

---

<sup>77</sup>*Ibidem*, pp. 53-54.

<sup>78</sup>*Ibidem*, p. 56.

<sup>79</sup>W. BÖHM, *Storia della pedagogia*, cit., p. 18.

## 2.2 *Epimeleia heautou e gnōti seauton*

Ora è interessante notare, e in questo caso Foucault (1982, 1984) ci viene in aiuto, che, sebbene annoverata tra i principi morali della filosofia antica, l'*epimeleia heautou*, come precetto da seguire per arrivare alla conoscenza del sé, sarebbe stata preceduta da un'altra prescrizione delfica, citata da Socrate e indubbiamente più famosa, ovvero il *gnōti seauton*, “conosci te stesso”.

L'*epimeleia heautou* è stata ripresa da Foucault come precetto imprescindibile e non meno importante del *gnōti seauton*.

Il filosofo francese, infatti, accurato studioso della filosofia greco-romana, sottolinea invece la compresenza, nei testi antichi (Platone, Senofonte, Ippocrate per citarne alcuni), di entrambi i precetti delfici. Rispetto al conoscere se stessi «era proprio il bisogno di prendersi cura di sé che rendeva operativa la massima delfica»<sup>80</sup> per eccellenza, ovvero ci si doveva prendere prima cura di sé per poi poter mettere in atto la conoscenza del sé. Nell'*Apologia*, Socrate si presenta ai giudici come maestro della cura di sé e li accusa di non occuparsi della perfezione dell'anima e di preferire invece la cura delle ricchezze. Il compito di Socrate, maestro del sé, è quello di «sollecitare gli altri ad occuparsi di se stessi, a prendersi cura di se stessi e a non trascurare se stessi»<sup>81</sup>.

Riguardo la subordinazione dell'*epimeleia heautou* a favore del principio del *gnōti seauton*, della tradizione greco-romana, Foucault ipotizza che i motivi di tale accantonamento siano da ricercare nella tradizione del pensiero contemporaneo occidentale che vede la cura

---

<sup>80</sup>*Ibidem*, p. 15.

<sup>81</sup>M. FOUCAULT, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al college de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2011, p. 7.

di sé, insieme a tutto ciò che ne consegue «l'occuparsi di sé, l'essere amici di se stessi, restare in compagnia di se stessi»<sup>82</sup>, come qualcosa di negativo: da un lato come una scelta provocatoria dettata dalla volontà dell'uomo contemporaneo di allontanarsi da tutto ciò che viene considerato “eticamente” giusto, a favore di un “proprio” stato etico e individuale; dall'altro come una sorta di rinuncia dell'individuo nel voler dare consistenza ad una morale collettiva, perché incapace affrontare i compiti che essa richiede.

Ciò che Foucault tiene a precisare, nel discorso sulla cura di sé, lo esprime schematicamente durante le sue lezioni del 1982 al Collège de France. (*L'ermeneutica del soggetto*, pp. 12-13).

Prima di tutto, il filosofo specifica che la nozione di *epimeleia heautou*, è da considerare come un insieme di atteggiamenti che portano a mettere in pratica scelte e criteri per le cose del mondo, che permettono di portare a termine determinate azioni, di intrattenere relazioni con gli altri. È un atteggiamento verso di sé, verso gli altri e verso il mondo. In questo caso il concetto di cura di sé trova riscontro nella filosofia di Heidegger che a lungo ha dedicato il suo pensiero sulle modalità della cura, che altro non sono che gli atteggiamenti tradotti nella pratica e conseguenti a una riflessione su se stessi.

In secondo luogo, la cura di sé rappresenta, secondo Foucault, una certa forma di attenzione, ovvero quella rivolta al sé. Si tratta di convertire il proprio sguardo «distogliendolo dall'esterno, dagli altri, dal mondo [...], per farlo convergere verso se stessi. La cura di sé implica un certo modo di vigilare intorno a quel che si pensa e a quel che accade nel pensiero»<sup>83</sup>. In questo caso il filosofo fa notare la corrispondenza di significati tra *epimeleia* e *meletē* (meditazione).

---

<sup>82</sup>*Ibidem*, p. 14.

<sup>83</sup>*Ibidem*, p. 13.

Prima di tutto per la condivisione della stessa radice e poi per il significato: l'uno si traduce, oltre che con cura, anche con studio, occupazione, esercizio, l'altro appunto con meditazione, pratica del pensiero. Con il termine *meletē*, ci informa Foucault, si fa riferimento al «lavoro preparatorio per un discorso [...], è l'esercizio di pensare a parole o argomenti utili»<sup>84</sup>. Tale affinità viene ripresa anche da Mortari (2006) a proposito della relazione tra cura e riflessione, per confermare l'importanza dell'aver cura della mente<sup>85</sup> – intesa come cura di sé – per trovare il senso del proprio agire<sup>86</sup>.

Infine, continua Foucault, la nozione di *epimeleia heautou* non designa solo un atteggiamento in generale ma soprattutto un certo numero di azioni attraverso le quali ci si fa carico di sé, modificando e purificando il sé. Tra queste pratiche (tecnologie) troviamo per esempio la meditazione, la memorizzazione del passato, e il cosiddetto esame di coscienza<sup>87</sup>.

Nel suo discorso sulla cura di sé Foucault propone anche un'altra riflessione che riguarda le diverse interpretazioni che, nella storia delle idee, hanno portato anche a delle trasformazioni del senso originario (della filosofia greca) dell'*epimeleia heautou*. Quella che più ha portato ad un errore interpretativo, o meglio, ad una «svalutazione moderna della cura de sé»<sup>88</sup> è essenzialmente legata a quello che lui definisce “momento cartesiano”.

Con questa espressione Foucault denuncia ciò che in età moderna, con Cartesio, viene inaugurato come nuovo modo per

---

<sup>84</sup>M. FOUCAULT, *Tecnologie del sé*, cit., p. 33.

<sup>85</sup>Cfr. L. MORTARI, *Aver cura della vita della mente*, Carocci, Roma 2013.

<sup>86</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 150.

<sup>87</sup>M. FOUCAULT, *Tecnologie del sé*, cit., pp. 12-13. Cfr. M. FOUCAULT, *La cura di sé*, cit., p. 64 e ss.

<sup>88</sup>Tale espressione si trova nell'indice degli argomenti trattati nella prima lezione del 6 gennaio 1982 nel corso su *L'ermeneutica del soggetto*.

arrivare a conoscere la verità, ovvero il procedimento cartesiano. Il filosofo sostiene che la filosofia moderna, da Cartesio in poi abbia riqualificato lo *gnōti seauton* a discapito dell'*epimeleia heautou*. Rispetto a quest'ultima, conoscere se stessi – per la filosofia moderna, fondata sull'evidenza e su ciò che si può realmente conoscere – equivaleva ad avere uno degli accessi fondamentali alla verità.

Da questa analisi sulla cura di sé, attraverso l'exkursus storico offerto da M. Foucault, emerge con forza il carattere formativo dell'*epimeleia heautou*.

La cura di sé, intesa come arte (*techné*) dell'esistenza, è una pratica personale e sociale che prevede il raggiungimento di uno scopo, prefissato con consapevolezza e intenzionalità, rivolto al sé e all'altro.

Da un lato, la consapevolezza del bisogno nasce proprio grazie alla cura di sé e al conseguente lavoro riflessivo e meditativo che si fa sulla propria persona, dall'altro, parafrasando Foucault, l'insieme di azioni che vengono messe in pratica dall'individuo nella cura di sé prevedono necessariamente l'incontro con l'altro sia perché l'uomo da solo può anche non avere i mezzi sufficienti per raggiungere il proprio obiettivo e necessita quindi dell'aiuto dell'altro, sia perché, avendo cura di sé, l'uomo ha la possibilità di conoscere se stesso e i propri limiti. Quindi, si può chiaramente affermare che la conoscenza delle proprie capacità stabilisce la giusta misura della buona cura e orienta in modo consapevole la pratica della cura verso gli altri.

Inoltre anche la cura di sé, esercizio quotidiano necessario per la conoscenza di se stessi, è una pratica strettamente legata alla dimensione educativa, sia per l'esercizio di auto-formazione sia

perché da questa hanno inizio azioni formative nei confronti di un'altra persona.

La riflessione su di sé mette in atto nell'individuo una serie di correzioni, cambiamenti e trasformazioni che modificano il comportamento e i giudizi verso le cose del mondo e verso gli altri e accresce la consapevolezza del bisogno di una continua auto-educazione. È a partire da questa presa di coscienza che il *care-giver* assume su di sé la responsabilità del *care-receiver*. In altre parole, «ogni pratica educativa si struttura grazie a un'intenzionalità cosciente che si progetta in un'azione verso un altro essere umano»<sup>89</sup>.

La cura di sé, in questa prospettiva, incrementa e rafforza i rapporti sociali e, per l'educatore, crea il terreno fertile per un'azione formativa consapevole e progettuale. Ogni azione educativa, dunque, non può prescindere dalla dimensione pratica e relazionale.

In questo senso, per concludere, è opportuno offrire un ultimo contributo filosofico sulla cura, ovvero quello che si riferisce alla cura per l'altro. Nello specifico ci riferiamo ad una “modalità di cura” strettamente legata alla dimensione pedagogica: l'empatia.

### 3. *La cura dell'altro. Dalla filosofia di E. Stein alla pratica pedagogica.*

Il riferimento teorico che viene proposto, a proposito dell'empatia, è quello relativo al pensiero di Edith Stein che, insieme a M. Buber e E. Lévinas, appartiene a quel filone della fenomenologia di stampo

---

<sup>89</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, cit. p. 71.

ebraico-cristiano. Edith Stein, allieva di Husserl, con il quale consegue la laurea con una tesi sul tema dell'empatia, comincia ad elaborare il suo pensiero sull'uomo nell'ottica dell'antropologia cristiana, soffermando la sua attenzione sulla formazione dell'uomo.

Per la Stein, l'atto primario e intenzionale per comprendere la presenza dell'uomo nel mondo è l'empatia.

Come osserva Togni (2011), la filosofa, nelle sue riflessioni, si sofferma sulla questione della “comunicazione autentica” – concetto che rimanda all'idea di cura heideggeriana, anche se la Stein presuppone ai fini della conoscenza di sé e del mondo, al contrario di Heidegger, un incontro con l'altro – come «unica condizione entro la quale è possibile esperire *con* (corsivo mio) altri soggetti la presenza del mondo al fine di abitare una comunità»<sup>90</sup>.

Per empatia si intende quindi un'emozione che nasce non tanto dal compatimento ma dal «riconoscimento della natura analogica dell'esperienza che l'uomo può avere dell'altro che a lui si offre»<sup>91</sup>.

Essere capaci di empatia, per la Stein (1917) significa entrare in contatto con i vissuti estranei dell'altro e fa sì che la relazione con l'altro venga vissuta come un'esperienza trasformatrice. Vivere l'esperienza dell'empatia offre quindi all'uomo la possibilità di sperimentare un linguaggio nuovo, quello dell'altro (Mortari 2012)<sup>92</sup>.

L'empatia risulta essere, dunque, un atto necessario per la costruzione delle relazioni umane, «un'esperienza ontologica dell'alterità che ci costituisce, dunque, come soggetti dipendenti dalla

---

<sup>90</sup>F. TOGNI, *Riferimenti filosofici delle pedagogie della cura*, in A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, cit. p. 95.

<sup>91</sup>*Ibidem*, p. 96.

<sup>92</sup>L. MORTARI, "La relazione di cura", in *Riflessioni Sistemiche*, n. 7, 2012, p. 67. Cfr. L. MORTARI, *Aver cura della vita della mente*, Carocci, Roma 2013, p. 23.

struttura relazionale dell'essere»<sup>93</sup>.

In un saggio pedagogico, sull'elaborazione del sé e sull'intersoggettività<sup>94</sup>, Boffo (2010) propone di combinare il concetto di empatia della Stein con altri due elementi, o dispositivi, della relazione pedagogica: la mentalizzazione e la cura.

La mentalizzazione viene definita come il «mezzo per spiegare la dislocazione da sé nell'incontro con l'altro», concetto dai contenuti molto simili al *motivational displacement*<sup>95</sup>, proposto dalla Noddings (1984), ovvero il modo in cui il soggetto empatizzante fa esperienza di un vissuto non-originario, non vissuto in prima persona, ma esperito nel presente grazie all'incontro con l'altro.

Nella mentalizzazione vengono messe in atto quelle capacità di «cogliere e afferrare i molteplici significati delle menti [...] di sondare gli aspetti dell'interazione umana attraverso la focalizzazione sugli stati mentali, sulle credenze, sulle interpretazioni riflessive che attivano la comunicazione umana»<sup>96</sup>.

Nella lettura della Boffo (2010), la cura, viene interpretata come il paradigma teorico e pratico della pedagogia e come un atto relazionale, empatico e mentalizzante.

Nella sua trattazione *Il problema dell'empatia* (1917), la Stein propone tre gradi del vissuto emozionale, attraverso cui l'empatia si mette in atto all'interno di una comunicazione tra due individui.

Il primo si riferisce a ciò che la Stein chiama “l'emersione del vissuto”. Perché questa avvenga è necessario che il soggetto che

---

<sup>93</sup>*Ibidem*, p. 67.

<sup>94</sup>V. BOFFO, “Alle radici dell'intersoggettività: tra empatia, mentalizzazione e cura” in [www.vannaboffo.it/images/MASTER/empatia\\_mentalizzazione\\_cura.pdf](http://www.vannaboffo.it/images/MASTER/empatia_mentalizzazione_cura.pdf) (data ultima consultazione 29/01/2016).

<sup>95</sup>Cfr. Capitolo 4, §. 1.1.1.

<sup>96</sup>V. BOFFO, “Alle radici dell'intersoggettività: tra empatia, mentalizzazione e cura”, p. 6.

empatizza presta attenzione al corpo dell'altro, ai suoi movimenti, ai suoi gesti, alla postura. Si tratterebbe di un atto che consente di «entrare in uno stato di risonanza emotiva con l'altro» (Carse 2006)<sup>97</sup>.

Il secondo grado dell'empatia è “l'esplicitazione riempiente” e riguarda una riemersione di emozioni e sentimenti del soggetto empatizzante. Il vissuto che emerge viene accolto sì, ma non diventa uguale a quello dell'altro. Mutuando le parole di Mortari (2015) «l'esperienza vissuta e l'esperienza empatizzata restano due esperienze diverse, nel senso che attraverso l'atto empatico io non accedo al modo proprio del vissuto dell'altro, ma posso cogliere la sua totalità»<sup>98</sup>. Si tratta dunque di un tipo di atto empatico non intrusivo dell'esperienza dell'altro.

Anche questo concetto steiniano, così come quello della “comunicazione autentica”, rimanda al pensiero di Heidegger circa uno modo difettivo dell'aver cura, ovvero quella modalità invadente e sostitutiva dell'altro, per la quale si ha la pretesa di aver cura dell'altro, mettendolo da parte.

Il terzo grado è quello della “comunicazione empatica” che vede, da parte del soggetto empatizzante, la comprensione del senso profondo dell'esperienza comunicata.

L'aver cura, dunque, è una pratica che viene messa in atto attraverso differenti gradi di empatia e, chiaramente, è una pratica relazionale e trasformativa del proprio essere.

Tutto ciò, come vedremo anche più avanti, è perfettamente trasferibile in una relazione educativa. La cura, con le sue

---

<sup>97</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p. 195. Cfr. A. L. CARSE, “Vulnerability, agency, and human flourishing”, in C. TAYLOR, R. DELL'ORO (a cura di), *Health and Human Flourishing*, Georgetown University Press, Washington DC 2006.

<sup>98</sup>*Ibidem*, p. 196.

manifestazioni, è per la pedagogia e per la sua pratica l'asse paradigmatico per eccellenza.

## CAPITOLO II

### IL FEMMINILE E L'ETICA DELLA CURA

*Premessa*

*La cura: una pratica dimenticata*

La cura costituisce un paradigma “eticamente rilevante”, se non il principale riferimento etico, per quella branca della filosofia che dagli anni '80 in poi ha caratterizzato il pensiero di molte femministe anglo-americane, la cosiddetta “etica della cura”.

In questo capitolo di darò conto di questa nuova prospettiva che si distacca dalla classica e universale riflessione morale e deontologica, e si concentra invece sull'importanza delle relazioni e della contestualità di tali relazioni<sup>99</sup>.

Indagare il concetto di cura in ambito “etico” è doveroso se non altro per l'attenzione posta sulla tematica della cura e per i dibattiti e le riflessioni critiche che da esso sono scaturiti.

L'intenzione di ricercare, in modo multidisciplinare, i differenti punti di vista sulla tematica della cura ha portato alla constatazione di un vuoto teorico, nel campo delle scienze sociali, che solo nell'ultimo trentennio o poco più viene colmato, soprattutto da un punto di vista etico.

Il motivo di tale lacuna epistemologica è complesso e, a detta di numerosi studiosi (Tronto 1993, Kittay 1999, Bubeck 2002, 2003) va ricondotto a diversi fattori. Primo fra tutti l'assunto antropologico

---

<sup>99</sup>Mi riferirò, non a caso, nel capitolo successivo, alle implicazioni che può assumere la cura in contesti culturali e sociali differenti rispetto a quello occidentale, nello specifico a livello socio-sanitario.

secondo il quale la cura, intesa qui come pratica e “lavoro di cura”, sia stata esercitata, da sempre, da «invisibili attori sociali»<sup>100</sup>: le donne.

Tale constatazione, di fatto, ha portato alla formazione di un'idea, come vedremo, socialmente accettata, quasi fosse ormai un archetipo, che vede nel lavoro di cura una sorta di predisposizione “naturale” della donna.

Ma è importante sottolineare che il vuoto epistemologico – che ha portato la cura ad essere sottovalutata e svalutata a livello storico e sociale – non è solamente dovuto a un fenomeno di genere ma anche e soprattutto a un fenomeno sociale.

A questo proposito la studiosa Joan Tronto (1993), il cui pensiero si inserisce nel dibattito sull'etica della cura<sup>101</sup>, precisa che il lavoro di cura non è stato svalutato solo perché destinato alle donne, ma anche perché veniva considerato di pertinenza di una determinata categoria di donne, ovvero coloro che si trovavano in una classe sociale inferiore rispetto a quella medio-borghese e quindi svantaggiata da un punto di vista sia economico che sociale.

Gli studi dimostrano come l'identificazione della cura e del lavoro di cura con la dimensione femminile abbia prodotto un effetto ambivalente: da un lato ha confermato una condizione della donna quale simbolo di maternità e di cura spontanea verso l'altro, dall'altro ha aperto a necessarie riflessioni per colmare questa lacuna epistemologica del pensiero occidentale.

In questo capitolo, quindi si darà spazio, nella prima parte, al

---

<sup>100</sup>D. E. BUBECK, “Justice and the Labor of Care”, in E. F. KITTAY ed E. K. FEDER (a cura di), *The subject of Care. Feminist Perspectives on Dependency*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham 2002, p. 169.

<sup>101</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Parma 2013.

binomio “cura e femminile”, con l'intento di indagare, da un punto di vista storico-antropologico, i motivi che hanno portato alla visione archetipica della donna come agente privilegiato di cura.

In seguito, la riflessione sarà indirizzata al mondo della maternità, dimensione in cui la cura occupa un posto di primo piano e da cui prendono avvio le riflessioni etiche del movimento femminista.

La seconda parte di questo capitolo, proprio per il legame tra riflessioni femministe ed etica, sarà dedicata all'etica della cura. Verranno prese in considerazione le riflessioni delle esponenti più significative di questa corrente di pensiero, tra le quali troviamo oltre alla già citata J. Tronto e C. Gilligan (1982), E. Kittay (1999), N. Noddings (1984), V. Held, D. E. Bubeck, insieme all'unica voce maschile di M. Mayeroff (1971), e infine ci occuperemo delle implicazioni critiche e pedagogiche ad essa connessa.

Ciò che viene reso evidente, in questo contesto filosofico/etico, è la necessità di una riflessione sulla morale diversa rispetto a quella classica, orientata cioè verso la valorizzazione degli aspetti relazionali e affettivi dell'individuo a partire da una dimensione femminile.

La persona, come abbiamo affermato nel capitolo precedente, vive l'esperienza della cura necessariamente in una dimensione relazionale e, in virtù di questa essenziale caratteristica primaria – e secondo i principi dell'etica della cura, di cui parleremo nei prossimi paragrafi – ha “l'obbligo morale” di prendersi cura dell'altro, quando esso è vulnerabile e dipendente. Si tratta di una sorta di restituzione della cura: così come l'individuo è stato “curato” e accudito a partire dal momento della sua nascita, arriva il momento in cui “deve” moralmente aver cura dell'altro (Noddings, 1984). Da questa affermazione appare già evidente la stretta correlazione della pratica

della cura con l'universo femminile e soprattutto con la maternità.

Secondo la prospettiva dell'etica della cura, inoltre, è prioritaria una valorizzazione e una condivisione dei sentimenti e delle emozioni tipici della dimensione femminile, in vista di un benessere individuale e collettivo.

### 1. *La cura e il femminile*

Prima di esaminare il discorso sull'etica della cura, e di esporre i contenuti teorici delle principali rappresentanti di questa branca della filosofia, si vuole – per introdurre e mettere in chiaro il carattere epistemologico di questo capitolo – riflettere su alcuni punti che caratterizzano l'immagine della donna come simbolo della cura.

A tale scopo riprendiamo la narrazione del mito di Igino, usato da Heidegger per giustificare la sua teoria della centralità della cura nella vita dell'uomo.

L'intento è quello di mostrare una diversa interpretazione, o meglio, una rielaborazione della favola, secondo la lettura innovativa proposta da Stephen Larsen, studioso di mitologia e psicoterapeuta americano. Egli pone l'accento su elementi che, nell'analisi proposta nel primo capitolo, non erano stati considerati.

Di seguito la trascrizione completa del mito “ampliato” da Larsen<sup>102</sup>:

---

<sup>102</sup>“Favola della cura del mondo”, in S. LARSEN, *L'immaginazione mitica*, Mondadori, Milano 1992. Citato in G. MASERA, N. POLI, *Vicinanza e lontananza attraverso i gesti di cura*, Franco Angeli, Milano 2007.

*«Agli albori del mondo la Cura passeggiava pensierosa per lande ancora disabitate; avendo trovato della creta lungo il corso di un fiume, pensò di modellarla seguendo un certo modello che aveva in mente. La Cura aveva delle mani d'oro, e le figurine le vennero proprio bene. Subito essa volle fare qualcosa per le sue creature: così si rivolse a Giove, padre di tutti gli dèi, perché vi infondesse lo spirito. Giove accondiscese volentieri alla preghiera di Cura, che tante volte l'aveva massaggiato con preziosi unguenti quando era stanco ed era stata ad ascoltarlo quando era preoccupato e gli aveva dati saggi consigli sulla condizione dell'universo. Ma subito dopo Giove e la Cura vennero a litigare. Il re del cielo infatti pretendeva, in cambio del suo dono, il diritto di dare un nome alle creature. E ci si mise pure la Terra, a sostenere che quel diritto era suo perché dal suo corpo era tratta la materia di cui erano composte. E il Tempo, che si presentò subito pretendendo di ergersi a giudice della faccenda. E tutti a gridare, e a minacciare di distruggere le creature della Cura piuttosto di lasciarle agli altri. Andò a finire così: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito. Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso vive, sarà della Cura. E quanto al nome, si chiamerà Homo, perché è fatto di humus". E la Cura, che aveva ormai concepito un grande amore per le sue creature, pur di salvarle dovette cedere. Purtroppo però dovette ben presto rendersi conto che quelle creature non solo erano mortali, ma anche estremamente fragili: venivano al mondo debolissime, e incapaci di provvedere a se stesse, morivano se non venivano continuamente nutrite, si ammalavano facilmente ed erano esposte a mille pericoli. E si affannava, la Cura, per mantenere in vita le sue creature, e ci perdeva il sonno, e non riusciva più a pensare a nient'altro. Gli altri dèi invece, non contenti di aver bisticciato il giorno natale di Homo riguardo al nome da dargli, si vantavano ora di avere in serbo per lui grandi progetti. La Terra lo destinava al lavoro: "I campi, il cielo e il mare sono una tua proprietà: asserviti, sfruttali, falli lavorare per te e riempirai d'oro i tuoi forzieri. Nulla deve fermarti, tu puoi arrivare al cielo, tutti ti saranno sottomessi". Giove, sobillato da Marte suo figlio, gli vaticinava un futuro di conquiste: "Onore e vanto della tua stirpe sarà il potere: tu dominerai, sconfiggerai, ti farai temere e obbedire". Ogni volta che Cura provava a ricordare a quei signori che il Tempo le aveva lasciato Homo fintanto che era in vita, essi si arrabbiavano, perché non volevano rinunciare ai*

*loro progetti. Ma siccome non potevano disfare tutto ciò che il Tempo aveva fatto, magnanimamente concessero alla Cura: “Tu, per le tue faccenduoie quotidiane, non hai bisogno di tutto il genere umano, te ne basta una metà, mentre noi con l'altra metà potremo ben realizzare le nostre eccelse imprese”. E fu così che Homo venne diviso in due: i maschi e le femmine. Da allora Cura non ha smesso di arrabattarsi per mantenere in vita le sue creature, cercando di porre rimedio alle follie degli altri dèi. E dove questi hanno voluto dividere, ha intrecciato relazioni; dove hanno creato baratri, ha costruito ponti; dove hanno causato ferite, ha curato; e per ogni morte ha procurato nascesse una vita nuova. Per molti secoli le altre divinità si sono coalizzate per sminuire il lavoro di Cura, esaltando per contro il proprio. E hanno detto che la Cura era una dea inferiore... Ma lei, testarda, ha continuato a intrecciare amore, dialogo e solidarietà, piangendo per tutto il dolore che uomini e dèi andavano seminando nel mondo, stando vicino alle vittime di tutte le guerre, e rifiutandosi di credere che la ragione fosse sempre dalla parte del più forte. Nel frattempo Homo si inorgogliava vedendo la propria grandezza, forza e intelligenza. Le sue pretese divennero infinite: ardì sfidare il cielo, la natura, i propri limiti, coprì di sangue la terra e ingiuriò Giove e ogni altra divinità. I fratelli uccisero i fratelli, i padri lasciarono morire i figli di stenti e di fame, e quanto alle donne toccò il trattamento più selvaggio. Delusi e feriti, gli dèi si volsero allora a Cura, e piansero e la supplicarono di intervenire».*

Il primo elemento significativo, e che non viene preso in considerazione da Heidegger, è rappresentato dalla personificazione della cura nella “dea” Cura.

Cura dunque è una donna, si distingue, nel racconto, dagli altri protagonisti, Giove e Saturno e plasma la materia che Terra (al femminile sì, ma con un ruolo/compito diverso da quello che avrà Cura) le ha procurato. Cura plasma una creatura, non viene specificato il genere, si interessa quindi a tutta l'umanità. Questo dato anticipa ciò che esporremo nelle nostre riflessioni a proposito della cura intesa non solo come pratica agita e/o compresa

unicamente dall'universo femminile, ma che riguarda tutta l'umanità, senza differenze di genere.

Il compito di Cura è ben preciso: cominciare a dare forma a una creatura e accompagnarla nel suo cammino, con attenzione e dedizione, al fine di custodirla per tutto il tempo della sua esistenza.

Rispetto all'interpretazione che ne fa Heidegger, questa lettura al femminile offerta da Larsen, rimanda a un'immagine della Cura e a un significato paragonabili alla atavica condizione di secondarietà sociale in cui la donna si è sempre trovata rispetto all'uomo e alla sua prerogativa di essere relegata al lavoro di cura. In quest'ottica, allora, gli dèi assumono il ruolo di coloro che comandano, decidono, si impongono, e rappresentano la sfera della razionalità, ignorando le fatiche e il lavoro della dea Cura, la quale senza prepotenza e atteggiamenti di superiorità, ma con passione ed emozione, “dà vita” all'uomo per prendersene cura.

È interessante, nella lettura del racconto, notare infine come l'*azione* di Cura, che interviene in seguito ai rovinosi atti degli uomini assoggettati da una volontà divina e resi avidi e bellicosi, sia sempre di tipo riparatore e tesa ad unire, curare, costruire ponti per ricostruire il dialogo: «E dove questi hanno voluto dividere, ha intrecciato relazioni; dove hanno creato baratri, ha costruito ponti; dove hanno causato ferite, ha curato; e per ogni morte ha procurato nascesse una vita nuova».

## 1.1 *Le ragioni storiche di un'esclusione: la donna tra pòlis e oîkos*

Dopo questa proposta di lettura, che suggerisce una correlazione implicita e simbolica della donna con la cura, è bene focalizzare l'attenzione sul contesto reale e capire i motivi che nel tempo hanno portato alla formazione di un'idea che vede nella donna il riferimento principale della dimensione della cura.

Un primo motivo è da ricercare a livello socio-politico e soprattutto nei risvolti negativi di questa concezione. La donna per molto tempo è stata deliberatamente esclusa dalla vita politica perché non le veniva ascritta alcuna dignità che la legittimasse come soggetto a cui ispirare le norme sociali e politiche.

L'origine di questa esclusione è da rintracciare nella nota dicotomia pubblico/privato, concetto nato nell'antichità e che rappresenta il fondamento del pensiero politico occidentale. Seguendo questa linea l'uomo è considerato soggetto attivo nella vita pubblica (*pòlis*), e la donna invece è confinata nel privato (*oîkos*), ovvero nella casa, in famiglia, come unica referente dei lavori di cura<sup>103</sup>.

In riferimento al pensiero greco, la nascita della città-stato, la *polis*, ha contribuito a creare una scissione tra ciò che rappresentava la libertà dell'uomo di partecipare alla vita pubblica (*pòlis*) e la più delimitata dimensione del privato (*oîkos*), identificato invece nella sfera domestica, come luogo di affanni e preoccupazioni (che distraevano dalla vita pubblica) e di cura della famiglia.

---

<sup>103</sup>E. PULCINI, *Il potere di unire*, Bollati Boringhieri, Torino 2003, p. 76.

Rilevante a questo proposito il pensiero di H. Arendt<sup>104</sup>. La filosofa, nel suo celebre saggio *Vita activa*, asserisce che l'essenziale della vita umana è "l'attività umana", «cose e uomini costituiscono l'ambiente di ogni attività umana che sarebbe priva di significato senza tale collocazione; tuttavia questo ambiente, il mondo in cui siamo nati, non esisterebbe senza l'attività umana che lo produce, con la fabbricazione delle cose; che *se ne prende cura* (corsivo mio), con la coltivazione della terra; che lo organizza, mediante l'istituzione di un corpo politico»<sup>105</sup>.

In questa affermazione arendtiana si nota un riferimento importante che riguarda l'attività stessa dell'uomo. Si parla di produzione, di prendersi cura, di coltivazione e di organizzazione, tutte attività che rimandano *anche* alla dimensione femminile. La Arendt, però, con questo *incipit* vuole introdurre il discorso della dicotomia tra pubblico (l'ambiente nel quale vive l'uomo) e privato (la casa) e, nello specifico, quando parla di *ambiente* si riferisce principalmente al luogo delle attività sociali, della vita pubblica (*pòlis*). La filosofa vede nella *pòlis* il luogo privilegiato per la realizzazione e manifestazione della libertà dell'uomo e assegna alla vita privata una dimensione in cui l'uomo non è libero, perché costretto da necessità primarie come il procurarsi di che vivere, il curare il proprio corpo e il garantire una conservazione della sua stirpe.

La casa, dunque, rappresenta per l'uomo il luogo della costrizione e della subordinazione alle leggi implicite dell'esistenza: nella casa non c'è libertà ma obbligo, non c'è incontro con gli altri, confronto e dialogo, produzione di saperi, ma affanno, inquietudine per la

---

<sup>104</sup>H. ARENDT (1958), *Vita activa*, Bompiani, Milano ed. 2000.

<sup>105</sup>*Ibidem*, p. 18.

conservazione della vita, in altre parole, cura.

A questo punto, viene però da chiedersi dove siano gli attori della sfera privata, gli schiavi e soprattutto le donne. Sembra infatti che la Arendt si sia “dimenticata” di trattare la tematica dell'esclusione della donna nella sfera pubblica lasciandola relegata nel privato, come se il suo ruolo non rientrasse nelle “attività umane” utili alla creazione di un ambiente sociale.

Al di là di tutte le possibili argomentazioni<sup>106</sup> sulla questione circa un'insufficiente considerazione da parte della Arendt nei confronti del mondo privato e delle donne, le considerazioni della filosofa sono utili per riflettere su una serie di dicotomie concettuali, diventate oggi fondamentali nel pensiero occidentale e che risultano essere caratterizzate da una serie di polarità oppostive: ragione/emozione, mente/corpo, libertà/necessità.

La polarità negativa, in questa visione di genere, viene identificata con il femminile, cosicché le donne vengono associate al mondo delle emozioni, al corpo, e agli obblighi, se vogliamo, della vita quotidiana, in una parola: al lavoro di cura.

L'uomo invece rappresenta la razionalità, il produttore “attivo” di idee e il portatore di valori e virtù, situato «nella sfera del pubblico, che sola è considerata luogo in cui si genera cultura»<sup>107</sup>.

È interessante a questo proposito, osserva Pulcini<sup>108</sup>, notare come invece, nell'età moderna, già il pensiero di Rousseau fosse indirizzato verso una riqualificazione della cura come pratica esclusivamente

---

<sup>106</sup>Il filone di pensiero femminista, a questo proposito, non mancò di accusare la Arendt per non aver speso una sua riflessione sulla “condizione della donna”, relegata alla sfera domestica.

<sup>107</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 20.

<sup>108</sup>E. PULCINI, “Cura di sé, cura dell'altro, in Cura sui e autotrascendimento. La formazione di sé fra antico e postmoderno”, in *Thaumazein*, Rivista di filosofia n. 1, 2013, p. 86.

femminile e, per questo motivo, assegnasse alla donna il primato all'interno della sfera privata. È chiaro però che questa visione, pur concedendo alla donna la dignità di soggetto attivo, ne ha confermato nel tempo – fino a diventare un “pilastro della modernità” (Pulcini 2013) – una funzione riduttiva, confinando la donna in una condizione di dipendenza (dall'uomo) e riconoscendole, come esclusivo, il mero compito di “continuare la specie”<sup>109</sup>.

Inoltre, aggiunge Tronto (1993) – che a lungo si è dedicata allo studio delle trasformazioni che hanno portato, nel XVIII secolo, al passaggio dalla “teoria dei sentimenti morali” a una morale basata su premesse universali – le donne, cominciarono ad essere un problema da tenere a freno: la rivendicazione delle donne (dovuta alle grandi trasformazioni sociali che hanno caratterizzato il corso del Settecento) che chiedevano di entrare a far parte della vita politica e morale della società, fu infatti tenuta a bada dalla società politica maschile che le destinò al privato e alla dimensione domestica<sup>110</sup>.

## 1.2 *La donna e i lavori di cura*

Spostando l'attenzione a tempi più recenti, un altro motivo che suggerisce questo indirizzo generale dell'idea di cura come prerogativa della donna, si può individuare nella sfera sociale e in particolare in quella professionale, ovvero nel mondo del lavoro.

Papa (2014), a questo proposito, sulla scia delle sue riflessioni su cura e vulnerabilità<sup>111</sup> e della letteratura femminista, fa notare come il

---

<sup>109</sup>*Ibidem*, p. 86.

<sup>110</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali*, cit., p. 35.

<sup>111</sup>Il concetto di vulnerabilità, caratteristica peculiare di chi riceve cura, sarà

*lavoro sporco della cura*<sup>112</sup> è stato da sempre caratterizzato dalle pratiche di cura agite per lo più dalla donna. Si tratta di quelle pratiche assistenziali, rivolte a persone vulnerabili, che più facilmente vedono la donna, non più inserita in una dimensione solo di cura domestica, ma anche sociale.

Alla donna, nella storia, sembrano essere state naturalmente delegate questo tipo di attività perché essa appare naturalmente ad esse predisposta, data la sua “familiarità con le pratiche di cura domestiche”.

La conseguenza di questa designazione ha portato all'esclusione della donna anche dai luoghi del sapere medico e, continua Papa, «il potere di guarigione, nella sua forma più colta, è stato infatti attribuito alle sole figure maschili, viceversa alle donne è stata riconosciuta una spettanza rispetto agli spazi umili della quotidianità, ossia rispetto a quegli spazi della sporcizia legati al bisogno dell'essere corpo, a una corporeità che è vulnerabile proprio a causa della sua fisiologicità»<sup>113</sup>.

La stessa Tronto (1993) sostiene che la cura *come lavoro*, storicamente è sempre stata una competenza designata a schiavi, servi e donne e, analizzando la situazione lavorativa americana in ambito medico, afferma che la maggior parte dei medici è costituita da uomini<sup>114</sup>.

Il posizionamento della donna a un gradino più basso della scala sociale è uno degli elementi che hanno portato, per reazione, alla formazione del movimento femminista che critica, prima di tutto, il carattere patriarcale delle istituzioni pubbliche e mira ad

---

trattato nel capitolo 3 in relazione all'ambito medico-sanitario.

<sup>112</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 99.

<sup>113</sup>*Ibidem*, p. 103.

<sup>114</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali*, cit., pp. 127-129.

un'uguaglianza dei diritti sociali. A questo proposito Mordacci (2013), sulla scia di Cavarero (1999) porta a riflettere sulla tematica della “soggettività sessuata”, concetto portato avanti dalle femministe, che accusa la «concezione apparentemente neutrale del soggetto come “uomo”, cioè anzitutto maschio [...] bianco, borghese ed eterosessuale»<sup>115</sup>. Mordacci fa notare che già Simone de Beauvoir (1949) si era occupata di analizzare questa idea predominante della visione della donna come Altro dal Soggetto, implicitamente maschile<sup>116</sup>: «la donna si determina e si differenzia in relazione all'uomo, non l'uomo in relazione a lei; è l'inessenziale di fronte all'essenziale. Egli è il soggetto assoluto: lei è l'Altro»<sup>117</sup>.

Avendo fino a qui offerto un percorso storico e riflessivo sui motivi che hanno portato la donna ad assumere il ruolo di “responsabile della cura”, sembra opportuno soffermare l'attenzione sulla funzione che più di tutte confermerebbe questa immagine archetipica: la dimensione materna.

Nel prossimo paragrafo si darà quindi spazio a questa dimensione, la cui analisi, come vedremo, ha costituito il punto di partenza per diverse considerazioni sull'etica della cura (E. Kittay, 1999).

### 1.3 *La donna e la maternità*

Nel tempo diverse sono state le riflessioni che hanno portato a

---

<sup>115</sup>R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali: confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 223. Cfr. A. CAVARERO, “Il pensiero femminista. Un approccio teoretico”, in F. RESTAINO, A. CAVARERO, *Filosofie femministe*, Paravia, Torino 1999, p. 111-164.

<sup>116</sup>*Ibidem*, p. 223.

<sup>117</sup>S. DE BEAUVOIR, *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano 1984, p. 27.

considerare il binomio cura/relazione materna come paradigma di riferimento per poter affrontare la questione della cura, soprattutto dal punto di vista dell'etica della cura.

Secondo Mortari (2006), l'attribuzione del concetto di cura all'universo femminile e alla relazione materna si può indagare attraverso l'analisi di tre ragioni teoriche: la ragione ontologica; la ragione antropologica; la ragione psicologica<sup>118</sup>.

La prima, quella ontologica, parte da un dato di fatto incontrovertibile, ovvero che la relazione materna è la prima vera relazione di cura di cui l'uomo fa esperienza.

A livello antropologico, la donna è sempre stata associata alla sua funzione di madre e sin dai tempi più remoti, ed è stata considerata come custode di un sapere e maestra di un sapere specifico: la pratica di cura.

Infine, la scienza psicologica definisce la relazione materna come un luogo in cui avviene, sin dal concepimento, una sorta di trasmissione di «visioni della vita»<sup>119</sup>, dalla madre al figlio.

È chiaro che l'esperienza della maternità, che l'uomo “naturalmente” non vive, ma riceve, rappresenta per la donna un evento intimo, emozionale e affettivo a partire dal concepimento fino alla nascita e crescita del figlio, ma è anche vero, come afferma Mortari (2006), che la relazione materna, essendo un fenomeno del tutto originario, che comporta un coinvolgimento, non solo emotivo ma anche fisico (gravidanza, parto, allattamento), non può essere considerata come unico e solo emblema della pratica della cura.

Un dato interessante, che spiega l'impossibilità di erigere a unico e originario modello di cura la relazione materna, è rappresentato da

---

<sup>118</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 58.

<sup>119</sup>*Ibidem*.

tutte quelle situazioni contestuali, appunto, che sottopongono la donna/madre a dei vissuti emozionali, psicologici, fisici, spesso vissuti con problematicità. È il caso delle donne che non sentono il desiderio di avere un figlio, o che vedono, nella procreazione e crescita di quest'ultimo, il peso di una responsabilità troppo grande da affrontare.

Piuttosto, nella ricerca della definizione e concettualizzazione delle buone modalità di cura, l'agire materno può costituire uno dei riferimenti utili alla comprensione profonda dell'oggetto indagato. Ruddick (1993), filosofa femminista appartenente al filone di pensiero dell'etica della cura, ritiene che la generalizzazione che, nella nostra cultura, viene fatta a proposito della relazione materna come archetipo della cura sia troppo poco esaustiva ai fini di una definizione condivisa delle buone pratiche di cura.

Secondo Ruddick, chi porta avanti delle pratiche di cura materna non deve necessariamente aver vissuto l'evento generativo; piuttosto, l'agente di cura materna è «ogni persona che soddisfa le tre fondamentali richieste di protezione, crescita e approvazione sociale»<sup>120</sup>.

Il ruolo della madre, in una visione meno generalizzante e più situazionale, inoltre, non si limita solo all'atto generativo, ma assume, dato il lavoro di accudimento, nutrizione e crescita dei propri figli, anche una funzione sociale perché la donna “mette al mondo” individui autonomi e forti di una cultura della cura.

Nel discorso sull'etica della cura, si dovrebbe quindi contestualizzare la relazione materna, ambigua e differente per ogni donna.

---

<sup>120</sup>S. RUDDICK (1989), *Il pensiero materno*, RED, Como 1993, p. 68.

Ciò che è opportuno sottolineare, sia per un discorso sull'etica della cura, che per quello pedagogico, secondo Mortari (2006), è che il riconoscimento simbolico che scaturisce dalle riflessioni sulle azioni di cura materna è da interpretare come un nuovo paradigma di riferimento, che va oltre, comprendendolo, il classico principio del rispetto delle regole e delle norme, mettendo in primo piano il «principio della responsabilità vitale per l'altro»<sup>121</sup>.

A proposito di responsabilità e maternità, è utile offrire anche il contributo di H. Jonas (1979), il quale chiarisce la necessità di un'etica basata sul “principio di responsabilità”<sup>122</sup>. Il filosofo infatti propone, alla base del discorso etico, una riflessione fondata sull'etica della “prossimità”, orientata dunque alle generazioni a venire.

Il discorso dell'etica della cura a proposito della maternità dunque sembra andare incontro alle riflessioni di Jonas. L'attenzione del filosofo, inoltre è rivolta alle azioni di cura che vedono nella relazione materna un campo “fecondo” dal quale nascerebbero le prime e originarie pratiche di cura.

Egli infatti vede nelle cure parentali «l'archetipo originario e atemporale di ogni responsabilità, non solo sotto il profilo genetico e tipologico, ma anche sotto quello gnoseologico, in virtù della sua evidenza immediata, capace di costruire il *fiat*, il fondamento del dover essere ontologico»<sup>123</sup> e vede nel bambino l'oggetto della cura e della responsabilità.

L'orientamento etico della responsabilità, quindi, prende spunto dell'agire materno e viene interpretato come tensione verso un

---

<sup>121</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 61.

<sup>122</sup>H. JONAS (1979), *Il principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1990.

<sup>123</sup>R. FADDA, *Sentieri della formazione. La formatività umana tra azione ed evento*, Armando Editore, Roma 2007, p. 102.

benessere dell'altro, sia in risposta ai bisogni immediati, momento nel quale avviene l'atto di cura primario, sia come una "consapevolezza intenzionale", protesa nel tempo e affidata alle potenzialità dell'essere.

Tali considerazioni, che rientrano in quella sfera dell'"agire intenzionato", possono essere lette anche in riferimento alle pratiche educative: l'azione educativa, intesa come cura autentica, è il «paradigma della responsabilità originaria dell'uomo verso l'uomo e il fondamento dell'obbligazione morale»<sup>124</sup>.

L'obbligo morale qui è da intendere come una tensione spontanea, una volontà consapevole, che si basa sul presupposto che la cura che si dà, non per forza debba essere ricambiata. Questo concetto vale sia per la madre, o meglio il genitore, sia per l'educatore.

La caratteristica fondamentale nella relazione materna è infatti la non reciprocità della cura. Non vi è uno scambio di cure tra madre e figlio; la cura che si dà è una cura donata senza aspettarsi nulla in cambio. A questo proposito Jonas afferma: « È vero che ci si può attendere da loro (i figli) nella vecchiaia una contropartita per l'amore e le cure prestate, ma questa non è certo la condizione per la procreazione e tanto meno per la responsabilità che viene riconosciuta nei loro confronti che è, piuttosto, *incondizionata*»<sup>125</sup>.

È importante a questo punto sottolineare, anche per introdurre il discorso sull'etica della cura, che non si deve limitare la categoria della cura alla sola dimensione femminile, perché risulterebbe troppo banale e riduttivo per l'immagine stessa della donna, rispetto a una proposta della cura come dimensione etica. In più non si terrebbe minimamente conto dell'universo maschile, che subirebbe in questo

---

<sup>124</sup>*Ibidem*, p. 104.

<sup>125</sup>H. JONAS (1979), *Il principio di responsabilità*, cit., p. 49-50.

caso una sorta di regola del contrappasso, finalizzato a compensare l'incontrastata superiorità maschile nei confronti del mondo femminile .

La cura, in una visione più ampia, nella sua essenza, è etica proprio perché è «informata dalla ricerca di ciò che è bene, ossia di ciò che rende possibile dare forma a una vita buona»<sup>126</sup>. Ne consegue che tutti, uomini e donne, sono capaci di cura, perché tutti hanno avuto esperienza della e nella cura. La cura, essendo un'esperienza esistenziale primaria, riguarda tutti<sup>127</sup>.

## 2. *L'etica della cura*

Il pensiero etico di matrice femminista vede nella cura la «chiave per la comprensione dell'esistenza umana»<sup>128</sup>.

L'etica della cura inaugura, grazie alle voci delle filosofe femministe anglo-americane<sup>129</sup>, un rinnovamento, a partire dalla bioetica, rispetto a un universalismo di idee morali pretenziose di neutralità e di etica della comunità.

L'accusa alla bioetica, da parte delle teoriche femministe, poggiava fondamentalmente su una critica, ovvero l'esclusione delle donne dal potere economico e politico.

Lo studio dell'etica della cura, come spiega Brotto (2013), ha

---

<sup>126</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p. 116.

<sup>127</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 22.

<sup>128</sup>L. VANLAERE, C. GASTMANS, *L'etica della cura: un approccio personalista*, in C. VIAFORA, E. FURLAN, *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 111.

<sup>129</sup>Tra queste, C. Gilligan (1982), Nel Noddings (1984), Annette Baier (1987), Sara Ruddick (1989) Eva Feder Kittay (1999), Joan Tronto (1993), Virginia Held (2006).

portato alla produzione di tre filoni di pensiero, da un lato congruenti per il tipo di argomentazioni trattate, dall'altro distinti per i significati attribuiti alla cura: «l'etica della cura in opposizione all'etica della giustizia, l'etica della cura come attività pratica e l'etica della cura come etica relazionale»<sup>130</sup>.

Il dato che più emerge dagli studi delle diverse teorie che andremo esponendo, è rappresentato dall'importanza delle relazioni interpersonali nella dimensione etica.

Si tratta di relazioni che vanno dalla cura alla responsabilità verso gli altri e che sono connotate da atteggiamenti di ascolto, empatia e riflessività<sup>131</sup>, modalità che, come abbiamo visto nel capitolo precedente, vedono, nella pratica pedagogica, il campo di azione per eccellenza.

Già nel 1971, il filosofo Milton Mayeroff – che è da annoverare tra i pensatori che hanno contribuito ad una rivalutazione del concetto di cura – aveva tracciato un'idea di cura come pratica agita, verso un'altra persona, con l'intenzionalità di favorire nell'altro la crescita e la realizzazione personale. La cura per Mayeroff è un processo relazionale che comporta lo sviluppo delle potenzialità dell'altro<sup>132</sup>.

A proporre, con più voce, un'alternativa alla morale tradizionale, la cosiddetta etica della giustizia, sono prima di tutto le riflessioni sull'etica della cura di Carol Gilligan (1982) e Nel Noddings (1984).

Le due studiose, che additano all'etica della giustizia il limite di un punto di vista prettamente maschile, concordano nel riconoscere nella cura, «intesa come azione volta a un soddisfacimento

---

<sup>130</sup>S. BROTTTO, *Etica della cura. Una introduzione*, Orthotes Editrice, Napoli 2013, p. 13.

<sup>131</sup>R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali: confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, p. 225.

<sup>132</sup>M. MAYEROFF, *On Caring*, Harper Collins Publishers, New York 1990, pp. 1-2.

responsabile dei bisogni concreti della persona»<sup>133</sup>, un obiettivo morale e vedono nelle relazioni interpersonali, in cui la cura si manifesta, una necessità morale.

L'essere stati accuditi<sup>134</sup>, cioè l'esperienza della cura, che ognuno di noi fa sin dalla nascita, dovrebbe essere restituita e tradotta in atteggiamenti autenticamente morali (Noddings 1984).

Allo stesso modo Annette Baier (1987), la quale, a proposito del dibattito su teorie morali e etica della cura, si sofferma sull'importanza dello sviluppo delle virtù caratteriali che riguardano la sfera affettiva, ovvero la gentilezza, la gradevolezza, la compassione, la comprensione e il buon carattere<sup>135</sup>, tratti associati solitamente alle madri e attribuisce loro un importante e specifico valore.

Interessante sarà anche, verso la fine degli anni '80, il contributo della già citata Sara Ruddick (1989) la quale si sofferma sul concetto di *maternal thinking* (riferito sia alle donne che agli uomini) per indicare un atteggiamento morale che si rifà all'amore materno, proponendolo come approccio possibile per lo sviluppo morale dell'individuo<sup>136</sup>.

Della stessa idea troviamo Eva Feder Kittay (1999). La filosofa, sulla scia del pensiero della Noddings, fonda la sua idea di etica della cura sul presupposto che ogni individuo, dalla nascita agli eventi della vita che potrebbero renderlo non autosufficiente, è un essere dipendente da un'altra persona. La Kittay si riferisce sia alle madri

---

<sup>133</sup>S. BROTTI, *Etica della cura. Una introduzione*, cit., p. 15.

<sup>134</sup>N. NODDINGS, *Caring. A feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley 1984.

<sup>135</sup>M. SANDER-STAUDT, *Care Ethics*, in Internet Encyclopedia of Philosophy. <http://www.iep.utm.edu/care-eth/> Data ultima consultazione 11/11/2014.

<sup>136</sup>*Ibidem*. Cfr., S. RUDDICK (1989), *Il pensiero materno*, RED, Como 1993.

che alle donne che svolgono lavori di sostegno e accudimento delle persone con disabilità, sottolineando la scarsa remunerazione di queste ultime. La condizione primaria dell'individuo, secondo la Kittay, prende l'avvio a partire dall'essere dipendenti da un'altra persona e tale circostanza originaria rappresenta dunque la base di partenza per poter parlare di uguaglianza nella relazione<sup>137</sup>.

Joan Tronto (1993) esplora nel suo lavoro le intersezioni tra l'etica della cura, le teorie femministe e la politica. Come vedremo più avanti, la filosofa identifica nei "confini morali" i limiti che hanno portato l'etica della cura ad essere confinata rispetto ad un'idea generale della riflessione etica e fa luce sulle dinamiche politiche che hanno portato la donna a rimanere relegata, insieme ad altre minoranze, in un luogo e in un ruolo di secondo piano rispetto alla vita sociale rappresentata da una élite politica.

Virginia Held (2006) infine propone un'etica della cura nella quale i valori di giustizia, uguaglianza e libertà vengono connessi con quelli di cura, fiducia e solidarietà<sup>138</sup> e tiene a precisare l'importanza di una cura "universale", che riguardi quindi non solo le donne ma anche gli uomini. Secondo la filosofa è importante sottolineare che la formazione delle convinzioni morali nell'individuo deriva innanzitutto dall'esperienza morale che, come ci spiega Mordacci (2003), «consiste essenzialmente nella scelta e nell'azione in base sia a ragioni morali che si ritengono razionalmente giustificate, sia a intuizioni e sentimenti considerati moralmente giustificabili»<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup>F. E. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita e Pensiero, Milano 1999, pp. 48-49.

<sup>138</sup>M. INGROSSO, *La cura come sistema multidimensionale*, in "Riflessioni sistemiche" n. 7, Dicembre 2012, p.38.

<sup>139</sup>R. MORDACCI, *Una introduzione alle teorie morali*, cit., p. 240.

## 2.1 Carol Gilligan. *Etica della cura ed etica della giustizia*

Agli inizi degli anni '80, Carol Gilligan, psicologa e filosofa americana, offre, con la sua celebre pubblicazione *In a different Voice*<sup>140</sup>, una visione del tema della cura che rimanda ad un filone di pensiero femminista etico-politico e che propone spunti interessanti, utili a colmare lacune e insufficienze delle teorie egemoni<sup>141</sup>.

Infatti, la filosofa americana con il suo contributo vuole arrivare a teorizzare due obiettivi fondamentali<sup>142</sup>: il primo sarebbe quello di denunciare la parzialità delle teorie evolutive dell'identità e del senso morale che hanno considerato il comportamento maschile come la norma e il comportamento femminile come una sorta di devianza, di fallimento da tale norma (Toraldo, 2005). Un esempio significativo di ciò si evidenzia nella psicologia evolutiva di Freud che, nel costruire la sua teoria dello sviluppo psicosessuale, presenta come realtà un'immagine esclusivamente maschile (complesso edipico); questa visione è certamente squilibrata, perché vede la maturità dell'essere umano adulto in stretta connessione con l'acquisizione di consapevolezza della propria indipendenza e autonomia morale, mentre non presta per niente attenzione alla sensibilità per i sentimenti altrui e al riconoscimento dell'importanza dei legami.

La Gilligan, come vedremo, si riferisce in particolare alla scarsa

---

<sup>140</sup>In Italia tradotta e pubblicata nel 1987 con il titolo: *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano.

<sup>141</sup>C. GILLIGAN, *In a different voice*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1982.

<sup>142</sup>M. TORALDO DI FRANCIA, F. CERUTTI (a cura di), "Filosofia politica. Un'introduzione", dispense del corso propedeutico del gruppo di filosofia politica, Università di Firenze, Marzo 2005. Data consultazione: 3 Settembre 2015.

scientificità del lavoro dello psicologo Lawrence Kohlberg, suo maestro, e alla sua pretesa di neutralità del suo modello standard di maturità psicologica e morale.

Il secondo obiettivo della Gilligan sarebbe quello di parlare di una *care ethics*, più che di sola etica della norma, fondata sul valore della responsabilità verso l'altro pur nel rispetto e nella fedeltà verso di sé (Toraldo, 2005).

Tale proposta è da interpretare come una prospettiva integrativa, e non alternativa, a favore di un riconoscimento dell'universalità del bisogno di compassione e cura. La Gilligan propone dunque di «ripensare l'impegno morale come opera di integrazione fra etica della giustizia e dei diritti e etica della cura, in una prospettiva di regole flessibili e di risposte attente alle diversità delle situazioni, alla particolarità di ogni caso, agli individui nella loro singolarità»<sup>143</sup>.

L'etica proposta dalla Gilligan pone in primo piano la relazione rispetto alle regole, ed è un'etica che risponde al bisogno di cura del mondo.

Le sue osservazioni prendono comunque il via dagli studi sulla connessione tra il giudizio e l'azione in situazioni di conflitto morale – azione intesa in questo caso come riflessione che porta ad una scelta di modalità attuative nella realtà – e dalla sua idea che uomini e donne prendono decisioni morali in modo diverso sin dall'infanzia.

Nello specifico la filosofa, nel suo lavoro sulle differenze di giudizio tra bambini e bambine, propone a due di questi, Amy e Jake, di undici anni, un questione, il cosiddetto “dilemma di Heinz”, usato precedentemente da Kohlberg, suo maestro, come strumento per misurare lo sviluppo morale negli adolescenti e per analizzare i

---

<sup>143</sup>*Ibidem.*

ragionamenti logici che portavano a una risoluzione. La Gilligan si distaccherà dal lavoro di Kohlberg sostenendo che i risultati del suo lavoro erano distorti in quanto il campione della ricerca da lui portata avanti era in prevalenza costituito da maschi.

La Gilligan userà dunque uno dei dilemmi di Kohlberg, da lui utilizzato per le sue ricerche, per sperimentare a suo modo ciò che intendeva dimostrare, basandosi però solo sui due bambini.

In questo “dilemma” un uomo di nome Heinz, per salvare la vita della moglie molto malata, riflette se rubare o meno una medicina in farmacia, non potendosi permettere. Ai due bambini venne chiesto: stabilito che Heinz si trova in una situazione difficile, la moglie è molto malata, e il farmacista non vuole fargli credito, è giusto o sbagliato che Heinz rubi la medicina?

Le risposte dei due bambini risultano essere differenti.

Da un lato il Jake non ha alcun dubbio sul fatto che Heinz debba rubare la medicina perché la vita della moglie vale più di qualsiasi altra cosa, e propende quindi per il furto, considerando, non senza giudizio e razionalità, che anche un giudice avrebbe pensato che rubare fosse l'unica alternativa per Heinz. Il giudizio di Jake è la risposta di un bambino, molto attratto dalle regole e che confida che i conflitti possano risolversi di fronte alla legge<sup>144</sup>.

La risposta di Amy invece, afferma la Gilligan, sembra essere evasiva ed esitante. Al contrario di Jake la bambina non pensa che rubare la medicina sia la cosa migliore da fare, ma immagina che Heinz può trovare altre soluzioni per ottenere quella medicina, può farsi prestare i soldi, o chiedere al farmacista di pagare a rate. Inoltre Amy pensa alle conseguenze che Heinz potrebbe avere dopo il furto:

---

<sup>144</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 100 (in nota).

andrebbe in prigione e starebbe lontano dalla moglie lasciandola sola nella malattia.

La bambina, al contrario di Jake, risulta essere più predisposta alle relazioni e alla composizione dialogica del conflitto. Vi è, nella risposta di Amy un discernimento capace di offrire soluzioni alternative rispetto al mero pagare le conseguenze delle proprie azioni.

Questo esperimento è servito alla Gilligan per arrivare alla sua teoria dell'*etica della cura*, in contrapposizione con l'*etica della giustizia*. La prima corrisponderebbe alla morale femminile e darebbe voce a una cura, intesa come “preoccupazione”, nei confronti delle persone e alla loro individualità, la seconda a quella maschile, per la quale è prevista un'aderenza alle norme morali prestabilite.

Secondo il pensiero della Gilligan, dunque, nelle logiche di cura femminili «è evidente una sfiducia nei confronti delle regole e una propensione a tentare di risolvere i conflitti confidando nelle pratiche relazionali e nella bontà empatica dei soggetti che entrano in gioco nei legami di cura»<sup>145</sup>.

L'etica della cura della Gilligan è un'etica che vuole tenere conto del «caso concreto, del contesto, della rete di affetti e relazioni»<sup>146</sup>.

Il cambio di rotta, o meglio di prospettiva, che propone la Gilligan, sta proprio nell'interpretazione del concetto di cura vista non più come «altruistica devozione o disincarnata devozione all'altro, ma come vera e propria *passione per l'altro*; foriera dunque di conflitto, distacco, separazione, pur nel costante anelito all'unione»<sup>147</sup>.

È interessante, in questo caso, il pensiero della Pulcini la quale,

---

<sup>145</sup>*Ibidem*, p. 101.

<sup>146</sup>E. PULCINI, *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, Bollati Boringhieri, Torino 2003, p. 127.

<sup>147</sup>*Ibidem*, p. 75.

nel suo discorso sul femminile e sul “potere di unire” riferito a questa dimensione, afferma che la relazione tra due persone, e in particolare tra madre e figlia, non deve essere intesa come un legame dipendente, di accettazione, ma come qualcosa che va costruita.

Questa affermazione parte dall'assunto che ogni relazione d'amore non è solo da interpretare in termini di «empatia o affettuosa devozione» ma è anche e soprattutto «*passione* dinamica e trasformatrice»<sup>148</sup>.

La tesi che la Gilligan dunque vuole sostenere è la conferma di una compresenza di due distinte prospettive etiche: la “voce della giustizia (*voice of justice*) e la voce della cura (*voice of care*). Tale visione binaria, ci informa Pulcini (2013) , deve essere interpretata come una proposta di complementarità delle due prospettive morali, entrambe 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»<sup>149</sup>.

A conferma della sua tesi la Gilligan, a molti anni di distanza, rispolvera la sua ricerca sullo sviluppo delle pre-adolescenti e conferma, alla luce degli anni trascorsi che «la risposta di Amy è spiazzante perché dà voce a qualcosa che risulta vero nell'esperienza ma che contrasta con la costruzione sociale della realtà o della moralità»<sup>150</sup>.

A proposito delle riflessioni della Gilligan e sulla differenza da lei proposta tra etica della giustizia ed etica della cura, Tronto (1993) individua tre caratteristiche fondamentali che, secondo lei distinguono l'etica della cura della Gilligan dalla morale della

---

<sup>148</sup>*Ibidem*, p. 73.

<sup>149</sup>E. PULCINI, “Cura di sé, cura dell'altro”, cit., p 89.

<sup>150</sup>C. GILLIGAN, *La virtù della resistenza. Resistere, prendersi cura, non cedere*, Moretti & Vitali, Bergamo 2014, p. 49.

giustizia<sup>151</sup>.

Il primo elemento è quello più evidente che vede la contrapposizione di un'etica della cura che si fonda sulla responsabilità e sulla relazione, nei confronti di un'etica dei diritti e delle regole (l'etica della giustizia di Kohlberg); secondariamente, continua Tronto, l'etica della cura è strettamente legata ai contesti nei quali si fa esperienza di cura e non si riduce ad aspetti formali e astratti; infine l'idea di etica della cura della Gilligan è proposta come un'attività del quotidiano, piuttosto che come un insieme di principi universali.

Tronto, pur riconoscendo valore alle teorie della Gilligan, sostiene che il suo lavoro sia molto simile, a livello metodologico, a quello di Kohlberg. Nello specifico la studiosa si riferisce ai lavori più recenti di Gilligan dedicati allo sviluppo psicologico delle adolescenti che avrebbero difetto, secondo Tronto, di aver utilizzato un campione di indagine di sole ragazze e in più bianche e di classe media.

La teoria di Tronto, come vedremo nel paragrafo successivo, esce non poco dagli schemi del pensiero femminista americano di prima generazione. La sua attenzione infatti è focalizzata sulle dinamiche politiche e sulla comprensione dei motivi che hanno portato l'etica della cura a un posto di secondo piano rispetto a quella tradizionale.

### 2.1.1 *Critiche all'etica della cura di Carol Gilligan*

Il percorso finora tracciato e le riflessioni che ne conseguono, non mancano, come vedremo, di critiche e opinioni che ritengono le

---

<sup>151</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali*, cit., pp. 89-89.

ragioni dell'etica della cura troppo essenzialistiche e poco adattabili alla realtà concreta.

Nello specifico è la teoria dell'etica della cura di Gilligan ad essere ampiamente criticata, per la netta separazione dei generi nel suo ragionamento tra etica della giustizia ed etica della cura.

Come abbiamo già accennato, la stessa Gilligan, nei suoi studi successivi, preciserà che le sue teorie non andavano interpretate in termini assoluti e sosterrà che «la voce della cura non è né biologicamente determinata né solo delle donne»<sup>152</sup>.

La Pulcini (2013), in riferimento alle teorie di Gilligan, si sofferma su due punti critici.

Il primo riguarda il rischio che la sua posizione, salda sul nesso tra cura e donna, si avvicini in qualche modo al concetto rousseauiano del primato della donna nei lavori di cura, e che «tornerebbe di fatto [...] a legittimare quell'immagine tradizionale delle donne che le ha a lungo confinate ad un ruolo subalterno»<sup>153</sup>.

Si tratterebbe dunque di un ritorno a quella tradizione di pensiero del XVIII secolo, che ha visto la donna inevitabilmente collocata, o meglio, relegata nella sfera domestica.

Il secondo punto critico, continua la Pulcini, sarebbe quello di proporre un tipo di etica esclusivamente femminile a discapito di una possibile universalizzazione della cura che inglobi quindi anche la dimensione maschile<sup>154</sup>.

Il dibattito scaturito dal confronto tra etica della giustizia ed etica della cura ha caratterizzato anche le riflessioni di Martha C.

---

<sup>152</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 156. Cfr., C. GILLIGAN, *Reply to Critics*, in M. J. Larrabee (a cura di), *An Ethic of Care. Feminist and Interdisciplinary Perspectives*, Routledge, New York 1993.

<sup>153</sup>E. PULCINI, "Cura di sé, cura dell'altro", cit., p. 89.

<sup>154</sup>*Ibidem*.

Nussbaum, da sempre impegnata a delineare le specificità del ragionamento morale.

La Nussbaum nei suoi scritti<sup>155</sup>sottolinea l'importanza, per la formazione di un ragionamento morale, di un'attenzione specifica alla singolarità del caso, contestuale quindi al fenomeno, ma che faccia riferimento ai principi morali generali. Sulla scia di questo ragionamento, Mortari (2006) suggerisce che è «solo incrociando queste due differenti prospettive», attenzione al particolare e riferimento ai principi etici generali, «che si arriva ad elaborare una “visione morale” adeguata all'imprevedibile e incasellabile complessità delle vicende umane».

A distanza di molti anni rispetto alla pubblicazione di *Con voce di donna* del 1982, la Gilligan riprende il suo lavoro alla luce sia delle critiche a lei mosse sia per capire se il cambiamento culturale, che nel frattempo ha proposto nuove prospettive (si veda per esempio l'elezione di un presidente afro-americano), abbia acquisito o meno un tipo di morale che tenga conto di un'etica della cura, come da lei proposta anni addietro<sup>156</sup>.

Prima di tutto, la Gilligan, tiene a precisare che il suo lavoro del 1982 è stato interpretato in maniera errata e non senza fraintendimenti, e fa notare come queste risposte al suo lavoro siano state assimilate alle norme e ai valori che lei stessa stava contrastando.

Ciò che Gilligan aveva sostenuto – ovvero che esisteva una netta separazione tra etica della giustizia ed etica della cura – è, a suo parere, riscontrabile anche oggi, nonostante l'importanza che la cura

---

<sup>155</sup>M. C. NUSSBAUM, *Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature*, Oxford University Press, New York 1990.

<sup>156</sup>C. GILLIGAN (2011), *La virtù della resistenza. Resistere, prendersi cura, non cedere*, Moretti&Vitali, Bergamo 2014.

ha acquisito negli ultimi anni, anche sulla scia delle dichiarazioni del Presidente Obama, il quale nel suo primo discorso alla nazione sostenne la necessità di un'etica della cura e di una responsabilità collettiva.

Le sue osservazioni recenti quindi partono da una domanda: «data la rilevanza della cura, del prendersi cura e i costi della mancanza di cure, perché l'etica della cura è ancora contestata?»<sup>157</sup>.

In risposta a questa domanda la Gilligan sostiene che la causa di tale ideologia si da ricercare nelle logiche del patriarcato, «un sistema di vita basato sul genere, in cui essere uomo significa non essere donna [...] Nell'universo di genere del patriarcato, la cura è un'etica *femminile*, non universale»<sup>158</sup>.

In più, sulla scia di questi ragionamenti, si può inserire uno dei dubbi espressi dalla Mortari sull'etica della cura, ovvero se «abbia senso parlare di un'etica della cura o non convenga piuttosto concepire la cura come una pratica eticamente informata»<sup>159</sup>, inserita dunque in quell'insieme di norme e valori che costituiscono la morale per tutti.

In questo dibattito si inserisce anche una parte del pensiero femminile americano che si discosta dalle riflessioni di Gilligan.

Tra loro, Tronto critica l'essentialismo del pensiero di Gilligan facendo notare la mancanza di alternative morali rispetto alla sua “descrizione” di un'etica declinata secondo il genere<sup>160</sup>. Inoltre, aggiunge Tronto, dopo le teorie di Gilligan, numerosi sono stati gli studi empirici<sup>161</sup>, sulla formazione del giudizio morale nei maschi e

---

<sup>157</sup>*Ibidem*, p. 35.

<sup>158</sup>*Ibidem*, p. 36.

<sup>159</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 153.

<sup>160</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali*, cit., p. 76.

<sup>161</sup>Tra questi: lo studio di N. LYONS (1989), *Two Perspectives: On Self*,

nelle femmine, che hanno in qualche modo reso inconsistente l'idea di partenza della differenza di genere, aggiungendo invece variabili riconducibili a ragioni sociali (classe di provenienza del campione di indagine) ed etniche (sulle differenze dello sviluppo morale nei bianchi e nelle minoranze etniche)<sup>162</sup>.

È a partire anche da questi ultimi studi che si fa avanti la teoria di Tronto, che propone un punto di vista nettamente diverso da quello appartenente al filone dell'etica della cura, pur rimanendone connesso.

Nel paragrafo successivo si vuole quindi offrire il suo contributo, utile anche per introdurre l'importanza di una cura (terapeutica) contestualmente e culturalmente situata, che sarà oggetto di approfondimento nel terzo capitolo.

## 2.2 *Joan Tronto. Confini morali*

Il pensiero di Joan Tronto si inserisce autorevolmente all'interno del discorso sull'etica della cura iniziato da Carol Gilligan nel 1982 con la pubblicazione di *A different voice*.

Il testo che più di tutti rappresenta il suo pensiero sull'etica della

---

*Relationships, and Morality*, in *Mapping the Moral Domain: A Contribution of Women's Thinking to Psychology and Education*, a cura di J. V. WARD, J. M. TAYLOR E B. BARDIGE, Harvard University Press, Cambridge (MA), nel quale veniva preso in considerazione non solo il genere ma anche il livello di intelligenza, istruzione e classe sociale; e la ricerca di C. B. STACK (1990), "Different Voices, Different Visions: Gender, Culture and Moral Reasoning", in *Uncertain Terms: Negotiating Gender in American Culture*, a cura di F. D. GINSBURG E A. L. TSING, Beacon Press, Boston, la quale ha sperimentato l'ipotesi di Gilligan, con le medesime tecniche di valutazione, «studiando le opinioni morali di una comunità di afroamericani, tornati dalle città del nord al sud rurale» (Cfr. J. TRONTO, *Confini morali*, cit., p. 92).

<sup>162</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali*, cit., pp. 91-92.

cura è, nell'edizione italiana, *Confini morali. Un argomento politico per un'etica della cura*, pubblicato nel 1993 (esattamente undici anni dopo l'uscita del testo della Gilligan).

Osservare i confini (*boundaries*) prima di tutto permette di distinguere ciò che sta dentro (l'inclusione) e ciò che sta fuori (l'esclusione) e fa nascere, in ognuno di noi, il dubbio su un ipotetico cambiamento di prospettive.

In secondo luogo, pone domande sulle modalità in cui l'uomo costruisce la propria concezione di ciò che la vita morale dovrebbe essere. In più, proprio perché tali confini sono frutto di una intenzione umana, ovvero costruiti dall'uomo e non naturali, sostiene la Tronto, esiste la possibilità di cambiarli. Ma come? Attraverso un'indagine attenta e un continuo interrogarsi sulle conseguenze di tali confini<sup>163</sup>.

Un'etica della cura, dunque, per come la intende la Tronto, deve stimolare un ripensamento su questi confini che separano invece di unire, e che decidono un certo tipo di orientamento invece di spingere il pensiero critico verso altri punti di vista.

In risposta a quest'ultima suggestione, la Tronto risponde, nella prefazione al suo saggio: «la nostra concezione della vita morale dovrebbe fornirci un modo di rispettare e trattare giustamente gli altri. Per farlo, dobbiamo attribuire valore a ciò che la maggior parte delle persone fa nel corso della propria vita: si occupa della cura di sé, degli altri e del mondo»<sup>164</sup>.

Come la Gilligan, anche la Tronto sostiene che la prospettiva da assumere nei confronti della morale è incentrata sull'interdipendenza umana, ovvero sulla relazione. In più però la

---

<sup>163</sup>*Ibidem*, p. 15-16.

<sup>164</sup>*Ibidem*, p. 2.

studiosa non si limita a delineare la cura come una dimensione legata solamente ad una questione di genere, ma offre un contributo utile soprattutto per i riferimenti ai contesti della cura e alla realtà della vita di tutti i giorni di ogni essere umano.

Di conseguenza i suoi riferimenti riguardano anche le categorie della vita sociale, l'etnia e la classe.

Il punto di vista della Tronto parte dunque dalla sfera sociale e soprattutto politica (come del resto il titolo del suo libro specifica), e adotta l'obiettivo di distaccarsi dalle teorie femministe che fino a quel momento avevano assunto una prospettiva critica legata solamente alle questioni di genere.

Per la Tronto, gli argomenti morali sono strettamente connessi con il contesto politico in quanto la rilevanza o meno di atteggiamenti etici è determinata dal peso sociale e politico che producono.

La morale femminile, in questo contesto, come abbiamo già accennato, è stata, dice la Tronto, strategicamente qualificata come irrilevante per una argomentazione morale o comunque fuori contesto per le circostanze politiche del tempo. In effetti, noi viviamo in una società dove i valori sociali sono ampiamente accettati ma, dal punto di vista della Tronto, sono le realtà politiche a determinare, con serietà, precise proposte morali che dovrebbero avere un peso e una rilevanza tali da costruire nuove concezioni morali.

Quest'ultima constatazione rappresenta uno dei tre confini morali, proposti dalla Tronto, per spiegare come «certe idee funzionano come confini escludendo alcune concezioni della morale dalla considerazione»<sup>165</sup>.

---

<sup>165</sup>*Ibidem*, p. 11.

Secondo la studiosa, il motivo per cui la moralità femminile non ha mai avuto un peso nella vita politica è da ricondurre al fatto che la maggior parte dei pensatori politici hanno concepito la relazione tra politica e morale in due unici modi differenti: il primo dà priorità alla morale rispetto ai valori politici, sono quindi i principi morali che suggeriscono allo Stato in che modo la vita politica dovrebbe conformarsi a un certo modo di agire; il secondo dà invece priorità alla politica. I valori politici, inclusi la conquista e la conservazione della forza, dovrebbero essere il punto di partenza per introdurre in seguito valori morali confacenti alle decisioni politiche<sup>166</sup>.

Va da sé che concepire, in questo “contesto”, i valori della moralità femminile risulta essere fuori luogo e controproducente a livello politico. Idee di cura, maternità, assistenza alla crescita non sono efficaci a livello politico e non fanno parte dell'insieme di valori idonei a guidare uno Stato. A questo proposito la Tronto sostiene che una buona società si può costruire a partire dalla sensibilità femminile, considerando la cura sia come valore morale comune sia come punto di partenza per una *buona società*. Non c'è separazione dunque tra valori morali e valori politici ma dovrebbe esserci un insieme di «idee congruenti e intrecciate»(Tronto, 1993 p. 12).

Il secondo confine è quello del punto di vista morale. La denuncia questa volta è rivolta all'assenza della dimensione emozionale e dei sentimenti nella costruzione dei giudizi morali, a favore di un punto di vista disinteressato e situato a partire dalla ragione.

Questo modo di vedere, che vede possibile la formazione di una moralità individuale solo su base razionale, non andrebbe a considerare la particolarità di ogni società. Sarebbe quindi una

---

<sup>166</sup>*Ibidem*, pp. 12-13.

morale universale in cui le specifiche culturali e locali verrebbero messe in una scala di valori più bassa rispetto al pensiero morale assoluto. È chiaro che, secondo questa prospettiva, la moralità femminile, basata sulle emozioni, sulla cura, e sull'accudimento, passa necessariamente in secondo ordine.

Il terzo ed ultimo confine che la Tronto prende in considerazione per spiegare la scarsa efficacia della moralità femminile nella vita politica e sociale di uno Stato, è il confine tra pubblico e privato.

La sfera pubblica, come abbiamo già accennato prima, corrisponderebbe all'uomo, quella privata alle donne: così come la razionalità corrisponderebbe all'uomo e la irrazionalità, dettata dalle emozioni, alla donna, allo stesso modo il pubblico, luogo in cui si genera la cultura, le opinioni, la politica, sarebbe l'ambiente dell'uomo e il privato, dove invece vengono messe in atto azioni di cura come l'accudimento dei figli e della casa, la maternità e l'assistenzialismo, quello della donna.

Il discorso della Tronto sui confini morali e sulla sua idea di etica della cura, dunque, rappresenta per questo lavoro un contributo importante in quanto, per poter affrontare il discorso della cura anche in ottica interculturale, non si può prescindere da un punto di vista integrato dai contesti sociali e politici che nel tempo hanno determinato i giudizi di valore di una "buona società". Nel terzo capitolo di questo lavoro, nel quale affronteremo il rapporto tra cura e cultura, il punto di vista della Tronto sarà importante per spiegare meglio l'utilità di ripensare la cura alla luce delle differenze culturali e sociali.

### 2.2.1 *La cura come processo*

Quanto appena delineato sui confini morali, rappresenta dunque il punto di partenza dal quale muoverci per spiegare le profonde connessioni tra la teoria morale e il contesto politico, o meglio per ripensare l'etica della cura alla luce di nuovi punti di vista.

Non si tratta, per la Tronto di una semplice constatazione, quanto di una motivazione che fa da stimolo per una lettura diversa della cura.

Per poter parlare di etica della cura, la studiosa propone dunque di spostare la posizione periferica che occupa attualmente e collocarla vicino al centro della vita umana, ossia, trasformare i confini morali concentrando l'attenzione sull'essenza della cura, entrando nel vivo delle esperienze umane e nei contesti reali.

Secondo la Tronto, la cura denota un certo tipo di impegno e implica il «rivolgersi a qualcosa di altro da sé: non è autoreferenziale [...] e suggerisce implicitamente che condurrà a qualche tipo di azione»<sup>167</sup>. Non si tratta di un'azione priva di consapevolezza e/o di intenzione ma di una presa in carico da parte del soggetto (*care-giver*), verso un altro soggetto (*care-receiver*). Inoltre la cura, per la Tronto è sia una pratica che una disposizione

Insieme alla sua collega Berenice Fischer, Tronto propone una definizione di cura: «a livello più generale, suggeriamo che la cura venga considerata una specie di 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, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa a sostegno della vita»<sup>168</sup>.

---

<sup>167</sup>*Ibidem*, p. 118.

<sup>168</sup>*Ibidem*, p. 118. Cfr., B. M. FISCHER, J. C. TRONTO, *Toward a Feminist Theory of*

Tale definizione, afferma la Tronto, vuole mettere in luce almeno quattro caratteristiche della cura.

La prima riguarda il fatto che la cura non è limitata alle interazioni umane ma si può rivolgere anche agli oggetti e all'ambiente. Inoltre, la cura non è né diadica, relativa a una coppia, né individualista ma funziona anche come pratica sociale e politica. La terza caratteristica descrive la cura come un'attività che si definisce culturalmente e varia tra le diverse culture. E infine la cura è qualcosa che dura nel tempo e si identifica, per questo motivo, come un processo continuo.

Proprio in virtù di quest'ultima caratteristica, Tronto individua quattro fasi del processo di cura: l'interessarsi a (*caring about*); il prendersi cura di (*taking care of*); il prestare cura (*care-giving*); il ricevere cura (*care-receiving*).

### 2.2.2 Il processo di cura di Joan Tronto

L'intento della Tronto, nella sua descrizione del processo di cura, è quello di delineare le caratteristiche di una "buona cura". Non a caso nella sua trattazione fornirà per ogni fase della cura quattro elementi "eticamente rilevanti" che di seguito esporremo.

Inoltre, Tronto specifica che già nel 1989, in un suo scritto<sup>169</sup>, aveva descritto la cura in modo simile, circoscrivendo però le prime due fasi ad un ambito più astratto e meno pratico e

---

*Care*, in E. K. ABEL E M. K. NELSON, (a cura di) *Circle of Care: Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, 1990, p. 40.

<sup>169</sup>J. TRONTO, *Women and Caring: What Can Feminists Learn About Morality From Caring?*, in S. R. BORDO e A. M. JAGGAR (a cura di), *Gender/Body/Knowledge*, Rutgers University Press, New Brunswick 1989, pp. 172-187.

contestuale<sup>170</sup>. La nuova definizione del processo di cura, del 1993, appare più aggiornata rispetto alla prima per la considerazione che Tronto e la sua collega Fisher hanno dato alle dinamiche della cura e ai contesti in cui viene praticata.

La prima fase, interessarsi a (*caring about*), è quella che comporta il riconoscimento di un bisogno e la conseguente valutazione del bisogno di cura.

L'elemento eticamente rilevante in questa prima fase è individuato dalla Tronto con l'*attenzione*.

L'*attenzione*, sostiene la Tronto, è l'atteggiamento conseguente all'interesse rivolto verso una richiesta di cura. Senza l'attenzione non ci sarebbe la capacità, per l'individuo, di occuparsi di un bisogno. La Tronto, a proposito della mancanza di attenzione, denuncia la scarsa applicazione di quest'ultima nei contesti sociali e politici: la morale tradizionale, continua la Tronto, non sembra aver considerato, per la formazione della morale di ogni individuo e della società, prioritario "l'interessarsi a", e ha favorito la tendenza ad atteggiamenti egoistici e focalizzati all'interesse per se stessi anziché per l'altro. Da questo punto di vista, l'attenzione risulta essere, nella società di oggi, una "conquista morale"<sup>171</sup>.

A sostegno dell'importanza di questo atteggiamento morale nella fase iniziale del processo di cura, la Tronto, porta ad esempio Il pensiero di Simone Weil: «l'attenzione consiste nel sospendere il pensiero, lasciarlo disponibile, vuoto e pronto ad essere penetrato del suo oggetto [...] il pensiero deve essere vuoto, in attesa, in cerca di nulla, ma pronto a ricevere nella sua nuda verità l'oggetto che sta per entrare in esso»<sup>172</sup>.

La corrispondenza di questa descrizione dell'attenzione, come vedremo più

---

<sup>170</sup>J. TRONTO, *Confini morali*, cit., p. 142 (nota n. 25).

<sup>171</sup>*Ibidem*, p. 147.

<sup>172</sup>*Ibidem*, p. 147. Cfr., S. WEIL, *Attesa di Dio*, Adelphi, Milano 2008.

avanti, ben si collega alla modalità della cura della *ricettività*<sup>173</sup>, soprattutto per la sfera della passività in cui “si manifesta”. Chi si pone in ascolto dell'altro sospende il pensiero e fa posto, crea il vuoto e attende (dedica del tempo) l'altro. La stessa Tronto sostiene che la passività e l'assenza di volontà siano necessarie in questa prima fase della cura.

La seconda fase, “il prendersi cura di” (*taking care of*), corrisponde «all'assunzione di una qualche responsabilità rispetto al bisogno identificato e la determinazione di come rispondervi»<sup>174</sup>. In questa fase si passa dunque dall'attenzione rivolta verso l'altro ad una riflessione del *care-giver* sulle proprie possibilità di agire in risposta al bisogno.

In questa fase la dimensione morale è rappresentata dalla *responsabilità*. Per quanto riguarda questa seconda categoria, la Tronto fa notare che la teoria politica non ha contribuito a ritenere centrale il concetto di responsabilità. Il motivo di tale mancanza è da rintracciare nell'idea che assumersi una responsabilità equivarrebbe a conformarsi agli obblighi che la società (politica) impone. Ma come ci fa notare la Tronto, le due condizioni sono molto differenti tra loro e non sembrano avere una correlazione implicita anche perché la loro definizione dipende da numerosi contesti: familiari, sociali, culturali e politici. La responsabilità dunque «assume diversi significati a seconda dei ruoli di genere assunti e di fattori che dipendono dalla classe, dalla condizione familiare e dalla cultura, incluse le differenze culturali basate sull'aggregazione in gruppi razziali»<sup>175</sup>. La Tronto propone dunque, per inserire il discorso della cura in contesti politici e filosofici, di mettere a punto un'idea di responsabilità flessibile e più contestuale alla realtà sociale.

La terza e la quarta fase, secondo la Tronto, coincidono invece alla sfera più pratica rispetto alle prime due in quanto viene messo in atto un “lavoro” vero e proprio, sia a livello fisico (lavoro di cura a contatto con il/i destinatari di cura) che mentale (riconoscimento del bisogno e assunzione di una responsabilità).

---

<sup>173</sup> Per *ricettività* si intende un agire nella cura di tipo passivo, una capacità di fare posto nella propria mente per accogliere l'altro e la sue esperienza.

<sup>174</sup> J. TRONTO (1993), cit., p. 122.

<sup>175</sup> *Ibidem*, p. 151.

Per quanto riguarda la terza fase, “il prestare cura” (*care-giving*), si passa infatti da una presa di coscienza all'azione nei confronti di un soggetto più debole e dipendente (piano dell'azione passivo) al soddisfacimento concreto del/dei bisogno/i di cura (piano dell'azione attivo).

A questa fase del processo di cura corrisponde l'atteggiamento morale della *competenza*, intesa come capacità “tecnica” (per riprendere le parole della Mortari)<sup>176</sup> necessaria per rispondere a un bisogno e soddisfarlo. La Tronto denuncia in questo caso la mancanza di risorse disponibili che spesso, dopo le prime due fasi, è causa di un fallimento del processo di cura: «è chiaro che, se l'adeguatezza della cura prestata deve valere quale misura del suo successo, assicurare che il lavoro di cura sia svolto in modo competente deve essere un aspetto morale della cura»<sup>177</sup>.

La quarta fase, “il ricevere cura” (*care-receiving*) costituisce, continua Tronto, «il solo modo di sapere che i bisogni di cura sono stati effettivamente soddisfatti»<sup>178</sup>.

La *reattività* è l'elemento eticamente rilevante del ricevere cura e, in questo caso, vede il destinatario della cura agente del processo. Nell'espone questo atteggiamento morale la Tronto specifica che nel processo di cura quest'ultima fase è fondamentale in quanto la risposta positiva alla cura prestata rende equilibrati i bisogni, che a questo punto sono sia del *care-giver* che del *care-receiving*: da un lato il bisogno del *care-giver* è quello di riuscire nel suo intento iniziale, dall'altro il bisogno del *care-receiver* è quello che viene soddisfatto.

Perché il processo di cura vada a buon fine e si possa parlare di *buona cura*, sottolinea Tronto, è importante che venga messa nuovamente in atto l'*attenzione*, primo elemento morale del processo di cura.

Questo passaggio mette in luce l'inevitabile intreccio degli atteggiamenti morali e la necessaria integrazione di questi in un insieme. La cura è dunque in processo integrato in cui le parti si

---

<sup>176</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 143.

<sup>177</sup>J. TRONTO (1993), *Confini morali*, cit., p. 152.

<sup>178</sup>*Ibidem*, p. 123.

adattano reciprocamente in un insieme e, suggerisce Tronto, perché non vada banalizzata e marginalizzata, bisogna «collocarla in modo differente come un concetto morale e politico integrale»<sup>179</sup>.

Nel prossimo capitolo si dedicherà spazio dunque alla questione della cura in relazione ai fattori culturali e si terrà conto di pratiche di cura attente al contesto in cui viene agita la cura, che sia medica, educativa o sociale.

---

<sup>179</sup>*Ibidem*, p. 197.

## PARTE SECONDA

### Il gesto di cura

## **CAPITOLO III**

### **DA UNA CURA PENSATA A UNA CURA PRATICATA**

#### *Premessa*

Questa seconda parte del lavoro di ricerca rappresenta il passaggio da una “cura pensata”, ovvero teorizzata in campo filosofico ed etico e studiata attraverso l'analisi delle idee dei pensatori presi in esame, ad una “cura praticata”. Parlare di cura vuol dire infatti indagare anche gli effettivi ambiti nei quali questa viene esercitata dagli agenti della cura.

Nello specifico, in questa tesi si è scelto di indagare il contesto medico/sanitario, inteso sia come luogo in cui si eroga la cura, sia come insieme di persone specializzate nella cura del paziente. Quando si parla di cura in ambito sanitario, il discorso si caratterizza anche per l'attenzione che viene data a quei luoghi dove “si incontrano” operatori specializzati e pazienti, ovvero le strutture ospedaliere. Si vogliono quindi esplorare i significati di cura, terapia, clinica, salute, benessere, in relazione alla condizione dell'individuo malato, vulnerabile, fragile e bisognoso di cura.

I riferimenti teorici sui quali si fonda questa argomentazione sono principalmente due: quello della bioetica, scienza che si occupa di tracciare un modello di medicina eticamente responsabile, sia in ambito medico che infermieristico, e quello dell'antropologia medica, che offre un prezioso contributo per comprendere il rapporto tra il cosiddetto “modello medico”, di natura prettamente occidentale, e le diverse interpretazioni culturali della cura e della malattia.

Innanzitutto si vuole focalizzare l'attenzione sul rapporto tra cura e medicina, per poi indagare le differenze interpretative della cura nel contesto medico-sanitario. L'importanza attribuita al concetto di cura, come pratica del *care* nei confronti del paziente, in tutta la sua totalità, ha infatti caratterizzato il campo bioetico, medico e infermieristico.

Partendo da queste riflessioni, inoltre, è sembrato opportuno offrire una panoramica anche su quelle teorie che hanno contraddistinto il pensiero di studiosi e infermieri che, sulla scia delle *Medical Humanities*, si sono occupati di interpretare la cura in relazione alla professione infermieristica.

Insieme a questa disamina teorica, inoltre, si affronteranno le questioni relative al “gesto di cura” in ambito ospedaliero e agli agenti della cura: il medico e l'infermiere.

A proposito dell'importanza del gesto di cura, riferito soprattutto al lavoro dell'infermiere, il campo degli studi infermieristici ha portato, come vedremo, a delle vere e proprie teorie del *nursing* che arricchiscono, da un punto di vista teorico, le nostre riflessioni.

In secondo luogo, avendo, in questo lavoro, sottolineato l'importanza della cura nella relazione fra gli uomini e nei contesti differenti in termini di cultura ed esperienze umane, l'attenzione sarà focalizzata sul rapporto tra cura diversità culturale e salute.

In questa prospettiva è importante capire, alla luce della realtà attuale, connotata da una molteplicità di modi di intendere la cura, la malattia e la salute, quali possano essere le diverse interpretazioni di cura e, nello specifico, in che termini le pratiche di cura mediche occidentali, abbiano efficacia o meno su pazienti di provenienza straniera.

A sostegno dell'importanza di questa riflessione, si vuole esporre un modello di “cura transculturale”, che vede nell'approccio clinico etnopsichiatrico un modello di riferimento utile anche per le altre discipline che si occupano del benessere della persona, nel nostro caso, la pedagogia.

Il dispositivo “clinico” transculturale rappresenta una modalità di assistenza e cura per i migranti bisognosi di aiuto psicologico e psichiatrico. Si ritiene che portare l'esempio di questo tipo di approccio sia necessario ai fini anche di una elaborazione del concetto di cura, perché offre indicazioni utili circa le strategie migliori per la pratica di una buona cura.

In questa prospettiva dunque si vogliono trattare le questioni che seguono, tenendo conto cioè che parlare di cura in ambito sanitario e medico non vuol dire riferirsi ad un campo puramente scientifico, ma anche e soprattutto umano.

L'ultima parte del capitolo è infine dedicata al concetto di cura in pedagogia, alla luce delle considerazioni prima affrontate, e all'importanza che questa riveste nel campo delle scienze della formazione, sia a livello teorico che pratico.

## 1. *Cura e medicina*

Verso la fine degli anni Sessanta e gli inizi degli anni Settanta si sviluppa, all'interno delle scienze mediche, una disciplina che prende il nome di *Medical Humanities*. Il fiorire, in campo medico, di tale scienza multidisciplinare è la conseguenza di una esigenza, dettata dalle scienze umane, di riorganizzazione nel campo delle competenze

mediche e infermieristiche.

L'esigenza nasce in seguito a una trasformazione del sapere medico sempre più specialistico che ha reso frammentario anche il naturale rapporto tra medico e paziente. Le scienze mediche, etiche e filosofiche hanno ricondotto tale fenomeno a un cambiamento di paradigma dell'intervento medico. Come spiega meglio Pessina (2014), si è passati dal «*paternalismo*, che storicamente ha rappresentato la pretesa clinica di stabilire secondo vari modelli storici di igiene sociale ciò che era il bene del paziente, al *contrattualismo* come formula di garanzia di prestazioni pensate sulla scorta di una simmetria di diritti e di doveri»<sup>180</sup>.

Il tema della cura, all'interno di questi studi viene ripreso quindi soprattutto in termini etici, dagli anni Ottanta in poi, contro una concezione della cura intesa come prestazione o servizio di un'azienda per conto di professionisti specializzati e distanti da un punto di vista umano nei confronti del paziente, e a favore di una medicina che pone al centro del suo lavoro l'uomo nella sua totalità.

Il carattere multidisciplinare delle *Medical Humanities* rende questa scienza aperta a diverse prospettive: dall'importanza di riportare la pratica della cura in sanità alle sue originarie finalità, ovvero il bene dell'uomo, all'intero panorama dei problemi antropologici inerenti la cura e la salute.

## 1.1 Cure e care

Se si riflette sul termine "cura", inserito in un contesto medico-

---

<sup>180</sup>A. PESSINA, in A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. X.

ospedaliero, ci si accorge che, oltre al significato più immediato di “assistenza” finalizzata al benessere di una persona, questo è accompagnato da un vasto repertorio terminologico che spazia da parole come "terapia", "guarigione", "farmaco", "medicina" – concetti che riguardano la cura come qualcosa che si dà – a parole quali "corpo", "malattia", "vulnerabilità", "salute" – riferiti a qualcosa che viene vissuto. Da questo punto di vista, come vedremo, nel primo caso si parla di malattia intesa come *disease* (l'interpretazione biomedica della malattia come patologia), nel secondo caso di *illness* (il significato attribuito dai pazienti alla loro esperienza della malattia).

Il luoghi nei quali si è soliti udire questi termini sono gli ospedali, le cliniche, lo studio di un medico, la casa di cura, l'ambulatorio.

La parola "cura" dunque può assumere significati differenti e a volte anche ambigui soprattutto per chi non è avvezzo alla terminologia medica.

Analizzando il termine "cura" riferito alla medicina, Fantini (1995) individua tre ambiti semantici differenti<sup>181</sup>. Il primo riferito alla parola latina *cura* che, nel suo significato etimologico, vuol dire «amministrare, farsi carico, gestire»<sup>182</sup>; il secondo legato al campo medico che vede il termine "cura" legato a significati come "terapia", "trattamento", "guarigione"; il terzo ambito è quello che indica un sentimento di preoccupazione, ansia, protezione e attenzione nei confronti di una persona sofferente e vulnerabile.

Tutti e tre questi significati appartengono al mondo sanitario. Il primo evoca infatti la cura medica come un'istituzione all'interno

---

<sup>181</sup>B. FANTINI, "La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale", in P. DONGHI, L. PRETA (a cura di), *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, Bari 1995, p. 47.

<sup>182</sup>*Ibidem*.

della quale opera una struttura gerarchica, costituita da un organico differenziato per ruoli e funzioni, il secondo rappresenta il significato più immediato che solitamente si dà alla cura, se pensata in ambito ospedaliero, il terzo è riferito ad un tipo di cura che non mette in atto azioni prettamente cliniche, ma guarda oltre, a tutti gli aspetti connessi all'esperienza della malattia.

Il “modello medico” attuale definisce la cura quel «processo di transizione indotta da uno stato di malattia a uno stato di salute, inteso come originario e precedente rispetto alla malattia»<sup>183</sup>.

Ma è opportuno precisare che parlare di cura in questo contesto vuol dire riferirsi anche a due tipologie diverse di erogazione della cura. Per capire in cosa consiste questa differenza, bisogna fare riferimento a quella costruzione gerarchica, interna alle strutture sanitarie, che distingue il tipo di lavoro/ruolo del medico da quello dell'operatore sanitario, l'infermiere.

Al di là delle chiare differenze a livello di competenze specifiche, l'operato del medico è differente da quello dell'infermiere anche per le diverse mansioni giornaliere che caratterizzano il loro lavoro e pertanto determinano il diverso approccio con il malato.

A spiegare meglio questa differenza semantica della cura, la lingua inglese può essere utile perché individua nel termine *cure* quel tipo di cura che corrisponde a una prestazione mirata al soddisfacimento di un bisogno di salute, una sorta di soluzione (cura) al problema (malattia); e nel termine *care* quella cura che va oltre le ragioni eziologiche delle malattia e comprende quell'insieme di azioni rivolte alla persona nella sua totalità.

---

<sup>183</sup>A. SFORZA TARABOCHIA, “La questione della cura fra psicanalisi e consulenza filosofica”, in *Esercizi Filosofici*, n° 4, Università degli Studi di Trieste 2009, p. 86.

Anche il luogo in cui la cura viene erogata e agita incide notevolmente sul tipo di “prestazione” che viene offerta.

Da un lato la cura del medico avviene il più delle volte in una stanza, in uno studio durante la visita medica o in reparto, e il contatto con il paziente avviene per lo più attraverso strumenti medici che mantengono e delimitano una certa distanza tra le due parti. Dall'altro lato, la cura nel senso del *care* avviene in un contesto clinico nel senso etimologico del termine, ovvero presso il letto di degenza (dal greco *klinikós*, che indica un'azione che “che si fa presso il letto”) in cui il contatto con il corpo del malato è la prerogativa principale del lavoro del personale infermieristico.

La cura riferita al medico quindi è una attività più vicina al concetto di guarigione e terapia; l'infermiere, invece, presta un tipo di attività rivolta alla persona, a tutto il corpo e non solo a una specifica parte del corpo, quella malata.

## 2. *Il gesto di cura in ambito medico-ospedaliero*

Il momento della cura rappresenta il riferimento principale nel quale si manifesta l'incontro tra il medico/operatore sanitario e il paziente. Quest'ultimo è caratterizzato da due elementi fondamentali: la materialità del corpo, malato, debole e bisognoso di cura e le rappresentazioni emozionali, personali e culturali, astratte e non sempre avvertibili sin da subito dagli operatori della cura, riguardanti la malattia (*illness*).

La prima esperienza del *care-giver*, nel momento dell'incontro con il *care-receiver*, e che contraddistingue soprattutto il lavoro

dell'infermiere, è quella tattile, del con-tatto col corpo del malato. È attraverso il gesto che si esprime l'azione che si ha intenzione di compiere, da una carezza a uno sguardo rassicurante.

Il gesto rappresenta un dialogo, un linguaggio immediato e, osserva Poli (2007), «in esso cogliamo completa aderenza tra il dichiarato e l'atto di dichiarare, fra ciò che si vuole esprimere e l'atto di esprimere»<sup>184</sup>.

La dimensione del gesto di cura, nell'ambito della professioni sanitarie, può essere inserita in quello che Battistina (1992) indica con l'espressione “lavoro emozionale”<sup>185</sup>.

Il *lavoro emozionale* corrisponde a quell'investimento emotivo che caratterizza il gesto di cura riferito all'operato dei *care-giver* e si distacca, perché concepito come avente uno statuto autonomo, dai significati attribuiti al “lavoro manuale” e al “lavoro intellettuale”.

Il primo significato è quello di lavoro emozionale come *prodotto*: un tipo di lavoro che ha come elemento cruciale quello della regolazione delle emozioni. Il prodotto corrisponde al risultato dell'emozione altrui che proviene da un processo produttivo, che ha per oggetto la persona umana bisognosa di cura<sup>186</sup>.

Il lavoro emozionale è anche inteso, da un lato come *sforzo soggettivo* che presuppone un'*abilità*, ovvero una capacità, o meglio una competenza, del *care-giver* di coinvolgersi empaticamente nella

---

<sup>184</sup>G. MASERA, N. POLI, *Vicinanza e lontananza attraverso i gesti di cura*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 49.

<sup>185</sup>C. BATTISTINA, “Che cos'è il lavoro emozionale”, intervento al Seminario “Pari opportunità per il lavoro di cura”, organizzato dal Coordinamento europeo delle donne (CED) e dal Coordinamento donne della funzione pubblica C.G.I. L., Torino, 20-21 Febbraio 1992. <http://www.thrivingandhome.com/emozionale.htm> (Data ultima consultazione 25/3/2016).

<sup>186</sup>N. JAMES, “Emotional Labour: skill and work in the social regulation of feelings”, in *The sociological Review*, 1989, p. 15.

relazione di cura, riuscendo a far fronte a situazioni critiche e inaspettate e di conseguenza come *lavoro stressante* in quanto il coinvolgimento non sempre trova risvolti positivi per il *care-giver*, dal momento che può portare a un consumo di energie tale da inficiare la buona riuscita della cura.

Un altro significato del lavoro emozionale è quello di *lavoro su di sé*, perché vengono messe in atto quelle attività di elaborazione e metabolizzazione delle emozioni provate. Si tratta di un'attività agita consapevolmente e che porta a considerare i propri limiti nel mettere in atto modalità di approccio mirate e contestuali al vissuto del paziente.

Infine il lavoro emozionale è un tipo di lavoro *concreto*, in quanto i professionisti della cura devono possedere quelle competenze tecniche utili per saper toccare l'altro nei modi appropriati.

Come vedremo sono diversi i gesti di cura in ambito medico, perché diversi sono anche i messaggi che “devono” o “si vogliono” comunicare. Nei prossimi paragrafi si tratterà proprio di questa differenza che vede impegnati i termini inglesi *cura* e *care* e i rispettivi agenti di cura, il medico e l'infermiere.

## 2.1 *Il medico che guarisce (cure)*

Il fondatore della medicina occidentale, Ippocrate, intende la cura non solo come un'azione terapeutica destinata a risanare un male corporale, ma come una vera e propria filosofia, un sapere tecnico<sup>187</sup>. L'interprete di questa filosofia pratica è il medico che assume il ruolo

---

<sup>187</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 11.

di “guida” del malato e di “consigliere” per una vita sana.

Fino all'inizio del XIX secolo, infatti, secondo la medicina classica, il medico era colui che dinanzi alla malattia ristabiliva un equilibrio alterato e orientava il paziente a una buona condotta per il benessere fisico<sup>188</sup>.

Per economia di esposizione, non tratteremo qui nel dettaglio gli sviluppi storici della medicina e della pratica medica. Quello che è più opportuno segnalare è che agli inizi dell'Ottocento, con l'emergere della medicina scientifica, il concetto di cura e la professione medica cambiano insieme ai luoghi e ai tempi della cura.

Nel tempo, il progresso scientifico e l'introduzione di nuove scoperte, rendono più articolato il mondo della medicina, sempre più attento a cogliere le specificità delle malattie e a studiarne i trattamenti migliori. Questo sviluppo ha portato a modificare anche il rapporto tra il medico e il paziente, «la malattia diventa un'entità indipendente e il malato viene messo quasi tra parentesi nella lotta fra il medico e le malattie»<sup>189</sup>.

Ne consegue che la relazione medico/paziente, da incontro intimo che presupponeva una sorta di “patto terapeutico”, diventa oggi frammentata generando «prassi mediche sempre più impersonali in cui gli interventi si limitano alla diagnosi e a un programma farmacologico [...] con la conseguenza che la persona umana non è più il *focus* della relazione medica»<sup>190</sup>.

La cura, per il medico occidentale, assume quindi l'aspetto di una prestazione di un servizio, e il curato non è altro che un corpo da riparare attraverso la scienza. La cura ricevuta si traduce in una

---

<sup>188</sup>B. FANTINI, *La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale*, cit., p. 48.

<sup>189</sup>*Ibidem*, p. 51.

<sup>190</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit., p. 48.

“ricetta” da seguire (terapia farmacologica) per il recupero di un buono stato di salute.

Queste trasformazioni hanno portato, all'interno del dibattito bioetico e medico antropologico, a riflessioni che denunciano un riduzionismo biomedico teso a considerare l'organismo biopsichico, corpo e mente, come «unico ambito in cui si manifesta la realtà della malattia»<sup>191</sup>, tralasciando di contro altre dimensioni della realtà umana.

La distinzione viene ben descritta in lingua inglese, a proposito del concetto di malattia, con i termini *disease* e *illness* (Eisemberg, Kleiman 1981).

Nel primo caso si parla di *disease*, per indicare l'interpretazione biomedica della malattia, ovvero di un evento oggettivabile tramite strumenti o apparecchiature mediche. In altre parole, con il termine *disease* si indica il punto di vista del medico, guidato da metodi scientifici e non riferito al contesto culturale del paziente.

Il secondo termine, *illness*, si riferisce invece al significato attribuito dai pazienti alla propria esperienza di malattia.

Non considerare questa distinzione nell'interpretazione della malattia, ci informa Quaranta, può compromettere l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica tra medico e paziente. Inoltre, ignorare il significato della malattia vissuta dal paziente comporta per il medico non sapere se e come le indicazioni terapeutiche verranno interpretate<sup>192</sup>.

---

<sup>191</sup>I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012, p. 25.

<sup>192</sup>*Ibidem*, p. 25.

### 2.1.1 *Un'ipotesi del “processo di cura” nella relazione medico-paziente*

La cosiddetta relazione medico/paziente è innanzitutto una relazione di tipo conoscitivo. Essa, si configura, nei suoi caratteri iniziali, come l'incontro tra due individui che non si conoscono. Per questo motivo possiamo dire che la conoscenza reciproca è il primo passo da fare nel momento in cui un individuo necessita di cura.

Il medico, nell'incontro con il paziente, infatti, deve mantenere un atteggiamento esplorativo riferito sia alla malattia, nelle sue manifestazioni patologiche sia anche al malato che si presenta a lui come corpo e come persona. Oltre alla constatazione della malattia, il buon medico deve mantenere con il malato una relazione interrogante, in virtù del fatto che ogni persona bisognosa di cura non vive la malattia allo stesso modo, ma ognuno ha una propria e unica soggettività che determina il modo in cui viene fatta l'esperienza della malattia (*illness*).

La cura intesa come guarigione, nel momento dell'incontro tra medico e paziente assume il significato di *terapia*: un processo che presuppone delle fasi precedute dalla visita medica e dalla diagnosi, e inizia nel momento in cui il medico consegna al curato le disposizioni da seguire per la ripristinare un buono stato di salute.

Questo processo, da un punto di vista concettuale e procedurale, potrebbe essere letto in rapporto al "processo di cura" proposto da Tronto (1993), di cui abbiamo esposto le fasi nel capitolo precedente<sup>193</sup>. L'idea che suggerisce questa correlazione è data anche dal fattore tempo: il processo di cura, in ambito medico, presuppone

---

<sup>193</sup>Cfr. Capitolo 2, § 2.2.2.

un inizio e una fine, la quale corrisponde nel nostro caso alla fine del trattamento terapeutico ovvero alla guarigione.

Volendo ipotizzare questa correlazione tra la terapia e il "processo di cura" di Tronto, in termini pratici e applicati alla realtà medica, di seguito si offre una descrizione delle quattro fasi descritte.

La prima fase prevede quindi "l'interessarsi a" (*caring about*), che qui si può intendere come una "riflessione", da parte del medico, sul bisogno di cura richiesto dal paziente. In questa prima fase si riconosce l'esistenza del bisogno e si valuta il bisogno di cura, ovvero si cercano di capire quali possano essere le cure migliori al fine di ristabilire un buono stato di salute. L'elemento etico che corrisponde a questa fase del processo è, secondo la lettura di Tronto, "l'attenzione" che si presuppone sia la prerogativa fondamentale della pratica medica. Un medico disattento nel lavoro di cura è un medico che non ha cura.

La seconda fase, "il prendersi cura di" (*taking care of*), corrisponde all'assunzione di "responsabilità" da parte del medico rispetto al bisogno della persona malata. In questo momento dell'azione terapeutica avviene l'incontro vero e proprio con il paziente. Se nel primo momento il medico considera la malattia, in questa fase successiva il medico si prende in carico la persona nella sua totalità responsabilmente, guardando cioè l'individuo come persona e non solo come corpo da curare.

La terza fase, che per Tronto corrisponde al passaggio dalla sfera riflessiva a quella dell'azione, è "il prestare cura" (*care-giving*).

È in questo momento che la cura del medico viene ad essere come un'azione riparatrice dello stato malato. Tale azione in medicina deve necessariamente essere preceduta da un buon bagaglio di

competenze, capace di garantire la riuscita del processo di cura. Per il *care-giver*, la “competenza”, elemento che Tronto chiama in causa come eticamente rilevante nel processo di cura, risulta dunque il presupposto fondamentale. In ambito medico, dimostrare di avere gli strumenti e le conoscenze adeguate per risolvere il problema favorisce la *compliance* (l'aderenza al trattamento terapeutico) del paziente e quindi la buona riuscita della cura.

La quarta fase corrisponde al “ricevere cura” (*care-receiving*). Questo momento finale del processo di cura vede in azione anche il destinatario della cura, nel nostro caso la persona malata, e rappresenta il solo modo di capire se il bisogno di cura è stato soddisfatto, ovvero se la malattia è stata debellata e la salute del paziente ripristinata.

Fino ad ora abbiamo quindi chiarito le caratteristiche della figura del medico, tentando anche, sulla base delle ipotesi nate durante questo lavoro di ricerca, di proporre un modello di cura che si rifaccia a sua volta a un contesto etico e sociale.

Nel prossimo paragrafo vedremo invece in cosa consiste il lavoro di cura del personale infermieristico e quali sono le differenze, a livello pratico, che possono essere individuate tra la professione medica e quella infermieristica.

## 2.2 *L'infermiere che cura (care)*

Come abbiamo accennato, il termine *care* indica quel tipo di cura che va oltre le ragioni eziologiche delle malattie e si riferisce a quell'insieme di azioni, attenzioni e sollecitudini rivolte alla persona

nella sua totalità.

W. T. Reich<sup>194</sup>, a proposito dell'uso oramai consolidato negli studi di medicina del termine *care* – per indicare il “prendersi cura” come insieme di atteggiamenti dettati da emozioni e sensibilità del *care-giver* – ci informa che tale disposizione d'animo, nella storia antica, veniva indicato con il concetto di filantropia, inteso nel suo senso etimologico come amore verso il prossimo e caratterizzato da un insieme di atteggiamenti rivolti al perseguimento di un benessere per la persona e per gli altri. Un altro esempio che testimonia la presenza di questa idea di cura lo troviamo nell'ambito religioso, legato al termine greco *agape*, di "amore verso il prossimo" (in latino *caritas*).

Il concetto di “prendersi cura” esprime dunque un atteggiamento di attenzione e interesse verso il prossimo ed implica l'assunzione di una responsabilità nei confronti dell'altro. Per questo motivo, questa modalità di cura è un atteggiamento relazionale e non autoreferenziale perché riconosce l'altro come avente valore.

Luisella Battaglia, a proposito del concetto di *care*, pur sottolineandone il carattere plurale a livello semantico, definisce il “prendersi cura” come un insieme di disposizioni umane e morali (virtù) quali: il senso di responsabilità e l'impegno nei confronti del benessere altrui, la disponibilità a identificarsi con la sofferenza degli altri<sup>195</sup>.

Fino a qui sembra che il concetto di *care* possa essere attribuito a una vasta maggioranza di persone che dispongono di questi

---

<sup>194</sup>M. T. REICH, “L'idea di simpatia: la sua importanza per la pratica e l'etica della medicina”, in M. GENSABELLA FURNARI (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubettino, Soveria Mannelli 2005, p. 14.

<sup>195</sup>L. BATTAGLIA, “La "voce femminile" in bioetica. Pensiero della differenza ed etica della cura”, in AA.VV (a cura di R. RODOTÀ), *Questioni di bioetica*, Laterza, Bari-Roma 1993.

atteggiamenti positivi nei confronti dell'altro.

Nei luoghi deputati al risanamento di uno stato malato, gli ospedali, la cura come *care* è agita principalmente dal personale infermieristico.

Una caratteristica della pratica di cura infermieristica (*care*) è quella di essere agita in una dimensione pubblica, al contrario di quanto avviene in altri tipi di relazione, ci si prende cura con gli stessi atteggiamenti (genitoriali, amicali, sentimentali) all'interno di una struttura in cui i compiti e i ruoli sono stabiliti da un contratto di lavoro. Si tratta oltretutto di un tipo di cura remunerata<sup>196</sup>.

Trattandosi di un servizio professionale, erogato dietro compenso e che prevede un periodo di tempo limitato da dedicare al paziente – in quanto ubbidisce a un criterio stabilito dai turni di lavoro – il lavoro di cura dell'infermiere, per essere riconosciuto nella categoria del *care*, deve necessariamente essere sostenuto da una forte spinta motivazionale e soprattutto da un bagaglio di competenze provate.

A questo proposito Patricia Benner (1984)<sup>197</sup>, teorica americana dell'infermieristica, sostiene che il buon infermiere deve, da un lato, saper sviluppare una consapevolezza specifica sulle abilità tecniche acquisite nella sua formazione; dall'altro, deve essere capace di pensiero riflessivo, per riuscire a indirizzare le buone pratiche di cura ad ogni paziente con cui si trova a lavorare. La competenza dell'infermiere dunque non è un sapere solamente tecnico e di base, ma si costruisce «attraverso l'esperienza, sulla base di una costante riflessione sui casi affrontati»<sup>198</sup>.

---

<sup>196</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 82.

<sup>197</sup>P. BENNER, *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, C. CALAMANDREI, L. RASERO (a cura di), McGraw/Hill, Milano 2003.

<sup>198</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 83.

Capacità di riflessione e competenza rappresentano dunque dei presupposti fondamentali per la pratica infermieristica.

Inoltre, nel lavoro di cura dell'infermiere, gioca un ruolo di rilievo anche la competenza corporea<sup>199</sup>, ovvero quella capacità di adoperare il proprio corpo, incluso lo sguardo, per mettere in atto le terapie previste. Si tratta, per l'infermiere, di saper possedere quella capacità riflessiva utile alla pratica del “gesto di cura”. In questo caso si parla di “attenzione clinica” (Bowden, 1997), ovvero di quella capacità di capire dal linguaggio del corpo, dai gesti, le emozioni e le parole non dette<sup>200</sup>.

La competenza dell'infermiere, inoltre, è anche una competenza relazionale e, secondo la lettura di Stievano<sup>201</sup>, si manifesta in una serie di atteggiamenti relazionali ed etici dell'operatore sanitario quali: l'essere responsabili verso il paziente e il saper «difendere i diritti, gli interessi e la dignità del paziente [...] aiutandolo, insieme alle persone al lui significative, a sviluppare attese realistiche verso se stesso»<sup>202</sup>; l'essere capaci di individuare con il paziente gli obiettivi dell'assistenza infermieristica, analizzando i modi migliori per raggiungere gli obiettivi di salute; il saper riconoscere il sistema di valori del paziente (*illness*), evitando di «considerarlo come un soggetto stigmatizzabile per alcuni comportamenti che ha tenuto o che tiene»<sup>203</sup>.

Tutti questi tratti distintivi dell'infermiere rientrano in quell'insieme di pratiche assistenziali che la scienza medica del

---

<sup>199</sup> *Ibidem*, p. 84.

<sup>200</sup> P. BOWDEN, *Caring. Gender-Sensitive Ethics*, Routledge, Londra 1997, p. 118.

<sup>201</sup> A. STIEVANO, “L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale”, in *Infermiere Oggi*, n. 3, Roma 2004.

<sup>202</sup> *Ibidem*, p. 9

<sup>203</sup> *Ibidem*.

*nursing* raggruppa nel modello di *advocacy*, termine solitamente usato nel mondo anglosassone in campo legale, per indicare un'azione di appoggio e difesa nei confronti del cliente, e qui usato per indicare un tipo di approccio teso a «informare e supportare il paziente nelle sue decisioni assistenziali» (Khonke 1990).

### 2.2.3 *La teoria dello Human Caring*

Un contributo significativo, a proposito del rapporto tra cura e professione infermieristica, è da ricercare nella teoria dello *Human Caring* di Jean Watson (1985, 1999), fondatrice del Watson Caring Science Institute (WCSI) e teorica della disciplina infermieristica.

La teoria dello *Human Caring*, nasce nel 1979, e si riferisce al bisogno, nel campo delle scienze infermieristiche, di individuare l'insieme dei valori costitutivi e necessari del *nursing*. Il ragionamento di Watson<sup>204</sup> parte da presupposti teorici di stampo umanistico e si fonda su una visione olistica della persona assistita.

Il *care* inoltre viene inteso nel suo duplice aspetto: da un lato riguarda la cura del paziente, dall'altro la cura di colui che si prende cura, ossia l'infermiere<sup>205</sup>. Si parla dunque di un aspetto del *care* che riguarda una relazione di reciproco benessere tra chi cura e chi viene curato. La teoria dello *Human Caring* di Watson riflette inoltre il concetto di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

---

<sup>204</sup>J. WATSON, *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*, Jones and Barlett Publishers, Sudbury (Massachussets) 1999.

<sup>205</sup>C. GALLETTI *et al.*, “Lo Human Caring attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri”, in *L'infermiere* n° 5, IPAVSI, 2014. Rivista online: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-270.htm> Data ultima consultazione, 23/02/16

(O.M.S.), del 1946, che definisce la salute, non solo come la mancanza della malattia, ma come una condizione di totale benessere fisico, mentale e sociale.

Nella teoria dello *Human Caring*, sono tre le principali caratteristiche distintive. La cosiddetta relazione di “cura transpersonale”, “l'occasione di cura” o “momento di cura” e i *carative factors*<sup>206</sup>, termine che nasce dall'unione tra i due termini, *care* e *active*.

La *relazione di cura transpersonale* indica un coinvolgimento morale del professionista della cura insieme alla consapevolezza e all'impegno nello stabilire intenzionalmente una connessione con il paziente. Tale concetto è direttamente legato all'*occasione di cura* o *momento di cura* che viene creato nel momento dell'incontro tra i due soggetti della relazione ed è costituito dallo spazio e dal tempo necessari all'esercizio della cura<sup>207</sup>. L'incontro autentico con l'altra persona (*heart centered*) avviene quando le due persone, ciascuna dotata di una propria storia e di un proprio campo fenomenico, entrano in contatto dando luogo a una relazione<sup>208</sup>, o meglio, ad uno scambio (*transaction*) faccia a faccia, significativo, intenzionale e rispettoso della persona.

I valori costitutivi del *caring* sono stati proposti da Watson nel 1997, la quale racchiude, sotto il nome di *carative factors*, un insieme di dieci orientamenti pratici per la professione

---

<sup>206</sup>V. D. LACHMAN, “Applying the Ethic of Care to your Nursing Practice”, in *Medsurg Nursing*, Marzo-Aprile 2012, Vol 21/ n° 2.

<sup>207</sup>*Ibidem*.

<sup>208</sup>A. L. WAGNER, “Care Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science”, in Watson Caring Science Institute, 2010. documento consultato online: <http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>, Data ultima consultazione 12/11/2015.

dell'infermiere.

Più tardi, nel 2001, questi dieci fattori del *caring*, saranno rinominati dalla stessa Watson con il nome di *caritas process*<sup>209</sup>, assumendo il carattere di linee guida per la pratica del *care*.

Di seguito elenchiamo i dieci *carative factors*, alla luce anche dello sviluppo di questi in *caritas process*<sup>210</sup>(in corsivo viene descritto il *carative factor*, a seguire il *caritas process*):

- *Formazione di un sistema di valori umanistico-altruistici*, ovvero praticare la “gentilezza amorevole” (*loving-kindness*) e l'equanimità nell'ambito di un contesto consapevole del *caring*.
- *Instillare fede a speranza*, ovvero essere “autenticamente” presenti attivando e sostenendo un profondo sistema di credenze e un mondo soggettivo del sé e della persona di cui ci si prende cura.
- *Coltivare la sensibilità verso se stessi e verso gli altri*, ovvero coltivare le proprie pratiche spirituali ed il sé transpersonale, superando il limite del proprio ego.
- *Sviluppare una relazione di aiuto-fiducia (human caring)*, ovvero sviluppare e sostenere, in uno scambio d'aiuto e fiducia, una vera e propria relazione di *caring*.
- *Promozione e accettazione delle espressioni dei sentimenti negativi e positivi*, ovvero essere presente e sostenere la manifestazione dei sentimenti positivi e negativi come in una connessione con lo spirito più profondo di se stessi e di coloro di cui

---

<sup>209</sup>V. D. LACHMAN, *Applying the Ethic of Care to your Nursing Practice*, cit.

<sup>210</sup>A. L. WAGNER, *Care Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science*, in Watson Caring Science Institute, 2010. documento consultato online: <http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>, Data ultima consultazione 12/11/2015.

ci si prende cura.

- *Uso sistematico del metodo scientifico del problem solving per prendere decisioni*, ovvero impiegare in modo creativo se stessi e tutte le proprie conoscenze, quali parti integranti del processo di *caring*, impegnandosi nell'arte della pratica del *care* in vista della guarigione.
- *Promuovere un insegnamento/apprendimento transpersonale*, ovvero farsi coinvolgere da genuine esperienze d'insegnamento/apprendimento che aspirano al raggiungimento dell'interezza dell'essere e del suo significato e cercando di rimanere all'interno del sistema di riferimento dell'altro.
- *Predisporre un ambiente favorevole per sostenere, proteggere e/o correggere il benessere del paziente, da un punto di vista mentale, fisico, sociale e spirituale*, ovvero creare un ambiente di guarigione sano riferito a tutti i livelli, comfort, sicurezza, privacy, dignità umana, pulizia ed estetica dell'ambiente.
- *Aiutare nel soddisfacimento dei bisogni umani*, ovvero prestare assistenza, con riverenza e rispetto, ai bisogni essenziali, con una consapevolezza intenzionale di *caring*, potenziando tutti gli aspetti della cura della persona, mente, corpo e spirito.
- *Tener conto delle misteriose forze esistenziali/fenomenologiche e spirituali*, ovvero essere aperti e prestare attenzione alle dimensioni misteriose e sconosciute della vita, sofferenza e morte del singolo, alla cura dell'anima per sé stessi e per coloro di cui ci si prende cura, "consentire ed essere aperti ai miracoli".

Pur nascendo in ambito infermieristico, la teoria dello *Human*

*Caring* si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona. Questo perché i principi su esposti toccano dimensioni umane rintracciabili anche in altri tipi di lavori di cura o di relazione di cura e, paradossalmente, sono lontani da quelli più specificatamente medici e tecnici.

Nell'analisi dei dieci *carative factors* e *caritas process* sono tre le dimensioni che si possono individuare: la dimensione cognitiva ed emotiva, la dimensione professionale e la dimensione esistenziale.

La *dimensione cognitiva ed emotiva* è quella che determina la differenza tra il concetto di cura intesa come *cure* e quello definito come *care*. Nella relazione tra infermiere e paziente entrano in gioco sentimenti, vissuti, stati emozionali sia del *care-giver*, in quanto come abbiamo visto quest'ultimo investe emotivamente sul paziente, sia del *care-receiver* il quale porta con sé emozioni e vissuti preesistenti alla malattia così come durante la malattia (*illness*). In questo caso il rispetto e la protezione nei confronti del paziente vanno di pari passo con la pratica di quegli atteggiamenti di empatia e attenzione per l'altro.

È importante sottolineare, a proposito del coinvolgimento emotivo, che la professione dell'infermiere rientra in quell'insieme di professioni di aiuto che rischiano di cadere nella cosiddetta sindrome di *burn-out*<sup>211</sup>. Da qui l'importanza, per l'infermiere, di adoperare quelle strategie di controllo emotivo utili per gestire le propria vulnerabilità, ovvero per saper riconoscere le proprie tensioni

---

<sup>211</sup>Termine inglese, (*burn-out* vuol dire bruciare fino in fondo, estinguersi, provocare un corto circuito) usato per la prima volta da H. J. FREUDENBERGER (1974) per indicare il quadro sintomatologico individuato negli operatori dei servizi sociali, particolarmente spostati agli *stress* di un rapporto diretto e continuativo nel tempo, con un'utenza disagiata. Il termine venne poi ripreso da C. MASLACH (1981) come indicatore di disagio psicologico misurabile in tutti i lavoratori delle professioni di aiuto.

emozionali e modularle all'interno della relazione con il paziente. La pratica infermieristica, da questo punto di vista, risulta essere in stretta correlazione con gli elementi che caratterizzano la pratiche della cura di sé, intesa non solo come cura auto-riferita, ma come ricerca di un benessere, attraverso fasi riflessive e meditative del sé. Tutto ciò, come abbiamo visto, accade necessariamente all'interno di una relazione con l'altro.

La *dimensione professionale* risulta chiaramente presente nel lavoro di cura dell'infermiere e determina il contesto nel quale avviene il gesto di cura.

Alla dimensione professionale è direttamente collegato il concetto di competenza. È importante, per il buon infermiere, possedere una specifica abilità tecnica necessaria per una buona cura. Per quanto riguarda il contesto nel quale viene agita la cura, una delle competenze tecniche dell'infermiere è quella di saper organizzare uno spazio favorevole per una buona riuscita della relazione di cura.

La competenza, come abbiamo già accennato in precedenza, risulta essere molto legata al concetto di cura per quanto riguarda le professioni sanitarie e inoltre rientra tra quegli elementi “eticamente rilevanti” del processo di cura (Tronto, 1993).

Nella professione infermieristica non si tratta solo di saper utilizzare le competenze tecniche apprese, ma anche possedere quelle disposizioni d'animo come l'attenzione, la riflessione, l'ascolto, e il prendersi cura dell'altro, con intenzionalità e responsabilità, che favoriscono una presenza “autentica” dell'infermiere dinanzi al paziente. Questo perché «ogni pratica di cura per essere tale ha bisogno di essere vissuta dispiegando tutte le risorse di una capacità

di cura»<sup>212</sup>. In questo senso anche il rispetto dell'altro gioca un ruolo importante nell'esercizio della professione.

La *dimensione esistenziale* è presente nel lavoro di cura dell'infermiere, o meglio, fa da sfondo all'intera relazione tra infermiere e paziente. L'essere vulnerabili, fragili e mancanti d'essere è, come abbiamo visto nel primo capitolo, il fondamento della condizione dell'uomo. In ambito ospedaliero, questa condizione viene amplificata dalla malattia, e riguarda sia il *care-giver*, in quanto investe emotivamente sulla relazione di cura, che il *care-receiver*. L'essere aperti a considerare i misteri della vita corrisponde a offrire al paziente la possibilità di vivere la malattia nel rispetto dei modi, dei tempi e delle credenze della persona.

### 3. *Il destinatario della cura. Malattia, corpo e vulnerabilità*

Fino ad ora abbiamo esposto le caratteristiche di chi si occupa di dare cura in contesti medici: il medico e l'infermiere. In questo paragrafo si vuole offrire una riflessione su chi riceve la cura medica: il paziente.

Al di là della differenziazione che abbiamo fatto tra *cure* e *care* è importante descrivere le caratteristiche, mutevoli e sensibili al vissuto della malattia, di chi riceve la cura.

La persona malata, come è chiaro, vive il momento della malattia come una parentesi negativa della propria vita. Questo momento, che tocca la vita di ogni individuo, nelle sue diverse forme, porta il

---

<sup>212</sup>V. BOFFO, "Alle radici dell'intersoggettività: tra empatia, mentalizzazione e cura" in [www.vannaboffo.it/images/MASTER/empatia\\_mentalizzazione\\_cura.pdf](http://www.vannaboffo.it/images/MASTER/empatia_mentalizzazione_cura.pdf) (data ultima consultazione 29/01/2016).

soggetto malato a fare esperienza di sentimenti, emozioni e stati d'animo nuovi o comunque amplificati dalla malattia. Il soggetto in questione vive, durante il decorso della malattia, uno stato di estraneità da se stesso e di non autosufficienza atta a ripristinare una conduzione della vita sana come prima dell'avvento della malattia. Egli “diventa” perciò una persona fragile, vulnerabile e bisognosa di aiuto. Se, come abbiamo visto nella prima parte di questo lavoro di ricerca, l'uomo nasce e vive nel mondo già in una dimensione incerta, mancante di forma e in perenne ricerca di una dimensione di senso, il momento della malattia enfatizza questa condizione, rendendo l'uomo dipendente da altre persone.

In più il malato, se da un lato può godere dell'aiuto delle persone care, dei familiari, degli amici, vivendo quindi l'esperienza della malattia in modo attutito, grazie alla vicinanza affettiva di chi si prende cura di lui, dall'altro avrà necessariamente a che fare con una persona sconosciuta fino al momento della malattia, e vive quindi il disagio in maniera maggiore. Nell'incontro con il personale specializzato, infatti, il malato oltre a trovarsi in un luogo non abituale (l'ospedale) deve necessariamente “affidarsi” a un'altra persona, fidandosi delle azioni che questo mette in atto (cura) e consiglia di fare (terapia).

La malattia, inoltre, segna la vita di tutti gli individui e impegna un tempo di incubazione, cura e ripresa del buono stato di salute che può essere breve, cronico o terminale. Il corpo malato vive come in una sorta di sospensione dalla vita quotidiana, perché esiste nella forma debilitata, vulnerabile e non autosufficiente. Questa condizione porta la persona malata, come abbiamo già accennato, ad una condizione di dipendenza, sia fisica che mentale.

L'oggetto di attenzione del *care-giver* è prima di tutto un corpo, un corpo malato che manifesta in modo esplicito il bisogno di cura, fisica o mentale, che lo riporti nella condizione di salute che lo aveva preceduto.

Il malato, non autosufficiente, vive dunque una condizione di dipendenza da chi può aiutarlo nel suo bisogno di cura. Il corpo è per il malato qualcosa di guasto, ed è tramite il corpo che si manifesta la sua vulnerabilità. Il corpo malato è un corpo che prova vergogna. La vergogna come osserva Nussbaum (1995) è la «dolorosa emozione che reagisce al palesarsi della debolezza»<sup>213</sup>. Nella vergogna ci si sente inadeguati, si avverte la mancanza di una completezza o di una perfezione che si desidera possedere.

Il corpo sano rappresenta il soggetto attivo dell'esperienza che l'uomo fa, esso «partecipa attivamente alla produzione di quei significati attraverso cui interpretiamo la realtà e qualificiamo la nostra esperienza di essa»<sup>214</sup>. Quando il corpo va in crisi, va in crisi anche tutto l'insieme di significati che l'uomo attribuisce alla propria esperienza. La malattia genera quindi un processo di dissoluzione delle certezze raggiunte (Scarry, 1990). Questa condizione di smarrimento di fronte la malattia porta il malato a chiedere, a chi si prende cura di lui, ulteriori significati.

La relazione fra medico/infermiere e paziente rappresenta in questo caso il momento in cui si esplicano questi significati. In questo senso, in ambito medico, si parla di “diritto al significato”, ovvero della necessità «di un'etica relazionale in cui gli operatori sanitari, insieme ai pazienti e ai soggetti per loro significativi [i

---

<sup>213</sup>M. C. NUSSBAUM, *Nascondere l'umanità. Il disgusto, la vergogna, la legge*, Carocci, Roma 2005, p. 208.

<sup>214</sup>I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati fuori luogo*, cit., p. 36.

parenti, intesi anche come riferimento culturale dell'assistito], si impegnano nel processo di costruzione di un mondo di senso, al fine di garantire il diritto dei pazienti a operare una scelta adeguata al valore attribuito alla situazione»<sup>215</sup>. Il paziente dunque è dipendente dal medico e dall'infermiere, perché questi appaiono i soli che possono fornirgli delle risposte.

Il legame tra cura e dipendenza è strettamente correlato ad ogni forma di cura offerta. Chiunque riceve cura è, nel momento in cui la riceve, dipendente da chi la offre. Il corpo malato chiede attenzione, cura e protezione e fa esperienza di «umiltà, dipendenza ma soprattutto di relazione»<sup>216</sup>. Chi risponde a questa richiesta di aiuto infatti entra in contatto, nella forma dell'incontro, con il corpo malato e vulnerabile.

Il rapporto tra il concetto di cura e quello di vulnerabilità è stato oggetto di particolare interesse nell'ambito etico e bioetico. A partire dal 1998, la vulnerabilità entra a far parte di quei principi, sanciti dalla Dichiarazione di Barcellona<sup>217</sup>, considerati “principi etici di base” del campo medico, ovvero l'autonomia, la dignità, l'integrità e appunto, la vulnerabilità.

Per spiegare meglio cosa si intende per vulnerabilità, ci affidiamo alle parole di Warren T. Reich, il quale osserva che «la parola vulnerabilità (dal latino *vulnerare*) significa letteralmente “susceptibile di essere ferito”. Figurativamente essa rimanda alla precarietà di una condizione segnata dalla possibilità della violazione

---

<sup>215</sup>*Ibidem*, p. 37.

<sup>216</sup>G. MASERA, N. POLI, *Vicinanza e lontananza attraverso i gesti di cura*, cit., p. 21.

<sup>217</sup>Cfr. “Barcelona Declaration”, in J. D. RENDTORFF, P. KEMP, “Basic Ethical Principles” in *European Bioethics and Biolow* (1995-1998), Vol. I, *Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*, in Final Report to the European Commission of the BIOMED-II Project, Copenhagen 2000.

e del limite, spesso definita da gradi diversi di debolezza, dipendenza, mancanza di protezione»<sup>218</sup>.

Pensare la vulnerabilità in questi termini porta naturalmente a considerare la cura come finalità riparatrice dell'essere vulnerabili. Si tratta, osserva Gensabella Furnari (2008) di un movimento dalla vulnerabilità alla cura, in cui la vulnerabilità diviene «principio fondante e insieme motore: principio dal momento che fonda l'etica della cura su una dimensione fondamentale dell'essere dell'uomo; motore, nel senso che è la stessa vulnerabilità ad aprire le vie della cura, a chiedere cura, dando a tale richiesta il respiro della comune condizione umana, aprendola, al di là delle relazioni interpersonali, alla dimensione di una società solidale»<sup>219</sup>. Da questo punto di vista, a partire cioè dalla particolarità di ogni persona umana, della quale si riconosce il tratto comune della vulnerabilità, è possibile ipotizzare un'idea di cura come principio universale di ogni individuo.

Alla luce di queste considerazioni quindi il presente lavoro vuole proporre un contributo che analizza la cura, in quanto principio, pratica e diritto, in ambito interculturale. Come vedremo, il campo biomedico, grazie anche all'apporto dell'antropologia medica, offre anche da questo punto di vista numerose riflessioni e diverse interpretazioni del concetto di cura.

---

<sup>218</sup>W. T. REICH, "Prendersi cura dei vulnerabili: il punto di incontro tra etica secolare ed etica religiosa nel mondo pluralistico", in *Atti della solenne celebrazione accademica in occasione della visita del XIV Dalai Lama*, Università di Trento 2001, in <https://books.fbk.eu/media/pubblicazioni/allegati/Reich.pdf>

<sup>219</sup>M. GENSABELLA FURNARI, *Vulnerabilità e cura. Bioetica ed esperienza del limite*, Rubettino Editore, Soveria Mannelli 2008, p. 49.

#### 4. *Medicina e antropologia medica*

Le grandi trasformazioni sociali dovute al fenomeno migratorio, dagli anni Ottanta, in poi hanno portato anche ad un cambiamento nel campo della salute e delle scienze che si occupano del benessere dell'uomo. A livello teorico bioetico, si tratta di una presa di coscienza che rende evidente il bisogno di ampliare il bagaglio di conoscenze mediche occidentali, fino a quel momento salde nella loro pretesa di esaustiva efficienza e competenza.

L'antropologia medica in questo senso ha fornito delle risposte teoriche, convalidate dalla ricerca empirica, facendo luce sulla necessità di dare maggiore importanza alla relazione tra cultura e esperienza della malattia.

Come ci informa Quaranta (2012), uno dei rischi in cui il personale medico può incorrere è quello di mettere in atto strategie di cura differenti rispetto alla classica pratica medica occidentale solo quando in presenza di pazienti stranieri. Questo esclusivismo riflette uno degli equivoci teorici sottolineati da Quaranta, ovvero quello di considerare il concetto di cultura come uno strumento atto «a ridurre la distanza che separa la prospettiva dei pazienti dalle interpretazioni diagnostiche e dalle indicazioni terapeutiche fornite dal personale biomedico»<sup>220</sup>. Inoltre, un altro possibile rischio è quello di interpretare come significative, e quindi da considerare con più attenzione, le variabili culturali solo se associate a pazienti affetti da problemi mentali. E infine, c'è anche quello di considerare le «categorie diagnostico-terapeutiche della medicina [...] libere da

---

<sup>220</sup>I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati fuori luogo*, cit., p. 23.

connotazioni culturali in virtù della loro specificità»<sup>221</sup>.

Questo insieme di errate interpretazioni portano a rafforzare una serie di dicotomie di stampo etnocentrico come: noi/altri, natura/cultura, corpo/mente, scienza/credenza.

Parlare di cura e malattia, terapia e salute, in termini medici e psicologici vuol dire invece fare riferimento alle condizioni fisiche e mentali che riguardano tutti gli individui, e tali concetti, come vedremo, assumono un significato differente sia per la soggettiva interpretazione della malattia (*illness*) sia per il background culturale dell'individuo.

A sostegno di queste osservazioni antropologico-mediche, anche gli studi infermieristici si sono occupati di valorizzare l'importanza della differenza culturale in contesti medici.

La teorica più nota delle scienze infermieristiche che osserva l'importanza di tale binomio (cura/cultura), è la studiosa Medeleine Leininger che, nel 1969, espone la sua teoria della *Culture Care*, con la quale inaugura il concetto di *nursing transculturale*<sup>222</sup>.

Infermiera e antropologa statunitense, M. Leininger (1978) sostiene che l'assistenza è un fenomeno universale, un'attività che si registra in tutte le culture. Perché una cura sia efficace, chi si occupa di riabilitare l'individuo a una condizione di benessere deve tenere conto del contesto in cui viene agita, senza imposizioni dettate da modelli medici estranei alla cultura in cui si opera. Si tratta dunque di saper conciliare le proprie conoscenze mediche e specifiche del lavoro di cura con un sistema di riferimento altro rispetto a quello di partenza. Per Leininger (1978) è fondamentale, nella pratica di

---

<sup>221</sup>*Ibidem*, p. 24.

<sup>222</sup>M. LEININGER, *Transcultural nursing: Concepts, theories and practice*, John Wiley & Sons, New York 1978.

assistenza alla persona, saper declinare la cura secondo i fattori di struttura sociale degli assistiti: la religione, la politica, l'economia, il sistema di parentele, ovvero i cosiddetti “dati interculturali”.

Per Leininger, l'obiettivo della *transcultural nursing* è quello di «fornire con rispetto un'assistenza valida e competente a persone appartenenti a diverse culture che conduca alla salute o al benessere e che sia di aiuto nell'affrontare la morte o le infermità dei singoli individui dei gruppi»<sup>223</sup>.

Non tenere conto dei fattori culturali in una relazione tra operatore sanitario e paziente può generare quelle circostanze in cui il messaggio, ovvero la terapia, non viene compreso dal curato.

A proposito di questo rischio interpretativo, Colasanti e Geraci (1995) hanno individuato cinque possibili livelli di incomprensione<sup>224</sup>: il *livello prelinguistico*, che descrive la difficoltà di esprimere le proprie sensazioni interiori, sia perché ignorate dal paziente sia per via del fatto che gli assistiti non ritengono sia utile comunicare tali sensazioni sulla malattia o sulla loro origine; il secondo livello di incomprensione è quello tipicamente *linguistico*, che prevede quelle difficoltà evidenti nella comunicazione dovute ad un registro linguistico e semantico differente. il terzo livello è quello *metalinguistico*, che va oltre il significato semantico delle parole, in quanto appartiene non solo all'universo culturale del paziente ma anche a quello personale, alle sue esperienze; il quarto e il quinto livello riguardano incomprensioni di tipo *culturale* e *metaculturale* e, osserva Michelin Salomon (2011), riguardano i modi per lo più

---

<sup>223</sup>D. MICHELIN SALOMON, “A proposito di nursing transculturale”, in *Educare è crescere insieme*, Bollettino Associazione Pedagogica Italiana, n° 3-4, Messina luglio-dicembre 2011.

<sup>224</sup>N. Pasini, M. Picozzi, *Salute e immigrazione: un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano 2005, p. 121.

inconsapevoli, perché assorbiti sin dalla tenera età, in cui l'individuo esprime la propria identità culturale e quelli invece negoziabili, ovvero quelli appresi «dall'ambiente in cui vive (relazioni familiari e norme che le guidano, norme sociali, riferimenti religiosi, storici, mitologici del luogo in cui si cresce)»<sup>225</sup>.

Secondo questa prospettiva, alla luce cioè di queste considerazioni che richiamano l'attenzione sull'esigenza di un approccio diverso rispetto a quello tradizionale, si vuole offrire nei prossimi paragrafi una riflessione, sia pure breve ma necessaria, sul rapporto tra cura e cultura.

#### 4.1 *Cura, salute e cultura*

L'ambito entro il quale si vuole collocare il rapporto tra cura, salute e cultura è quello della cosiddetta “clinica transculturale”. Come vedremo, in una situazione di assistenza, accoglienza e cura, necessaria e richiesta dal migrante, il fine ultimo della terapia transculturale è quello di ri-dare un senso e un significato inedito alla nuova condizione (esistenziale, sociale, familiare, culturale) in cui il migrante si viene a trovare una volta arrivato in un paese di accoglienza.

Se si considera il significato di *illness*, ovvero l'esperienza della malattia dal punto di vista del paziente, riferito ad un'utenza straniera, si deve necessariamente valutare anche un altro “vissuto”, quello della migrazione. A questo proposito, già lo psichiatra francese, Frantz Fanon (1952), noto per la sua analisi sugli effetti

---

<sup>225</sup>D. MICHELIN SALOMON, “A proposito di nursing transculturale”.

della colonizzazione sulla psiche umana, aveva sostenuto l'importanza, in un contesto medico-psichiatrico, di conoscere "altro" prima di diagnosticare, ovvero conoscere l'ambiente sociale dell'immigrato, il suo lavoro, le sue preoccupazioni, la precarietà e il suo rapporto con la cultura di origine<sup>226</sup>.

Un contributo interessante, riferito alla migrazione e agli effetti che questa può comportare nella vita del migrante, è quello offerto dal sociologo algerino Abdelmalek Sayad (1999). Il concetto chiave, che si può evincere dallo studio del suo pensiero, è riferito alla condizione del migrante inteso come *atopos*, senza luogo. Il migrante secondo Sayad vive in una dimensione di *doppia assenza*<sup>227</sup>. Nell'interpretazione di Bourdieu e Wacquant (2000), Sayad dimostra che il migrante è «uno "spostato" nel duplice senso di incongruente e inopportuno [...] l'immigrato esiste solo per difetto nella comunità di origine e per eccesso nella società ricevente, generando periodicamente per entrambe recriminazione e risentimento»<sup>228</sup>.

La migrazione inoltre, come sostiene Moro<sup>229</sup>, è un evento politico, sociale, individuale ed esistenziale. È la giunzione di un insieme di storie collettive e di storie individuali, un atto coraggioso perché comporta dei momenti di grandi trasformazioni sia individuali che

---

<sup>226</sup>F. FANON, *Pelle nera, maschere bianche*, Tropea Editore, Milano 1996.

<sup>227</sup>A. SAYAD, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.

<sup>228</sup>P. BOURDIEU, L. WACQUANT, "The Organic Ethnologist of Algerian Migration", in *Ethnography*, 1-1, 2000, pp. 182-197.

<sup>229</sup>M. R. MORO, "La diversità culturale, un'opportunità per tutti" appunti del seminario tenuto a Roma il 27/02/2016 presso il Polo Didattico Garbatella, organizzato dalla Scuola Etno-sistemica-narrativa ETNOPSIS. Ho avuto la possibilità di seguire il seminario, tenuto interamente da Marie Rose Moro, sulla Clinica Transculturale e i suoi dispositivi. Quanto descritto in questo paragrafo, e nei prossimi, riferito alle osservazioni della Moro, è frutto anche delle mie annotazioni prese durante l'incontro.

sociali. Nella migrazione avviene come una sorta di dissociazione tra ciò che si mostra di sé e ciò che invece si ha nella testa.

Gli effetti della migrazione si possono riscontrare sia nell'individuo che nei gruppi. Nel primo caso esiste una storia pre-migrazione, può esistere una storia di violenza, un trauma con conseguenze che si traducono in depressione o/e ansia. Nel secondo caso, la migrazione comporta una rottura nel supporto e nei legami, provoca una mancanza nella condivisione dei valori, dei linguaggi e della religione.

In un contesto di malattia, il migrante che sta male e necessita del medico, sostiene Sayad (1999), si trova in una posizione scomoda, ovvero tra l'estraneo e il familiare e «si aspetta dall'istituzione medica e dalla guarigione che essa può determinare, la restituzione quasi magica della propria identità di immigrato e dell'equilibrio scomparso, impossibile da recuperare»<sup>230</sup> in una condizione di malattia.

Sayad, inoltre, sostiene che il corpo del migrante costituisce da un lato l'oggetto della rappresentazione e della presentazione di sé, sede dell'affetto e dell'intelletto, dall'altro uno strumento di lavoro. Il lavoro e la conduzione di un tenore di vita dignitoso sono gli elementi principali che spingono un individuo a emigrare in un altro paese. Nel momento in cui si presenta la malattia, il corpo del migrante non è più strumento di lavoro, ma luogo di espressione della malattia. La malattia del corpo priva il migrante del suo status di lavoratore e di immigrato regolare, ovvero della condizione sociale utile alla sua sopravvivenza, in quanto persona portatrice di diritti e quindi riconosciuta.

---

<sup>230</sup>A. SAYAD, *La doppia assenza*, cit., p. 243.

## 4.2 *Il dispositivo clinico transculturale. Un modello di “cura transculturale”*

La storia della clinica transculturale inizia all'incirca quarant'anni fa a Saint Denis, periferia a nord-est di Parigi, nel comune di Bobigny. Il territorio ha visto in cinquant'anni una migrazione continua soprattutto con un alta percentuale di popolazione soprattutto del Maghreb.

La struttura in cui nascono i primi *setting* di clinica transculturale è l'ospedale universitario Avicenne. In origine, prima del 1970, non era un ospedale universitario e aveva come nome “Ospedale franco-musulmano”, data la presenza di popolazione immigrata.

Come ci informa Marie Rose Moro<sup>231</sup>, l'ospedale Avicenne, ad oggi, è l'unica struttura in cui sono stati integrati, al servizio del migrante, i dispositivi transculturali. Questo dato, continua la Moro, dimostra quanto la storia pre-coloniale e quella post-coloniale siano ancora strettamente legate. Il rapporto tra minoranza (dominati) e maggioranza (dominatori) è un fenomeno a tutt'oggi riscontrabile sia a livello sociale che istituzionale.

Nel 1979, Serge Lébovici, psichiatra infantile che operava all'ospedale Avicenne, fa emergere la necessità di attuare un servizio migliore per le popolazioni immigrate. La sua idea era quella di considerare non solo il bambino ma anche chi lo “portava” alle visite, cioè i genitori. L'anno successivo, dietro suggerimento di Lébovici, sarà Tobie Nathan, allievo di Devereux, a inaugurare la prima seduta di terapia etnopsichiatrica, che successivamente prenderà il nome di

---

<sup>231</sup>M. R. MORO, “*La diversità culturale, un'opportunità per tutti*”, cit.

“terapia transculturale”, mirata non solo alla cura del minore, ma a una visione di insieme e nello stesso tempo specifica anche sulla famiglia del bambino.

Nel 1989, Marie Rose Moro sviluppa un vero e proprio servizio clinico transculturale per gli immigrati e i rifugiati, con particolare attenzione alla cosiddetta “seconda generazione”.

Negli anni però si è sentita l'esigenza, da parte dei professionisti in ambito etnopsichiatrico, di allargare la possibilità di tale servizio anche alla popolazione immigrata di seconda generazione che abita luoghi più centrali rispetto alla periferia parigina.

Da dieci anni, infatti, la Moro si occupa di clinica transculturale anche in un'altra struttura, da lei diretta, presso l'ospedale di Cochin, (al centro di Parigi): *La Maison des Adolescents*.

Secondo la Moro, le problematiche transculturali non devono essere riservate solo a specialisti e relegate in periferia, ma devono diventare alla portata di tutti, all'insegna della costituzione di una dimensione clinica, e quindi di cura, che appartiene a tutta la società francese nel suo insieme.

#### 4.2.1 *I principi di base della clinica transculturale*

La clinica transculturale poggia su una base teorica messa a punto dallo psichiatra francese George Devereux (1970). Fondatore dell'etnopsichiatria, Devereux definisce un vero e proprio metodo utile per la buona riuscita della relazione terapeutica in un contesto multiculturale. Il cosiddetto “metodo complementarista” prevede l'uso di almeno due registri di comprensione da parte del terapeuta,

quello psicologico e quello antropologico utilizzati in maniera complementare e obbligatoria ma non simultaneamente.

Il registro antropologico, in questo caso, «permette di porre e di esplorare la cornice della relazione e di co-costruire assieme al paziente un senso culturale sul quale si collocherà poi il senso individuale»<sup>232</sup>.

All'interno della relazione tra terapeuta e paziente, Devereux (1978) individua tre possibili tipi di terapia etnopsichiatrica: il primo detto *intraculturale*, il terapeuta e il paziente appartengono alla stessa cultura e il terapeuta tiene conto della dimensione culturale del paziente; la seconda è la terapia *inteculturale*, nella quale medico e paziente provengono da culture differenti, ma il terapeuta conosce bene la cultura di provenienza del paziente e la utilizza come leva terapeutica; e infine la terapia *metaculturale*, ovvero il terapeuta e il paziente non hanno la stessa origine culturale e il terapeuta non conosce la cultura del paziente ma riconosce l'importanza degli elementi culturali nella costruzione dell'esperienza e ne tiene conto durante la relazione di cura<sup>233</sup>.

Inoltre, la clinica transculturale poggia su due principi di base. Il primo è il concetto di *universalismo psichico*, ovvero tutti gli esseri umani sono uguali e hanno lo stesso funzionamento psichico, che ne determina la produzione culturale e psichica, i modi di vivere e di pensare di ognuno. Si tratta, come sostengono Moro e Baubet (2004, 2006), di un «universalità di funzionamento [...], pragmatico e strutturale»<sup>234</sup>.

Il secondo principio della clinica transculturale è la constatazione

---

<sup>232</sup>M. R. MORO, Q. DE LA NOË, Y. MOUCHENIK, T. BAUBET, *Manuale di psichiatria transculturale*, Franco Angeli, Milano 2009, p. 60.

<sup>233</sup>G. DEVEREUX, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma, 1978.

<sup>234</sup>M. R. MORO ET AL., *Manuale di psichiatria transculturale*, cit., p. 61.

che, nonostante l'universalità degli individui, l'uomo vive inserito in un sistema culturale che lo definisce nel *particolare*, ovvero la diversità culturale. Lo psichismo umano allora, come sosterrà Nathan (1996), viene contenuto da un *involucro culturale* dentro il quale l'uomo attualizza le potenzialità che ha a disposizione (lingua, religione, rappresentazioni sociali, modi di fare, forme di cura).

Secondo Moro<sup>235</sup>, la cultura è un sistema dinamico “composto da lingua e linguaggi, rappresentazioni e credenze, strutture familiari e credenze, sistemi di genitorialità e parentela, corpus di tecniche e modi di fare”. La trasmissione culturale, inoltre, non avviene mai allo stesso modo perché si modifica, cambia in relazione agli incroci intergenerazionali. È proprio questa dinamicità della trasmissione culturale che permette l'incontro con l'altro.

La cultura influenza il modo in cui le persone cercano l'assistenza sanitaria e il modo in cui si rapportano con il personale sanitario<sup>236</sup>.

Nel prossimo paragrafo vedremo in che modo viene messa in atto la terapia basata sui principi della clinica transculturale.

#### 4.2.2 *La terapia transculturale*

La terapia transculturale differisce da quella classica innanzitutto perché rappresenta un dispositivo di secondo livello, in quanto i pazienti vengono inviati da altri medici (psichiatri, medici, pediatri), che riconoscono il bisogno per il ragazzo di un altro tipo di approccio,

---

<sup>235</sup>M. R. MORO "La diversità culturale, un'opportunità per tutti", cit.

<sup>236</sup>I. DEL CARLO, "Il nursing transculturale", in F. LO SASSO, S. ARDIS (a cura di), *La promozione della salute e le disuguaglianze*, Atti del Convegno SIPS, Basilicata (Mt) Ottobre 2014, p. 176.

da parte di operatori sociali, e dai servizi che operano per la tutela del bambino. Tutti insieme rappresentano il servizio di cura di prima intenzione. Il presupposto fondamentale per un buon avvio della consultazione è il consenso della famiglia. Quest'ultima può decidere liberamente, per ogni incontro, quale componente della famiglia debba accompagnare il minore.

La terapia transculturale prevede una professionalità rappresentata da un gruppo di esperti, con origini professionali e culturali differenti. Tale formazione del *setting* di lavoro risponde al principio di complementarietà di Devereux, in quanto prevede un'integrazione di saperi competenti per indagare le associazioni mentali del paziente per una rielaborazione co-costruita di un senso culturale e individuale del paziente. Oltre ad una formazione psicoanalitica e clinica, i terapeuti hanno anche una formazione antropologica e spesso conoscono anche diverse lingue e dialetti<sup>237</sup>.

Le famiglie vengono accolte dunque da un'*équipe*, che rappresenta un'alterità importante: è la diversità al servizio della famiglia e della cura.

Il gruppo di lavoro è anche un gruppo di ricerca, infatti durante la consultazione, che dura circa un'ora e mezza, si trascrive il contenuto che emerge e/o si videoregistra la seduta per acquisire dati utili per eventuali monitoraggi e valutazioni.

La consultazione si sviluppa su tre livelli: il *livello dell'essere*, il *livello del senso* e il *livello del fare*.

Nella prima fase il terapeuta presenta, nominandolo, ogni componente dell'*équipe*: nome, specializzazione, provenienza.

Il secondo livello prevede, dopo l'ascolto del racconto o dei

---

<sup>237</sup>M. R. MORO, Q. DE LA NOË, Y. MOUCHENIK, T. BAUBET, *Manuale di psichiatria transculturale*, cit., p. 111.

racconti che vengono pronunciati dalla famiglia o dal singolo appartenente alla famiglia, una restituzione del senso di quello che è stato riferito.

L'interpretazione del terapeuta (livello del fare) che qui possiamo intendere come *gesto di cura*, corrisponde a una risposta alla pretesa del paziente di acquisire un significato della sua malattia; tale risposta provoca un cambiamento nel paziente e apre a nuove interpretazioni prima non emerse.

Per quanto riguarda il lavoro clinico, il terapeuta deve tenere conto dello scenario, di ciò che sta dietro la storia migratoria: la cultura di origine e le sue modifiche attraverso il processo migratorio, le conseguenze psicologiche della migrazione sui genitori e sui figli, cercando di cogliere le “specificità” psicologiche e culturali di ogni bambino, situazione e famiglia, in altre parole, prendere in considerazione l'alterità, senza gerarchie.

## **CAPITOLO IV**

### **RIFLESSIONI PEDAGOGICHE**

#### *Premessa*

La pedagogia italiana si è interessata, soprattutto nell'ultimo decennio, alla tematica della cura tanto da renderla una categoria fondamentale e di grande spessore epistemologico all'interno della riflessione pedagogica. La cura diventa, o meglio ri-diventa, la base del fare educazione.

Associare la parola "cura" alle pratiche educative diventa oggi un imperativo, una sorta di "correzione" di rotta necessaria che indirizza il lavoro pedagogico verso un traguardo formativo partendo da una teoria e non solo definendosi come un ricambio di pratiche. Nel dibattito interno alla materia, pertanto, si parla oggi con più contezza di "cura educativa" anziché di educazione o pratica educativa in generale. Inoltre, il legame tra i significati di cura e quelli di educazione è molto stretto: educare, dal latino *educere*, vuol dire infatti nutrire, allevare e poi tirare fuori.

L'educazione dunque è cura nel momento in cui alleva, sostituendosi a quegli spazi protetti come la casa e la famiglia, e offre all'individuo le diverse possibilità che la vita gli mette davanti, sviluppando le potenzialità di cui esso è capace.

Come abbiamo visto nel capitolo 1, la cura è struttura dell'esistenza e appartiene all'uomo sin dalla nascita, ma ciò non significa che chiunque è capace di cura. Quando però viene declinata in termini professionali, e soprattutto educativi, essa risulta essere

una competenza complessa e di difficile acquisizione. Curare, in senso pedagogico, vuol dire prima di tutto «formarsi ad aver cura: modellare, esercitare, interrogare il proprio modo di aver cura»<sup>238</sup>. Questo vuol dire che il *care-giver*, nella sua esperienza educativa dell'aver cura, deve essere capace di individuare i modi e le competenze utili, significative e soprattutto fruibili all'interno dell'esperienza di cura da chi la riceve.

In questa prospettiva la cura è anche formazione, nel senso che dà forma e costruisce il rapporto, per ogni individuo, tra ciò che è effettivo (presenza corporea, contesto sociale) e ciò che è possibile (modi, scelte di vita, condizioni mutevoli).

In questo capitolo verranno ripresi dunque i precedenti contributi filosofici, etici e medico-antropologici alla luce di una prospettiva pedagogica critica e si esporranno i motivi per cui la cura oggi costituisce il presupposto fondamentale del fare educazione. Infine si descriverà in che modo si esplica la buona cura educativa e i contesti in cui questa deve essere agita dai professionisti della formazione.

### 1. *Riflessioni pedagogiche sulla cura heideggeriana*

Ripercorrendo il discorso di Heidegger sul concetto di cura è possibile individuare la sintonia tra la riflessione del filosofo e l'ottica pedagogica, in base al primato teorico originario che entrambe assegnano alla cura. Se infatti la cura è il criterio della condizione ontologica dell'essere nel mondo, dall'altro è definibile anche come

---

<sup>238</sup>C. PALMIERI, "Essere "presenza" curante: aver cura dell'esperienza della cura", in *Encyclopaideia* Vol. 18, n°39, 2014, p. 58.

un *a priori* pedagogico, presupposto e fondamento della formazione e dell'educazione.

Per cominciare l'analisi di questo parallelismo teorico, si vogliono individuare le possibili corrispondenze pedagogiche tra le “modalità di cura” declinate da Heidegger – ovvero “prendersi cura” e “l'aver cura” – e la “cura educativa”. Parlare di cura educativa, non a caso, vuol dire fare riferimento a due dimensioni fondamentali che si definiscono in regime dialettico, l'una come complemento dell'altra: la dimensione esistenziale e la dimensione pragmatica.

La cura è educativa in quanto, nel momento in cui viene agita, vengono messe in atto quelle modalità positive dell'aver cura autentico (cura esistenziale) che implicano una presa di coscienza e una intenzionalità nell'agire verso l'altro.

Interpretando il pensiero di Heidegger in chiave pedagogica, uno dei passaggi in cui il filosofo cita la figura dell'altro riguarda il discorso sulla prima forma dell'aver cura, ovvero la cura invadente e sostitutiva dell'altro. Questa in pedagogia può corrispondere, come abbiamo visto anche in ambito infermieristico<sup>239</sup>, ad un superamento della situazione di *advocacy*<sup>240</sup> intesa come “azione finalizzata al

---

<sup>239</sup>È interessante notare come il significato del termine inglese *advocacy* viene spesso utilizzato anche in ambito infermieristico, proprio in relazione alla tematica della cura e al rapporto infermiere/paziente. Cfr L. CURTIN 1979; M. KOHNKE 1982; MITTY 1988; PENCE 1994; KEEPNEWS & MARULLO 1996; MOHR 1996.

<sup>240</sup>Secondo Herbert (1989) «l'*advocacy* è l'azione di parlare a sostegno delle preoccupazioni e dei bisogni dell'uomo. Quando le persone sono in grado di parlare per sé l'*advocacy* è finalizzata ad assicurarsi che le persone vengano ascoltate; quando hanno difficoltà ad esprimersi, l'*advocacy* si propone di aiutarli; quando non sono in grado di farlo per nulla, significa sostituirsi e parlare per conto loro». Cfr M. D. HERBERT, *Standing Up for Kids Case Advocacy for Children and Youth, Strategies and Techniques*, Alberta, Office of the Children's Advocate, 1989, p. 49. Citato in I. MASTROPASQUA (a cura di), *Nuove esperienze di giustizia minorile Unico 2014*, Gangemi editore, Roma 2015.

sostegno delle preoccupazioni e dei bisogni dell'uomo” (Herbert 1989). In un altro caso, è possibile invece inquadrare la cura autentica, definita da filosofo tedesco, in una sorta di *paideia* heideggeriana della cura, ossia «un agire educativo definito da una viva tensione etica: quella di aiutare l'altro ad assumere le proprie cure, aiuto che si traduce sempre in forma di libertà e di auto-realizzazione dell'individuo»<sup>241</sup>. È il cosiddetto processo di *empowerment* (Perkins & Zimmerman 1995; Zimmerman 2000) che vede, in ambito pedagogico, un agire educativo “intenzionato” al raggiungimento della piena autonomia dell'individuo<sup>242</sup>.

Il concetto di *intenzionalità* è uno degli elementi che permettono di accostare la riflessione pedagogica alla tradizione fenomenologica di Husserl da cui prende le mosse anche il pensiero di Heidegger. A questo proposito, Bellingreri (2010), nell'analisi linguistica e concettuale dell'intenzionalità in fenomenologia, la interpreta come “offerta di senso”<sup>243</sup>, azione tesa a riconoscere il “significato che si offre” all'altro.

Offrire un senso e un significato rappresenta in pedagogia il lavoro educativo per eccellenza. Il vero insegnante infatti agisce con l'intenzione di lasciare il segno nell'alunno, così come l'educatore per qualsiasi individuo. Come spiega meglio Boffo (2008), riprendendo il

---

<sup>241</sup>A. PAPA, *L'identità esposta*, cit. p. 29.

<sup>242</sup>Secondo il Cornell Empowerment Group (1989), l'*empowerment* è un «processo *intenzionale* (corsivo mio) e permanente fondato nella comunità locale, che implica il mutuo rispetto, riflessione critica, *cura* (corsivo mio) e partecipazione di gruppo, attraverso il quale le persone che non hanno a disposizione una quota di risorse di valore pari a quelle degli altri, guadagnano maggiore accesso e controllo su di esse». Cit. in PERKINS & ZIMMERMANN, *Empowerment Theory, Research, and Application*, American Journal of Community Psychology, Research Library Core, Oct. 1995. [www.my.vanderbilt.edu/perkins/files/2011/09/empintro.proques.pdf](http://www.my.vanderbilt.edu/perkins/files/2011/09/empintro.proques.pdf) (data ultima consultazione 20/01/16).

<sup>243</sup>A. BELLINGRERI, *La cura dell'anima. Profili di una pedagogia del sé*, Vita e Pensiero, Milano 2010, p. 117.

concetto di cura, «la vita umana non si orienta in una direzione di senso senza la presenza della cura che la illumina e ne rende possibile l'apertura all'assunzione di un significato»<sup>244</sup>.

Mortari (2015) esplorando le qualità essenziali della “buona cura”, osserva che l'intenzione è ciò che caratterizza l'agire umano e quindi la pratica di cura<sup>245</sup>. La cura donata è dunque un agire che tende al bene e parte dall'intenzione iniziale di procurare benessere per l'altro.

### 1.1 *Limiti del discorso heideggeriano sulla cura*

Sebbene il pensiero di Heidegger sia considerato il riferimento filosofico principale o, meglio, obbligato per affrontare il discorso sulla cura in pedagogia, l'idea di cura heideggeriana presenta però alcuni punti critici.

Primo fra tutti, la pretesa che l'uomo riesca a comprendersi solo in relazione interrogante con il proprio essere e non nell'incontro con l'altro, ovvero che la “chiamata della coscienza”, che porta l'uomo a vivere in modo autentico, avvenga solo in una dimensione solitaria. Ciò che viene da chiedersi è: come può la “chiamata” scaturire da un'istanza interiore se l'esserci è sempre un con-esserci<sup>246</sup>?

Secondo Heidegger ciò che porta l'esserci ad interrogarsi e a subire un capovolgimento, da una condizione di dipendenza dalla

---

<sup>244</sup>V. BOFFO, “Cura di sé e formazione degli educatori”, in S. ULIVIERI, P. OREFICE, F. CAMBI, *Cultura e professionalità educative nella società complessa: l'esperienza scientifico-didattica della Facoltà di Scienze della Formazione di Firenze*. (Atti del convegno, 15/17 maggio 2008), Firenze University Press, Firenze 2010.

<sup>245</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p. 95.

<sup>246</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 4.

mondanità ad una ripresa della coscienza, è l'angoscia, ovvero la cura. La mancanza di senso delle cose, continua il filosofo, del mondo genera nell'uomo un sentimento di angoscia che lo porta a liberarsi dalle sue preoccupazioni, per “volgersi verso se stesso” in modo autentico<sup>247</sup> e permette dunque di fare esperienza di tutto ciò che rappresenta la quotidianità.

Per Heidegger il sentimento di angoscia nei confronti delle cose del mondo è cura. È un sentimento però che l'uomo vive in una condizione solitaria. È l'angoscia, secondo Heidegger, che risveglia l'uomo dalla *defluxio*, ossia dal suo scadimento nella quotidianità, e gli permette di rispondere alla “chiamata della cura”, che coincide con la ricerca di senso e l'interrogazione sulle molteplici possibilità davanti le quali la vita lo mette dinanzi. L'uomo, dunque, è responsabile per le sue azioni e porta su di sé il compito di dare forma alla propria esistenza.

L'angoscia inoltre viene associata da Heidegger alla condizione di spaesamento di fronte al nulla, di fronte a ciò che l'uomo non sa amministrare perché manca di strumenti utili per affrontare i compiti di ogni giorno. Nell'angoscia «ci si trova in uno stato di *inospitalità*. Vi si esprime la peculiare indeterminatezza di ciò presso cui l'esserci si trova: il nulla e in nessun luogo»<sup>248</sup>.

Anche in questo caso, quando Heidegger parla di angoscia, inospitalità e spaesamento non fa certo riferimento a una condizione dell'uomo in quanto essere relazionale. Bensì il filosofo definisce l'angoscia come un sentimento che riguarda solo l'esserci: un ente, sì

---

<sup>247</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, La Scuola, Brescia 2011, p. 47. Nello specifico, tale affermazione si trova nel testo della lezione tenuta da Heidegger nel 1929: *Che cos'è la metafisica?* In *Segnavia*, Adelphi, Milano 1987, pp. 59-79.

<sup>248</sup>M. HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, cit., p. 270.

gettato nel mondo, ma che risponde al suo senso di spaesamento comprendendo l'angoscia, inserendola come compito implicito del suo vivere nella quotidianità e mascherando così il suo disagio. Non troviamo dunque alcuna richiesta di aiuto, di *ospitalità*, ma una sorta di *accomodamento*, «nell'acquietato e nel familiare essere-nel-mondo»<sup>249</sup>.

Da un punto di vista pedagogico, pur condividendo l'importanza del “guardarsi dentro”, del conoscere se stessi e i propri limiti (cura di sé) per poter affrontare meglio le problematiche quotidiane, l'uomo agisce però nel mondo e risponde delle sue azioni sempre e comunque all'interno di una relazione con l'altro. Inoltre, l'individuo che vive la dimensione dell'angoscia necessariamente sperimenterà, nell'incontro con l'altro, “modalità di cura” differenti.

In una prospettiva pedagogica, infatti, il *care-giver* che agisce in una relazione di cura «diventa colui che è investito della *responsabilità* (corsivo mio) di preoccuparsi che l'altro sia risvegliato alla ricerca dell'autenticità del suo esserci, attraverso l'offerta di esperienze che rendano possibile innanzitutto comprendere e poi accogliere la chiamata»<sup>250</sup>. *Responsabilità* e *intenzionalità* sono in altre parole i presupposti fondamentali di una relazione educativa, affinché l'offerta di esperienze nuove e stimolanti possa essere risolutiva ai fini del benessere della persona.

Non a caso, gli stessi presupposti si ritrovano anche in quelle fasi del processo di cura descritto da Tronto (1993), che abbiamo esposto nel secondo capitolo: l'aver cura dell'altro attiva un processo tra due persone che prende l'avvio da una presa di coscienza, da parte del *care-giver*, di un'esigenza esplicita o di un bisogno non dichiarato

---

<sup>249</sup>*Ibidem*, cit., p. 271.

<sup>250</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 5.

dell'altro, il *care-receiver*, di soddisfare una mancanza. Questa consapevolezza iniziale, insieme all'intenzione di farsi carico dell'altro, mette in atto una serie di posture e atteggiamenti accorti, mirati alla buona riuscita del percorso di cura.

Un'altra critica da più parti mossa ad Heidegger è riferita alla supposta prevalenza delle modalità difettive dell'aver cura, ovvero quegli atteggiamenti messi in atto dall'uomo che il filosofo chiama “modi del pro-curare” (legati ad azioni strumentali di convenienza riferita a se stessi), rispetto alle modalità positive che invece favoriscono l'incontro tra le persone e la cura autentica. Se ci fosse effettivamente questa sproporzione, però, la civiltà, con tutto ciò che rende possibile la conservazione, la formazione e la fioritura della vita, verrebbe meno.

Per questo motivo, secondo Mortari (2006), sarebbe opportuno un cambio di prospettiva, che riprende quello proposto dall'etica della cura individuando in particolare nell'agire materno un posto di primo piano nel contesto delle modalità positive di cura, sicuramente più frequente a livello quantitativo rispetto ai modi difettivi dell'aver cura di cui parla il filosofo tedesco.

Inoltre, se i contesti pratici e fattuali in cui vive l'uomo sono considerati per lo più inautentici e privativi dell'agire di ogni individuo<sup>251</sup> (perché è in questi che, a detta di Heidegger, le modalità difettive della cura si esprimono in modo prevalente), quali sono allora i fattori che orienteranno l'individuo nel dare una direzione di senso alla propria vita?

Per la riflessione pedagogica, uno dei limiti della filosofia della cura di Heidegger è da ricercare proprio in questa mancanza di

---

<sup>251</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, cit., p. 52.

suggerimenti metodologici e criteri che dimostrino come e in quali circostanze l'idea di cura, così analizzata, possa essere messa in pratica.

A questo proposito, Bertagna (2010) sostiene come il carattere formale e astratto della ricerca ontologica heideggeriana tende a ridurre l'uomo a mero ente che interroga e acquista senso solo nella sua relazione con l'essere<sup>252</sup>. Nella dimensione pratica dell'azione di cura, invece, non si può fare riferimento solo a un contributo astratto, estraneo rispetto al contesto empirico nel quale accade la stessa cura.

Sebbene il contributo di Heidegger sia utile e fecondo per inquadrare la riflessione pedagogica e riabilitare il concetto di cura, resta da chiedersi quindi quali siano le giuste pratiche di cura e verso chi o dove debbano dirigersi.

Come è noto, il discorso pedagogico tra teoria e prassi è uno dei nodi fondamentali dell'epistemologia pedagogica. Pensare la teoria pedagogica senza mettere in pratica le azioni educative teorizzate e senza un'adeguata osservazione dei risvolti di queste ultime equivale a vanificare sia la teoria che la prassi. Tale pensiero viene ribadito anche da Xodo (2006), la quale sostiene l'importanza del lavoro e dell'esperienza dei professionisti dell'educazione, e quindi della pratica di cura: «In quanto teoria della prassi educativa, una pedagogia non può fermarsi al discorso fondativo e giustificativo dei grandi autori. Deve mettere sotto osservazione anche il processo attraverso cui quelle idee si traducono in convinzioni di natura professionale e sociale»<sup>253</sup>.

---

<sup>252</sup>G. BERTAGNA, *Dall'educazione alla pedagogia. Avvio al lessico pedagogico*, La Scuola, Brescia 2010, p. 143.

<sup>253</sup>C. XODO, *La cura in pedagogia*, in V. BOFFO (a cura di), *La cura in pedagogia*.

Nell'ambito degli studi pedagogici, il pensiero di Heidegger, quindi può, senza dubbio alcuno, servire come scenario di sfondo e come substrato teorico necessario per l'esercizio della cura in pedagogia, ma di certo, come sostiene A. Postestio (2011), la riflessione sulla cura «non può limitarsi a una descrizione delle strutture esistive, ma deve evidenziarne gli aspetti che orientano le pratiche contingenti e determinate»<sup>254</sup>. Infatti è importante sottolineare che la cura, oltre ad avere una primarietà ontologica è essenzialmente una pratica, dal momento che è nelle azioni e nei contesti pratici che avviene il “gesto di cura”. In educazione, come sostiene Boffo (2010) la cura è l'archetipo della pedagogia: «Non potrebbero esserci educazione, formazione, apprendimento, inculturazione senza una *Cura* che accompagni e sostenga coloro che svolgono attività educative, in ogni luogo e in ogni tempo si trovino a esercitarle»<sup>255</sup>. In quest'ottica, la cura si presenta come la categoria per eccellenza della pratica educativa, secondo la definizione heideggeriana che permette di qualificarla come “cura autentica”.

### 1.1.1 *L'aver cura, una pratica educativa autentica*

Per capire meglio quali possono essere le modalità e le competenze necessarie affinché si possa parlare di pratica educativa autentica, è bene descrivere gli aspetti pratici e fattuali dell'aver cura.

Mortari (2006, 2015) propone un'accurata riflessione – originata dagli studi della filosofa americana e contemporanea Noddings

---

*Linee di lettura*, CLUEB, Bologna 2006, pp. 90-91.

<sup>254</sup>A. POSTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, cit., p. 71.

<sup>255</sup>V. BOFFO, “Cura di sé e formazione degli educatori”, cit.

(1984), la quale ha dedicato il suo lavoro alla ricerca di un modello di cura in educazione<sup>256</sup> – su quelle che possono essere le modalità di una cura educativa, i “modi esistentivi” (per citare Heidegger), che spiegano “l'essenza della cura adeguatamente buona” (Mortari, 2006), ovvero quegli indicatori di cura che «rendono evidente all'altro l'intenzione di chi-ha-cura di provocare beneficio»<sup>257</sup>.

Innanzitutto, la pratica della cura si traduce essenzialmente in termini di *ricettività* e di *responsività*. La prima disposizione/indicatore, di cui abbiamo già parlato nel secondo capitolo<sup>258</sup>, corrisponde a un agire nella cura di tipo passivo, ovvero a un atteggiamento aperto nei confronti dell'altro e una capacità di fare posto nella propria mente per accogliere l'esperienza dell'altro. La Noddings (1992, p. 16) individua questo indicatore della buona cura con il termine inglese *engrossment*, intendendo quella capacità di «sentire e accogliere quello che l'altro manifesta di sé»<sup>259</sup>, letteralmente tradotto in italiano con “l'essere assorto” nel sentire dell'altro.

Le caratteristiche della *ricettività*, continua Noddings (1984), sono principalmente legate alla sfera emotiva più che a quella cognitiva, proprio in virtù del fatto che chi ha cura dell'altro agisce spinto da un interesse e da un'attenzione partecipe dei sentimenti altrui. A questo proposito Mortari (2006, p. 116) però contesta il principio secondo cui la sfera cognitiva sarebbe subordinata rispetto a quella emotiva. Nell'esperienza empirica, delle pratiche di cura «è sempre in atto

---

<sup>256</sup>N. NODDINGS, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley 1984.

<sup>257</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 111. Questa espressione, risponde bene a ciò che Joan Tronto intende come "processo di cura".

<sup>258</sup>§ 2.2.2 *Il processo di cura di Joan Tronto*, pag. 91.

<sup>259</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p.117. (in nota)

un'azione cognitiva», ovvero l'aver cura è una azione responsabilmente decisa e fondata su un'analisi del contesto e della tipologia dei bisogni dell'altro, in modo da poter rispondere di volta in volta con le giuste modalità. A questo proposito è opportuno sottolineare che la conoscenza dell'altro, dei suoi effettivi bisogni e del contesto in cui viene agita la cura, non devono essere considerati come qualcosa di statico e permanente ma come fenomeni in continuo cambiamento, data la stessa natura umana in continua trasformazione. Questa consapevolezza scaturisce senza dubbio da un'azione cognitiva che rende il *care-giver* consapevole e responsabile nei confronti dell'altro. Lo stesso Cambi (2008) sostiene che: «L'aver cura ha due “domini” classici a cui dedicarsi: la mente e il cuore, il pensiero e gli affetti che devono esser curati insieme e separatamente e trattati con la medesima cura (attenzione, dedizione, cautela)<sup>260</sup>. Si tratta dunque di una compresenza della sfera emotiva, che comporta un agire di impulso, e di quella cognitiva. Si potrebbe dire che l'aver cura secondo la modalità ricettiva vuol dire mettere in gioco sia l'emotività (emozione) che la riflessione (pensiero), come se l'una compensasse l'altra in vista di una buona riuscita dell'azione di cura.

Il secondo indicatore della buona cura, la *responsività*, discende immediatamente dal primo e corrisponde a un agire di tipo attivo, in quanto il *care-giver* mette in atto delle azioni concrete nei confronti dell'altro. Questa seconda disposizione, che la Noddings (1984) definisce con la locuzione *motivational displacement*, indica la capacità di «saper rispondere adeguatamente agli appelli dell'altro.

---

<sup>260</sup>F. CAMBI, "La cura in pedagogia: note critiche", in *Curricolo verticale e nuova professionalità docente nella scuola primari e secondaria*, Corso di Perfezionamento 2008-2009, Università di Firenze.

[...] La “dislocazione motivazionale” consiste nello spostare l'attenzione dalla propria realtà a quella dell'altro, riconoscendo la primarietà anche temporanea dei suoi bisogni e delle direzioni dei suoi desideri»<sup>261</sup>. L'essere responsivi e l'essere ricettivi richiedono, come sostiene Mortari (2006, p. 118), «un'elevata quota di pensiero» e la disponibilità emotiva e cognitiva di una pratica di cura si manifesta in modo adeguatamente buono in un «pensare emotivamente denso o, in altre parole, in un sentire intelligente» (ivi, p. 118).

Una terza modalità che caratterizza la buona pratica di cura è l'*attenzione*, gesto collegato, se non parallelo, alla *ricettività* e alla *responsività*. Senza un atteggiamento concentrato sull'altro e una dedizione al tempo dell'altro, non potremo mai sperimentare l'essenza di una buona cura. Grazie a un'accurata attenzione continuata nel tempo, la disponibilità emotiva e quella cognitiva trovano la loro concretizzazione nella pratica di cura.

Stesso discorso vale per l'*ascolto*, modalità che tacitamente esprime e comunica la totale presa in carico dell'altro e la considerazione della parola dell'altro. Non si tratta di un tipo di ascolto solo passivo ma anche di una tensione verso i significati che l'altro vuole comunicare. Più che un'interpretazione delle parole si tratta di una partecipe «disposizione a cogliere il senso che l'altro mi comunica»<sup>262</sup>.

La cura, inoltre, come abbiamo già accennato nel primo capitolo, implica un agire empatico. Così l'*empatia*, attraverso le modalità esistentive della buona cura già ricordate, attiva nella relazione una

---

<sup>261</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 113.

<sup>262</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, cit., p. 185. Cfr. anche J. L. NANCY, *All'ascolto*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.

comunicazione trasformativa del sé e dell'altro, una capacità di sentire l'altro cogliendo il senso di un'esperienza vissuta ma non-originaria (Stein 1917, Boffo 2010, Mortari 2016).

Pertanto quando si mettono in atto azioni di cura verso l'altro certamente si agisce anche su se stessi. Della cura si può dunque parlare in termini di “fabbrica dell'essere” in quanto aver cura dell'altro vuol dire mettere in atto atteggiamenti mirati al benessere individuale e dell'altro: «Se ci prendiamo cura di certe persone quello che accade nello scambio relazionale con l'altro diverrà parte di noi»<sup>263</sup>.

Aver cura degli altri diventa così un aver cura dell'esperienza che ognuno di noi vive e insieme una presa di coscienza, da parte degli educatori, su ciò che avviene nei contesti educativi. L'educazione, come osserva Palmieri (2011), non dovrebbe avvenire per caso, ma necessita di un'*intenzionalità pedagogica*. In questo senso la cura assume il carattere di un'anticipazione formativa<sup>264</sup>, e la si può definire come un occuparsi anticipatamente, un pre-occuparsi.

Questa dimensione anticipatoria, presente nelle dinamiche riferite alla cura dell'altro, rimanda alla stessa dialettica fra il sé e l'altro che intercorre nella realizzazione della cura di sé, considerata come pre-condizione basilare dell'uomo che intenda prendersi cura dell'altro.

In questo senso, la cura di sé, considerata sia come esercizio per la conoscenza del sé che come pratica connessa alle relazioni umane, assume un significato primario nell'esistenza dell'individuo. Pertanto, l'educazione si fa strumento indiretto della cura di sé attraverso l'offerta di esperienze che guidano l'altro individuo nel

---

<sup>263</sup>L. MORTARI, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015, p. 12.

<sup>264</sup>G. MOLLO, *Le condizioni pedagogiche del prendersi cura*, in V. Boffo, *La cura in pedagogia: linee di lettura*, CLUEB, Bologna 2006.

campo delle possibilità.

Ciò che Foucault definisce con la locuzione *tecnologia del sé* (cura di sé)<sup>265</sup>, ovvero quella pratica che permette l'individuo da solo o con l'aiuto degli altri di compiere una serie di azioni trasformative su di sé, al fine di raggiungere un benessere individuale e sociale, evoca quello che in pedagogia viene definita relazione di aiuto. Si tratta di quel lavoro educativo che si esprime negli ambiti della formazione e che prevede un'azione di cura pedagogica tesa ad offrire quelle possibilità utili all'altro per esprimere le proprie potenzialità.

Cambi (2008) intende la *cura sui* distinta «dall'educazione (più direttiva e conformativa) e dalla formazione (più maieutica)»<sup>266</sup> e la descrive come un tipo di educazione interiore autogestita, caratterizzata da impegno per sé e da esercizi spirituali, da pratiche vissute di cui lo stesso soggetto è allievo e maestro.

## 2. *Riflessioni pedagogiche sull'etica della cura*

Per riflettere sull'etica della cura è necessario comprendere innanzitutto in che rapporto si legano pedagogia ed etica. La pedagogia, quale scienza della formazione dell'uomo, ha in sé dei presupposti etici: è attraverso l'agire pedagogico e l'offerta di esperienze autentiche, che vengono favoriti quegli "atteggiamenti etici" che, se ben coltivati, apparterranno all'uomo per tutta la vita. L'educazione dunque, in questa prospettiva, si configura come un

---

<sup>265</sup>Cfr. Capitolo 1 § 2.

<sup>266</sup>F. CAMBI, "La cura in pedagogia: note critiche", cit.

mezzo utile a far emergere le potenzialità nascoste dell'individuo attraverso l'offerta di una cura autenticamente agita.

Così come l'etica sta alla base della riflessione pedagogica, la cura è la dimensione preesistente alla pratica educativa o, per riprendere le parole di Fadda, è un *a priori* pedagogico<sup>267</sup>.

La pratica educativa, dunque, essendo orientata al bene dell'individuo, ha una finalità etica. Questo però non vuol dire che la cura educativa deve riferirsi a un orizzonte etico astratto e normativo, ma deve essere guidato invece da «un orizzonte etico che sia in grado di offrire indicazioni a chi ha cura educando nella pratica quotidiana»<sup>268</sup>.

Chi educa o chi mette in pratica un qualche tipo di agire pedagogico se tiene presente questo presupposto, adotterà strategie educative autentiche finalizzate a uno sviluppo pieno dell'individuo che, di volta in volta, sarà definito dai parametri del contesto e della cultura di appartenenza. Inoltre, data l'ampiezza del raggio di azione della pratica di cura, le azioni messe in atto non avranno come unico destinatario solo chi viene curato/educato, ma coinvolgeranno anche l'educatore stesso e soprattutto la società.

In questo senso, la reciprocità insita nello scambio fra chi cura/educa e chi è curato/educato richiama il valore etico della cura nel continuo rinnovamento del processo pedagogico che per esempio, all'interno della società, si concretizza nella consegna alle generazioni successive del patrimonio etico ereditato da chi li ha precedute. In altre parole, come una madre accudisce il figlio, lo nutre e lo “mette al mondo”, in modo da renderlo autonomo e meno

---

<sup>267</sup>R. FADDA, *Sentieri della formazione. La formatività umana tra azione ed evento*, cit., p. 95.

<sup>268</sup>A. POTESTIO, F. TOGNI, *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, La Scuola, Brescia 2011, p. 77.

vulnerabile, l'educazione, per mezzo delle sue pratiche di cura accudisce, nutre (a livello cognitivo, e qui ci si riferisce a un nutrimento della mente e dei ragionamenti morali) e “mette al mondo” cittadini autonomi e autosufficienti.

Pertanto si può dire che la pedagogia, “adottando” l'individuo per accompagnarlo nella sua formazione personale e sociale, è sì debitrice all'etica della cura per le riflessioni in campo teorico, ma non tanto per le indicazioni concernenti l'ambito pratico. Sembra cioè che, come la filosofia heideggeriana manca di suggerimenti pratici, anche l'etica della cura (soprattutto quella della Gilligan<sup>269</sup>) non fornisca più di tanto proposte pratiche per la gestione di una buona cura.

Il pensiero che, ci pare, sembra essere più vicino al discorso pedagogico per il valore riconosciuto alle pratiche di cura è quello di Tronto (1993). Elaborando la sua riflessione sull'etica della cura, la studiosa infatti non manca di sottolineare l'importanza del contesto storico e politico in cui viene agita la cura e insieme la centralità delle caratteristiche personali dell'individuo nei confronti del quale ci si relaziona. Considerazioni, queste, che muovono dalla sua interpretazione della cura come processo costituito da fasi ben precise e nello stesso tempo sensibili al cambiamento a seconda delle particolarità, sia del *care-giver* che del *care-receiver* e quindi alla variabilità insita nella natura umana.

La cura dunque è senza dubbio un presupposto dell'educazione ma, a seconda del contesto, deve essere declinata con particolare attenzione agli aspetti universali e a quelli particolari della vita dell'uomo.

---

<sup>269</sup>Cfr. Capitolo 2, § 2.1.1.

Per questo motivo, un discorso sulla cura deve considerare anche gli aspetti culturali che al giorno d'oggi caratterizzano la nostra società. Si dovrebbe cioè parlare, più che di un'etica della cura, di una «cultura della cura»<sup>270</sup>, che non vuol dire necessariamente mettere in secondo piano la prospettiva dell'etica della cura ma più semplicemente guardarla da diversi punti di vista. Come ogni pratica, infatti, «la cura è orientata da modi di pensare emotivamente connotati»<sup>271</sup>, anche per il suo essere espressione di un determinato ambiente sociale.

Questa puntualizzazione è particolarmente doverosa considerando lo stato della società attuale, definita da una compresenza di culture differenti e quindi sempre più aperta a interpretazioni e presupposti etici differenti riguardo tutto ciò che vuol dire cura. Da qui, al contempo, nasce il legittimo dubbio su quale sia l'etica a cui fare riferimento e soprattutto quale sia il significato di cura che, per le considerazioni fino ad ora esposte, si adatti meglio a svolgere il ruolo di denominatore comune tra le diverse esigenze culturali nella messa in pratica di un'etica rinnovata.

A sostegno di questa necessaria ridefinizione del concetto di cura, oltre all'esigenza di dare un peso ai contesti culturali e sociali differenti, Mortari aggiunge che «qualsiasi discorso sulla cura non può pretendere di cogliere un'essenza universale, bensì dovrebbe accettare di mettere a fuoco “una” delle tante possibili interpretazioni. Basta, infatti, confrontarsi con culture dislocate altrove rispetto all'organigramma concettuale dell'occidente per trovarsi a dover ridefinire continuamente l'essenza della cura»<sup>272</sup>.

---

<sup>270</sup>L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 174.

<sup>271</sup>*Ibidem*.

<sup>272</sup>L. MORTARI, *Aver cura della vita della mente*, p. 33.

La questione culturale legata al concetto di cura è stata affrontata nel terzo capitolo, dove si è approfondito il tema in ambito medico e psicologico, settori in cui la cura rappresenta l'obiettivo principale della pratica sanitaria.

### 3. *Riflessioni pedagogiche su cura, la malattia e cultura*

Il rapporto fra pedagogia e disciplina medica, alla luce della cura, chiama in causa un orizzonte etico il cui studio è storicamente portato avanti dalla bioetica. Ma qual è il rapporto che lega la pedagogia alla medicina? Si potrebbe rispondere considerando, più che i presupposti teorici delle due discipline chiaramente differenti (l'uno scientifico e l'altro umanistico), gli agenti della cura.

In questo caso, non sarebbe fuori luogo proporre una sorta di parallelismo tra il ruolo del medico/operatore sanitario e quello dell'educatore. Come abbiamo visto nel terzo capitolo, la figura del medico ricopre sin dall'antichità un ruolo di “guida” e di “consigliere” per una vita sana. Il medico, inoltre, incontra il paziente in un contesto di cura in cui generalmente si instaura una comunicazione caratterizzata da domande e risposte, in cui viene dato un senso e un significato ai dubbi e alle richieste del paziente (relativi alla malattia). Anche l'educatore, come abbiamo visto, con le sue azioni di guida e orientamento, offre un senso e significato all'individuo in ogni fase della crescita.

Parlare di pedagogia inserendola in ambito medico vuol dire allora pensare a una pratica pedagogica finalizzata al benessere della persona. Come suggerisce Xodo (2008), in un contesto di cura

medica, sarebbe meglio adottare una prospettiva pedagogica che abbia come obiettivo quello del raggiungimento di una buona qualità della vita, nonostante la malattia. Per questo motivo sarebbe meglio parlare, più che di pedagogia in senso lato, di “bio-pedagogia”, pedagogia della vita e per la vita. Con questa definizione, la studiosa vuole comprendere non solo gli aspetti metodologici dell'educazione ma soprattutto i suoi presupposti ontologici, all'insegna di una pedagogia che «entra in contatto con la vita, riconoscendone la novità, la varietà, l'imprevedibilità con cui essa si manifesta in ogni individuo»<sup>273</sup>. La bio-pedagogia si configura come un orientamento di ricerca, un campo di indagine rivolto ai grandi temi della vita, «la nascita, la morte, le relazioni, la sofferenza, la malattia, il bene, il giusto e il religioso»<sup>274</sup>.

L'apporto che la pedagogia può offrire alla medicina si traduce quindi in un'offerta di indicazioni e orientamenti in più rispetto ad una più comune pratica di cura medica.

Del resto, la considerazione della centralità della persona del malato, della “qualità” della sua vita sta alla base del rapporto terapeutico, non solo nelle situazioni in cui si tratta di evitare che l'efficacia biologica della tecnologia moderna generi un prolungarsi dell'agonia, cioè in cosiddetto accanimento terapeutico, ma anche nelle situazioni non definibili come terminali.

Come abbiamo visto, anche il campo dell'infermieristica ha prodotto nel tempo nuove teorie che inquadrano la cura (*care*) in un contesto più ampio relativo al benessere della persona e guidato da valori strettamente connessi alla riflessione pedagogica. Ad esempio,

---

<sup>273</sup>C. XODO (a cura di), *Bio-Pedagogia: Quality of life*, Pensa MultiMedia, Lecce 2008, p.16.

<sup>274</sup>*Ibidem*, p. 18-19.

nella teoria dello *Human Caring*, si ritiene importante porre l'attenzione per una cura di tipo transpersonale, che vada oltre un tipo di cura tecnico/scientifico e preveda il coinvolgimento morale del *care-giver* e una consapevolezza intenzionale nel creare una connessione con il paziente ai fini di una buona riuscita della cura. Altrettanto importante in quest'ottica è il significato che si attribuisce al momento della cura, ovvero la predisposizione degli spazi e dei tempi idonei per l'esercizio della cura.

A questo proposito, Palmieri (2008) afferma che l'attenzione al contesto all'interno dell'esperienza educativa è fondamentale<sup>275</sup>: il contesto, ovvero il luogo in cui avviene la cura educativa, rappresenta la cornice di riferimento entro la quale *care-giver* e *care-receiver* vivono l'esperienza formativa e nella quale si manifesta il gesto di cura. Del contesto fanno parte: lo spazio fisico che deve essere predisposto e pensato *ad hoc*, affinché il momento educativo metta a loro agio gli agenti della cura; il tempo, sia come arco di inizio e fine entro cui si iscrive l'effettiva pratica di cura, sia come particolare “dono” offerto all'altro in forma di ascolto; gli oggetti, in quanto è essenziale «comprendere quali oggetti, in senso generico, animino quei contesti spazio temporali in cui la cura accade»<sup>276</sup>; e infine la comunicazione, che deve essere ben gestita attraverso norme precise non imposte ma negoziabili, così da definire i ruoli degli agenti della cura.

Un altro apporto che viene dalle scienze infermieristiche è quello relativo la teoria della *Culture Care* di Leininger (1978): l'esigenza, secondo questa teoria del *nursing* è quella di saper declinare la cura

---

<sup>275</sup>C. PALMIERI, *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*, Mimesis, Milano 2008, p. 40.

<sup>276</sup>*Ibidem*, p. 43.

a seconda del contesto culturale in cui si opera; avere contezza dunque di “dati interculturali” come la religione, la politica, l'economia, il sistema di parentele, che appartengono ad ogni individuo nelle forme e nei modi più diversi. Tale presupposto teorico trova corrispondenza in pedagogia in quella “sfida radicale” alla mentalità comune di tipo etnocentrico, legata all'idea che esista un modello antropologico superiore che, come afferma Cambi (2001), «è radicata nelle convinzioni della tradizione e divenuta *habitus* mentale dell'uomo occidentale»<sup>277</sup>.

Anche in questo ambito la pedagogia, in particolare nella prospettiva interculturale, ha elaborato una tassonomia di atteggiamenti valoriali e di procedure mirate all'acquisizione, o meglio, al potenziamento di quelle disposizioni d'animo tese al pluralismo, all'apertura verso l'altro e alla co-abitazione. Si tratta degli interventi educativi intenzionali che rappresentano i “fondamenti pedagogici dell'intercultura”<sup>278</sup>. Primo fra tutti la *decostruzione*, ossia la messa in discussione del proprio punto di vista che si ri-costruisce grazie al punto di vista dell'altro, che viene tenuto in conto e visto come arricchente e non conflittuale; la *tolleranza*, termine da sempre ambiguo perché esprime sì, in prospettiva etnocentrica, un atteggiamento negativo di “sopportazione” dell'altro, ma al contempo rappresenta una categoria indispensabile a livello etico-cognitivo e sociale in quanto permette di aprire nuovi spazi di comunicazione e di dialogo; l'*ascolto*, più volte qui definito come una delle premesse fondamentali di una buona cura educativa, che permette la comunicazione e la reale presa in carico del bisogno dell'altro, riconosciuto nella sua diversità; e

---

<sup>277</sup>F. CAMBI, *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Carocci, Roma 2001, p. 15.

<sup>278</sup>*Ibidem*, pp.35-37.

infine il *costruire insieme* inteso come un lavoro, una “cura” mirata alla creazione di ciò che prima non c'era o che viene ri-costruito in comune.

Il carattere propositivo di quest'ultimo fondamento, insieme alle altre caratteristiche del buon intervento educativo in ambito interculturale, equivale in fondo a un'operazione di costruzione partecipata del senso in cui due realtà originariamente diverse per provenienza culturale si incontrano per dare *ex-post* un significato condiviso a esperienze vissute prima individualmente.

In questo senso la prospettiva della clinica transculturale è strettamente connessa con la pratica di cura in pedagogia, se non altro per l'uso di strumenti simili come la narrazione e l'autobiografia<sup>279</sup>. La terapia transculturale infatti prevede, oltre a un approccio complementare e la relativa commistione di saperi paralleli (dalla psicologia all'antropologia), un tipo di trattamento e cura dei bisogni del migrante che permettono a quest'ultimo di far emergere autonomamente, attraverso la narrazione, il senso e il significato del suo malessere. Una sorta di auto-formazione in cui il *care-receiver* viene accompagnato, guidato e reso indipendente. In pedagogia, la narrazione è un atto formativo che consente a chi si racconta di dare o ri-dare un senso alle esperienze vissute o che si stanno ancora vivendo. Il pensiero autobiografico, nel quale affiorano i ricordi e grazie al quale si producono significati nuovi, come sostiene Demetrio, «diventa un luogo interiore di benessere e cura»<sup>280</sup>. L'autobiografia e la narrazione permettono dunque di guardare al passato per vivere il presente, prendendo in carico ciò

---

<sup>279</sup>Cfr. D. DEMETRIO, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

<sup>280</sup>*Ibidem*, p. 10.

che si è stati fino a quel momento avendo cura del tempo attuale.

In pedagogia il processo di cura terapeutico (medico e transculturale) si potrebbe associare alla consulenza pedagogica, pratica e strumento mirato a rafforzare le capacità di iniziativa del soggetto e a individuare risorse nascoste dell'individuo utili per il “risanamento” di una condizione di disagio, in vista del benessere della persona. A proposito di questa possibile comparazione, Simeone (2002) precisa che è bene distinguere la consulenza di tipo educativo da quella clinica e terapeutica: «mentre la prima si propone obiettivi educativi di crescita centrati soprattutto sulla prevenzione, sulla promozione del benessere e sulla piena realizzazione del soggetto, la seconda è connessa con la riabilitazione e con il trattamento clinico nella logica della riparazione»<sup>281</sup>. Nel primo caso si tratterebbe di una relazione di aiuto centrata sul prendersi cura (*caring*) nel secondo prevarrebbe la logica del trattamento e della cura (*curing*).

---

<sup>281</sup>D. SIMEONE, *La consulenza educativa. Dimensione pedagogica della relazione di aiuto*, Vita e Pensiero, Milano 2002, pp.88-89.

## CONCLUSIONE

In conclusione, si conferma la necessità di una problematizzazione del concetto di cura, a fronte delle facili generalizzazioni legate alla frequenza di utilizzo del termine, sottolineando in questo il ruolo fondamentale della teoria pedagogica, da sempre in relazione dialettica con la pratica educativa.

La teoria pedagogica, come sostiene Baldacci (2010), comunica con la pratica educativa attraverso la proposta di un modello che esercita la funzione di guida sulla prassi. Se da un lato il modello educativo stabilisce delle norme statiche e astratte, dall'altro è suscettibile di analisi in sede teorica e riflessiva<sup>282</sup>. Nel nostro caso il modello educativo che deriva dalla riflessione pedagogica degli ambiti indagati è quello della pratica di cura, che ha in sé, sì il principio esistenziale ed etico normativo, ma soprattutto una esplicazione pratica attraverso azioni riflessive, attraverso il gesto, e una finalità certa: il benessere individuale e collettivo.

I contributi filosofici, etici e medico-antropologici hanno reso evidente in più punti una corrispondenza di interpretazioni relative al concetto di cura e sono stati fecondi per una sua rilettura in chiave pedagogica, che ha impegnato l'ultimo capitolo di questa tesi.

Parlare di cura in ambito pedagogico, secondo il criterio adoperato in questo lavoro, vuol dire considerarla inizialmente avulsa dalla sua più immediata traduzione nella pratica educativa. O meglio, per

---

<sup>282</sup>M. Baldacci, "Teoria, prassi e 'modello' in pedagogia", in *Education Sciences & Society*, Vol. 1, n°1, 2010.

poter parlare con più contezza di pratica di cura educativa si è scelto di andare a ricercare le origini di tale concetto.

Prendendo le mosse dalle origini, dal mito, fino a toccare la riflessione filosofica di stampo prettamente fenomenologico, attraverso il pensiero di Martin Heidegger, la cura è stata inquadrata nelle sue modalità positive e difettive offrendo spazi di riflessione critica utili a comprendere in che modo e in quali contesti si può parlare di “cura autentica”. La cura, come abbiamo più volte affermato, si presenta in questo caso come principio esistenziale ontologico, primario e consustanziale all'essere.

Attraverso il pensiero di Michel Foucault, la filosofia ha poi illuminato altri aspetti della pedagogia, in particolare le ragioni storiche e filosofiche della pratica della cura di sé, principio fondante ogni pratica di cura nei confronti dell'altro. Infine, il percorso filosofico ha confermato l'importanza della cura dell'altro e quindi la dimensione dell'empatia, affrontata in modo precipuo da Edith Stein: il processo di cura vede sempre impegnati due soggetti in relazione fra loro, facendo entrare in contatto dei vissuti estranei all'esperienza pregressa dei singoli individui.

In un secondo tempo, lo spazio di riflessione sull'etica della cura, ha evidenziato un mancato riconoscimento valoriale della cura in seno all'etica occidentale. I motivi di tale sottovalutazione della cura come principio etico sono da ricercare nella storica assegnazione di questa alla dimensione femminile e in particolare al ruolo della madre. Fu proprio il movimento femminista degli anni Ottanta a mettere in discussione l'arbitrarietà di questa assegnazione di ruoli, contestando l'automatismo dell'associazione cura-donna e aprendo così una feconda riflessione circa un concetto di cura che guardasse

all'umano in generale e non fosse relegato – come si era fatto fino a quel momento – alla dimensione femminile. In tal senso, la cura è intesa come esigenza morale e come punto di partenza per ripensare un'etica diversa, proponendo il passaggio da un'etica astratta e dogmatica a un'etica della cura, fondata sulle relazioni interpersonali e sulla cura.

Ma il carattere essenzialistico, i limiti e le resistenze dovute a storiche sedimentazioni culturali circa l'applicazione di un'etica tutta al femminile nei contesti umani, come abbiamo visto, ha portato l'etica della cura a vedere riconosciuti solo in parte i presupposti teorici che la fondano. Una delle critiche all'etica della cura, per esempio, è stata quella di non aver dato il giusto peso all'universo maschile, enfatizzando quello femminile e interpretandolo come unico riferimento dal quale partire per una nuova prospettiva morale. A tal proposito si è chiamata in causa la proposta di Joan Tronto di una declinazione della cura come processo relazionale e sensibile al cambiamento delle fasi che lo compongono, in base alla particolarità del contesto e dei soggetti della relazione di cura.

Questo contributo teorico ha permesso di parlare di un'etica della cura “culturalmente situata”. In quest'ottica, infatti, l'individuo è considerato nella sua unicità e allo stesso tempo nella sua pluralità, rappresentata dalle relazioni interpersonali e dai fattori sociali, culturali e individuali, capace di orientare sia le donne che gli uomini.

Con l'ultimo richiamo al campo della medicina e dell'antropologia medica, si è scelto infine di portare la riflessione da un orizzonte teorico generale a quello più particolare legato a uno dei possibili ambiti di studio richiamati invece dalla sfera pratica della cura. Come

abbiamo appurato, parlare di cura in questo contesto vuol dire collegarla direttamente a un campo prettamente scientifico e tecnicistico in cui il termine cura è spesso usato, e a volte “abusato”, per definire poi altri concetti attinenti alla stessa materia. Ciò non toglie che l'analisi delle diverse teorie prese in esame, soprattutto dell'infermieristica, porti come si è visto alla produzione di riflessioni pedagogiche che riconoscono alla cura, agita nei contesti medici, modalità affini a quelle della pratica educativa.

La cura, per concludere, è il principio esistenziale, etico e pedagogico per eccellenza e sta alla base di ogni pratica educativa. Essa si manifesta attraverso azioni intenzionali e consapevoli, che implicano l'attivazione di un processo all'interno di una relazione tra chi cura/educa e chi è curato/educato. La finalità primaria di ogni gesto di cura è l'offerta di senso verso l'individuo bisognoso di cura, vulnerabile e dipendente. La cura autentica infine non è solo cura dell'altro ma anche cura di sé: chi ha cura, nel rispetto della diversità di ogni individuo, innesca quella circolarità che rende labili i confini tra cura donata e cura ricevuta.

## Bibliografia di riferimento

- AA.VV., *Salute per tutti: da immigrati a cittadini – aprire spazi, costruire traiettorie*, Atti del XI Congresso Nazionale SIMM (maggio 2011, Palermo) Lombar Key, Bologna 2011.
- ABEL E. K., NELSON M. K. (a cura di), *Circle of Care: Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, 1990.
- AFFRONTI M., GERACI S., MARCECA M., RUSSO M. L. (A CURA DI ), *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi...costruire traiettorie*, Atti dell'XI convegno Nazionale SIMM – Palermo, 19-21 maggio 2011, Lombar key, Bologna, 2011.
- APEL K. O.(1992), *Etica della comunicazione*, Jaka Book, Milano 2003.
- ARENDT H. (1978), *La vita della mente*, Il Mulino, Bologna 2009.
- ARENDT H. (1958), *Vita activa*, Bompiani, Milano 2000.
- ALUFFI PENTINI A. (a cura di), *Martin Buber, Discorsi sull'educazione*, Armando Editore, Roma 2009.
- ANCORA A., SBARDELLA A. (a cura di), *L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici*, Franco Angeli, Milano 2011.
- ANCORA A., *La consulenza transculturale della famiglia. I confini della cura*, Franco Angeli, Milano 2002.
- ANTONACCI F., CAPPA F. (a cura di), *Riccardo Massa. Lezioni su la peste, il teatro, l'educazione*, Franco Angeli, Milano 2012.
- AMBROSINI M., *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna 2005.
- BAIER A. "The need for More than Justice", in *Science, Morality & Feminist Theory*, University of Calgary Press, Calgary, Canada 1987, pp.41-56.

- BARALDI C., *Comunicazione interculturale e diversità*, Carocci, Roma 2003.
- BARIZZA A., *Un'interpretazione fenomenologica di Agostino*, in *Annali di Studi religiosi*, n. 4, Edizioni Dehoniane, Bologna 2003, In <http://books.fbk.eu/sites/books.fbk.eu/files/Barizza.pdf> (Data ultima consultazione 27/10/2015).
- BATTISTINA C., “Che cos'è il lavoro emozionale”, intervento al Seminario Pari opportunità per il lavoro di cura, organizzato dal Coordinamento europeo delle donne (CED) e dal Coordinamento donne della funzione pubblica C.G.I. L., Torino, 20-21 Febbraio 1992. <http://www.thrivingandhome.com/emozionale.htm> (Data ultima consultazione 25/3/2016).
- BAUBET T., MORO M. R., *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koinè, Roma 2010.
- BELLINGRERI A., *La cura dell'anima. Profili per una pedagogia del sé*, Vita & Pensiero, Milano 2010.
- BENEDUCE R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità tra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007.
- BEN JELLOUN T., *L'estrema solitudine*, Bompiani, Milano 1999.
- BENNER P., *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, (a cura di) CALAMANDREI C., RASERO L., McGraw/Hill, Milano 2003.
- BERT G., *Medicina narrativa: storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico Editore, Milano 2000.
- BERT G., *Parole dei medici. Parole dei pazienti: counselling e medicina narrativa*, Il Pensiero Scientifico Editore, Milano 2000.
- BERTAGNA G., *Dall'educazione alla pedagogia. Avvio al lessico pedagogico*, La Scuola, Brescia 2010.

- BOFFO V. (a cura di), *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, Clueb, Bologna 2006.
- BOFFO V., "Cura di sé e formazione degli educatori", in ULIVIERI S., OREFICE P., CAMBI F. , *Cultura e professionalità educative nella società complessa: l'esperienza scientifico-didattica della Facoltà di Scienze della Formazione di Firenze*. (Atti del convegno, 15/17 maggio 2008), Firenze University Press, Firenze 2010.
- BONIFAZI C., *L'immigrazione straniera in Italia*, Il Mulino, Bologna 2007.
- BOWDEN P., *Caring. Gender-Sensitive Ethics*, Routledge, Londra 1997.
- BÖHM W., *Storia della pedagogia. Da Platone ai nostri giorni*, Armando, Roma 2007.
- BROTTO S., *L'etica della cura. Una introduzione*, Orthotes Editrice, Napoli 2013.
- BRUNER J., *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- BRUNI L., *La ferita dell'altro. Economia e relazioni umane*, Il Margine, Trento 2007.
- BUBECK D. E., "Justice and the Labor of Care", in KITTAY E. F. ed FEDER E. K. (a cura di), *The subject of Care. Feminist Perspectives on Dependency*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham 2002.
- CAMBI F., *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Carocci, Roma 2001.
- CAMBI F., "La cura in pedagogia: note critiche", in *Curricolo verticale e nuova professionalità docente nella scuola primari e secondaria*, Corso di Perfezionamento 2008-2009, Università di Firenze. (pdf online) data ultima consultazione 15/01/15.
- CAMBI F., *Manuale di storia della pedagogia*, Editori Laterza, Roma-

Bari 2010.

CAMPANI G., *Genere, etnia e classe – migrazioni al femminile tra esclusione e identità*, ETS, Pisa 2000.

CAPUTO F., *Etica e pedagogia. Linee di teorizzazione etica e pedagogica dal Novecento ad oggi*, Vol. 3, Luigi Pellegrini Editore, Cosenza 2005.

CARSE A. L., “Vulnerability, agency, and human flourishing”, in TAYLOR C., DELL'ORO R. (a cura di), *Health and Human Flourishing*, Georgetown University Press, Washington DC 2006.

CASTIGLIONI I., *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento*, Franco Angeli, Milano 2001.

CASTIGLIONI M., INGHILLERI P., *Capire e curare gli adolescenti. Nuove forme di clinica transculturale*, Guerini e Associati, Milano 2013.

CATTANEO M. L., DAL VERME S., *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Unicopli, Milano 2005.

CATTANEO M. L., DAL VERME S., *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, Franco Angeli, Milano 2009.

CAVARERO A. , “Il pensiero femminista. Un approccio teoretico”, in F. RESTAINO, A. CAVARERO, *Filosofie femministe*, Paravia, Torino 1999, p. 111-164.

CIMA R., *Incontri possibili. Mediazione culturale per una pedagogia sociale*, Carocci, Roma 2009.

CIPOLLETTA S., “La relazione di cura: perché è importante “esserci”, in *Riflessioni sistemiche*, Rivista scientifico-culturale a periodicità semestrale dell'AIEMS, N. 8, Luglio 2013, pp. 101-110.

COLAZZO S., “Relazione, riconoscimento empatia: una prospettiva pedagogico-sistemica”, in *Riflessioni sistemiche*, Rivista scientifico-

culturale a periodicità semestrale dell'AIEMS, N. 8, Luglio 2013, pp. 79-86.

COLOMBO G., COCEVER E., BIANCHI L., *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci, Roma 2004.

COPPO P., *Etnopsichiatria*, Il Saggiatore, Milano 1996.

COPPO P., *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati e Boringhieri, Torino 2003.

COSENTINO A., “La cura della filosofia”, in *Riflessioni sistemiche*, Rivista scientifico-culturale a periodicità semestrale dell'AIEMS, N. 7, Dicembre 2010, pp, 5-16.

CRISPIANI P., *Pedagogia clinica. La pedagogia sul campo, tra scienza e professione*, Edizioni Junior, Roma 2001.

DAL LAGO A., *Non persone, l'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano 2009.

DE BEAUVOIR S., *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano 1984.

DE GUIDI S., GAINO A. (a cura di), *Prendersi cura. Di sé, degli altri, di Dio*, Il Segno de Gabrielli editori, S. Pietro in Cariano (Vr) 2004.

DEL CARLO I., “Il nursing transculturale”, in F. LO SASSO, S. ARDIS (a cura di), *La promozione della salute e le disuguaglianze*, Atti del Convegno SIPS, Basilicata (Mt) Ottobre 2014, p. 176.

DEMETRIO D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

DE MICCO V. (a cura di), *Le culture della salute – Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori Editore, Napoli 2002.

DEVEREUX G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma 2007.

DEWEY J., *Esperienza e educazione*, Raffaello Cortina, Milano 2014.

DONGHI P., PRETA L., *In principio era la cura*, Sagittari Laterza,

Roma-Bari 1995.

DOVIGO F., *Abitare la salute*, Franco Angeli, Milano 2004.

DOVIGO F., *Etnopedagogia. Viaggiare nella formazione*, Franco Angeli, Milano 2002.

DUSI P., *Riconoscere l'altro per averne cura. Linee di pedagogia familiare nella società multiculturale*, La Scuola, Brescia 2007.

DUSI P., *Flussi migratori e problematiche di vita sociale. Verso una pedagogia dell'intercultura*, Vita e Pensiero, Milano 2000.

EDELSTEIN C., *Il counselling sistemico pluralista*, Edizioni Erikson, Trento 2007.

EDELSTEIN C., "L'integrazione: un approccio dal basso", in *M@gm@*, Rivista Internazionale di Scienze Umane e Sociali, Vol. 2, n. 4, Giugno 2006.

EDELSTEIN C., "Counselling interculturale. Un modello di intervento pluralista", in *Connessioni*, vol. 19, 2007, pp. 121-140.

FADDA R., *La cura, la forma, il rischio – percorsi di psichiatria e pedagogia critica*, Unicopli, Milano 2011.

FANON F., *I dannati della terra*, Einaudi, Torino 2000.

FANTINI B., "La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale", in P. DONGHI, L. PRETA (a cura di), *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, Bari 1995, p. 47.

FAVARO G., TOGNETTI-BORDOGNA M. (a cura di), *La salute degli immigrati*, Unicopli, Milano 1998.

FISCHER B. M., TRONTO J. C., *Toward a Feminist Theory of Care*, in E. K. ABEL E M. K. NELSON, (a cura di) *Circle of Care: Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, 1990, p. 40.

FRABBONI F., PINTO MINERVA F., *Manuale di pedagogia generale*,

- Editori Laterza, Roma-Bari 2001.
- FOUCAULT M., *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano 2016.
- FOUCAULT M., *La cura di sé – Storia della sessualità 3*, Feltrinelli, Milano 2010.
- FOUCAULT M., *Teconologie del sé*, (a cura di) L. M. Luther, H. Gutman e P. H. Hutton, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- FURNARI GENSABELLA M. (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ) 2005.
- FURNARI GENSABELLA M., *Vulnerabilità e cura. Bioetica ed esperienza del limite*, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ) 2008.
- GADAMER H. G., *Educare è educarsi*, Il Melangolo, Genova 2014.
- GALIMBERTI U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 2006.
- GALLETTI C. et al., “Lo Human Caring attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri”, in *L'infermiere* n° 5, IPAVSI, 2014.
- GOUSSOT A., “L'approccio transculturale in educazione”, in *Educazione Democratica*, Rivista di pedagogia politica [online] data ultima consultazione 13/11/ 2013.
- GERACI S. (a cura di), *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, Caritas Diocesana di Roma, 1996.
- GIARELLI G., VENNERI E., *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Franco Angeli, Milano 2009.
- GIARELLI G., GOOD BYRON G., DEL VECCHIO GOOD M. J., MARTINI M., RUOZI C., *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle*

- evidenze: l'integrazione possibile*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- GILLIGAN C. (1982), *In a different voice*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 2003.
- GILLIGAN C., *Reply to Critics*, in M. J. LARRABEE (a cura di), *An Ethic of Care. Feminist and Interdisciplinary Perspectives*, Routledge, New York 1993.
- GILLIGAN C., *La virtù della resistenza*, Moretti & Vitali, Bergamo 2014.
- GRINBERG L. & GRIMBERG R., *Psicanalisi della migrazione e dell'esilio*, Franco Angeli, Milano 1990.
- GOUSSOT A. J. M., *L'approccio transculturale di Georges Devereux*, Aracne, Roma 2009.
- HEIDEGGER M. (1927), *Essere e Tempo*, Mondadori, Milano 2015 .
- HEIDEGGER M., *Segnavia*, Adelphi, Milano 1987.
- HERBERT M. D., *Standing Up for Kids Case Advocacy for Children and Youth, Strategies and Techniques*, Alberta, Office of the Children's Advocate, 1989.
- INGROSSO M., “La cura come sistema multidimensionale”, in *Riflessioni sistemiche*, Rivista scientifico-culturale a periodicità semestrale dell'AIEMS, N. 7, Dicembre 2010, pp. 34-46.
- JAMES N., “Emotional Labour: skill and work in the social regulation of feelings”, in *The sociological Review*, 1989, p. 15.
- JONAS H. (1979), *Il principio di responsabilità*, Einaudi, Torino 1990.
- KITTAY E. F. ed FEDER E. K. (a cura di), *The subject of Care. Feminist Perspectives on Dependency*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham 2002.
- KITTAY F. E. (1999), *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita e Pensiero, Milano 2010.

- LARRABEE M. J. (a cura di), *An Ethic of Care. Feminist and Interdisciplinary Perspectives*, Routledge, New York 1993.
- LARSEN S., *L'immaginazione mitica*, Mondadori, Milano 1992.
- LEVINAS E., *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, Jaca book, Milano 2000.
- LEVINAS E., MARCEL G., RICCEUR P., *Il pensiero dell'altro*, Edizioni Lavoro, Roma 2010.
- LONGO G., MORRONE A., *Cultura, salute e immigrazione. Un'analisi interculturale*, Armando, Roma 1995.
- LOSI N., *Vite altrove. Migrazioni e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano 2000.
- LYONS N., "Two Perspectives: On Self, Relationships, and Morality", in *Mapping the Moral Domain: A Contribution of Women's Thinking to Psychology and Education*, a cura di J. V. WARD, J. M. TAYLOR E B. BARDIGE, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1989.
- MAYEROFF M., *On caring*, Harper Collins Publishers, New York 1990.
- MASERA G., POLI N., *Vicinanza e lontananza attraverso i gesti di cura*, Franco Angeli, Milano 2007.
- MARINI A., "L'esserci dell'altro in Essere e Tempo, l'alterità nell'analitica esistenziale di Martin Heidegger", in *Isonomia*, rivista online di filosofia dell'Università di Urbino "Carlo Bo", 2005.
- MASSA R., *Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*, UNICOPLI, Milano 1988.
- MASTROPASQUA I. (a cura di), *Nuove esperienze di giustizia minorile Unico 2014*, Gangemi editore, Roma 2015.
- MICHELIN SALOMON D., "A proposito di nursing transculturale", in *Educare è crescere insieme*, Bollettino Associazione Pedagogica

- Italiana,, n° 3-4, Messina luglio-dicembre 2011.
- MORDACCI R., *Una introduzione alle teorie morali: confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003.
- MORI L., VARCHETTA G. (a cura di), *Cura e formazione, le organizzazioni che curano*, Franco Angeli, Milano 2012.
- MOLLO G., *Le condizioni pedagogiche del prendersi cura*, in V. Boffo, *La cura in pedagogia: linee di lettura*, CLUEB, Bologna 2006.
- MORTARI L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006.
- MORTARI L., "La relazione di cura", in *Riflessioni sistemiche*, Rivista scientifico-culturale a periodicità semestrale dell'AIEMS, N. 7, Dicembre 2010, pp. 62-70.
- MORTARI L., *Aver cura della vita della mente*, Carocci, Roma 2013.
- MORTARI L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
- MORO M. R., *Bambini immigrati in cerca di aiuto – I consultori di psicoterapia transculturale*, Utet, Torino 2001.
- MORO M. R., *Genitori in esilio*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- MORO M.R., DE LA NOË Q., MOUCHENIK Y., BAUBET T., *Manuale di psichiatria transculturale, dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano 2009.
- NATHAN T., *Principi di etnopsicanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- NATHAN T., STENGERS I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- NODDINGS N., *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley 1984.
- NUSSBAUM M. C., *Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature*, Oxford University Press, New York 1990.
- NUSSBAUM M. C., *Giustizia e aiuto materiale*, Il Mulino, Bologna

2008.

NUSSBAUM M. C., *Nascondere l'umanità*, Carocci, Roma, 2007.

ORFEI C., PONZI M. G., PULEO R., “Della cura e dell'incuria nella relazione educativa”, in *Riflessioni sistemiche*, Rivista scientifico-culturale a periodicità semestrale dell'AIEMS, N. 7, Dicembre 2010, pp, 91-102.

PALMIERI C., *Un'esperienza di cui aver cura. Appunti pedagogici sul fare educazione*, Franco Angeli, Milano 2014.

PALMIERI C., PRADA G., *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*, Mimesis, Milano 2008.

PASINI N., PICOZZI M., *Salute e immigrazione: un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano 2005.

PAPA A., *L'identità esposta. La cura come questione filosofica*, Vita e Pensiero, Milano 2014.

PERKINS & ZIMMERMANN, “Empowerment Theory, Research, and Application”, in *American Journal of Community Psychology*, Research Library Core, Oct. 1995.

PLATONE, Alcibiade Primo, Alcibiade Secondo, Bur, Milano 2000.

POTESTIO A., TOGNI F., *Bisogno di cura, desiderio di educazione*, La Scuola, Brescia 2011.

PULCINI E., *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

PULCINI E., “Cura di sé, cura dell'altro”, in *Cura sui e autotrascendimento. La formazione di sé fra antico e postmoderno*, Thaumazein, Rivista di filosofia n. 1, 2013, p. 86.

QUARANTA I., RICCA M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.

RENDTORFF J. D. , KEMP P., “Basic Ethical Principles” in *European*

- Bioethics and Biolow* (1995-1998), Vol. I, *Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*, in Final Report to the European Commission of the BIOMED-II Project, Copenhagen 2000
- RESTAINO F., CAVARERO A., *Filosofie femministe*, Paravia, Torino 1999.
- RUDDICK S., *Il pensiero materno*, RED, Como 1993.
- SAYAD A., *L'immigrazione o i paradossi dell'alterità*, Ombre Corte, Verona 2008.
- SAYAD A., *La doppia assenza – dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- SANDER-STAUDT M., “Care Etichs”, in *Internet Encyclopedia of Philosophy* (<http://www.iep.utm.edu./care-eth/>)
- SCARRY E., *La sofferenza del corpo*, Il Mulino, Bologna 1990.
- SFORZA TARABOCHIA A., “La questione della cura fra psicanalisi e consulenza filosofica”, in *Esercizi Filosofici*, n° 4, Università degli Studi di Trieste 2009 2009, p. 86.
- SIMEONE D., *La consulenza educativa. Dimensione pedagogica della relazione di aiuto*, Vita e Pensiero, Milano 2002.
- STACK C. B., “Different Voices, Different Visions: Gender, Culture and Moral Reasoning”, in *Uncertain Terms: Negotiating Gender in American Curlure*, (a cura di) F. D. GINSBURG E A. L. TSING, Beacon Press, Boston 1990.
- STEIN E., *Essere finito e essere eterno*, Città Nuova, Roma 1999.
- STEIN E. (1985), *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2012.
- STIEVANO A., “L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale”, in *Infermiere Oggi*, n. 3, Roma 2004.
- TAYLOR C., DELL'ORO R. (a cura di), *Health and Human Fluorishing*,

- Georgetown University Press, Washington DC 2006.
- M. TORALDO DI FRANCIA, F. CERUTTI (a cura di), "Filosofia politica. Un'introduzione", dispense del corso propedeutico del gruppo di filosofia politica, Università di Firenze, Marzo 2005.
- TRONTO J., *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Parma 2013.
- ULIVIERI S., OREFICE P., CAMBI F., *Cultura e professionalità educative nella società complessa: l'esperienza scientifico-didattica della Facoltà di Scienze della Formazione di Firenze*. (Atti del convegno, 15/17 maggio 2008), Firenze University Press, Firenze 2010.
- XODO C., *Capitani di se stessi. L'educazione come costruzione di identità personali*, Brescia, La Scuola, 2003.
- XODO C., *Bio-Pedagogia: Quality of life*, Pensa MultiMedia, Lecce 2008.
- WALLNÖFER G., *Pedagogia interculturale*, Paravia Bruno Mondadori Editore, Milano 2000.
- WATSON J., *Nursing: the Philosophy and Science of Caring*, University Press of Colorado, Boulder 2008.
- WEIL S., *Attesa di Dio*, Adelphi, Milano 2008.
- VANLAERE L., GASTMANS C., *L'etica della cura: un approccio personalista*, in C. VIAFORA, E. FURLAN, *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 111.
- VIAFORA C., ZANOTTI R., FURLAN E. (a cura di), *L'etica della cura: tra sentimenti e ragioni*, Franco Angeli, Milano 2007.