

ELENA PULCINI
(Università di Firenze)

La cura è un dono?¹

in G. Vaughan, *Le radici materne dell'economia del dono*, VandA.epublishing, Milano 2017

Abstract

La cura è ciò che donano le donne? Si può rispondere positivamente a questo interrogativo a due condizioni: che la cura venga riabilitata e liberata dalla retorica dell'altruismo e che le donne siano capaci di emanciparsi dalla loro tradizionale condizione di *soggette alla cura* per riconoscersi sovranamente come *soggetti di cura*.

Se ci ponessimo la domanda su chi sono i soggetti di cura, penso che non avremmo esitazioni: le donne. L'identificazione tra la cura e le donne è talmente radicata nel nostro immaginario da affiorare automaticamente alla coscienza, malgrado le radicali trasformazioni che hanno investito il soggetto femminile negli ultimi decenni. Ma il fatto è che questa identificazione produce un effetto *ambivalente*. Da un lato, essa evoca quell'immagine tradizionale, tutta materna e oblativa delle donne, che le ha confinate alla funzione sussidiaria di sollecite custodi dei bisogni e delle aspettative dell'altro, relegate nella sfera privata ed escluse dalla sfera pubblica. Dall'altro, viene assunta come una preziosa eredità che bisogna valorizzare per recuperare aspetti rimossi dal pensiero occidentale, restituire dignità alla "differenza" delle donne, pensare una diversa forma di soggettività.

Questa ambivalenza ci impone in primo luogo di interrogarci più a fondo sulla nozione stessa di cura, di chiederci in altri termini: di cosa parliamo quando parliamo di cura?

A onor del vero, il tema è presente in diversi momenti del pensiero occidentale, antico e moderno: dalle riflessioni di Virgilio e Seneca, nelle quali emerge il doppio volto della cura come condizione onerosa ed ansiogena e come sollecita attenzione, alla tradizione della cura delle anime di socratica origine; da Kierkegaard, che vi vede ciò che si può opporre all'eccessiva astrattezza della filosofia, ad Heidegger, il quale ne fa la struttura fondamentale del *Dasein* e propone un'ontologia della cura come ciò rende conto dell'unità e dell'autenticità del Sé, sottolineandone allo stesso tempo il duplice versante di *preoccupazione* e *sollecitudine*; fino ad Hans Jonas, il quale individua nella cura il fondamento di un'etica della responsabilità che sia all'altezza delle trasformazioni prodotte dalla

¹ Questo saggio è in parte la rielaborazione di un mio articolo pubblicato originariamente in francese col titolo *Donner le care*, in «Revue du MAUSS», 39 (2012), pp. 49-66. Per una trattazione più ampia di alcuni dei temi qui trattati, rinvio al mio *La cura del mondo. Paura e responsabilità in età globale*, Torino 2009.

civiltà della tecnica. C'è persino un mito originario della cura, poco noto in effetti, in cui essa appare come ciò che conserva e tiene insieme l'umano².

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

Il pensiero femminista contemporaneo ha mostrato efficacemente, a partire dal testo pionieristico di Carol Gilligan *In a different voice*³, come si tratti di una dimensione svalutata dal pensiero occidentale e moderno, decisamente più attento, nella sua parabola *mainstream*, ad altre tematiche, come la libertà e i diritti, l'uguaglianza e la giustizia. Basti evocare, per quanto riguarda la modernità, il caso emblematico di Rousseau, il quale propone una inedita valorizzazione dell'universo della cura, ma allo stesso tempo ne sancisce una funzione riduttiva, confinata appunto al privato e alle donne⁴. Rousseau fonda sulla differenza dei sessi l'opposizione tra una sfera pubblica di competenza del maschile e una sfera privata governata dal femminile, e conferisce alla donna uno statuto di soggetto che fino ad allora le era di fatto stato precluso. Ma lo fa sancendo la sua esclusione dalle vicende del mondo e dall'agire razionale, e la sua identificazione con quell'immagine materna, tutta dedicata alla sfera intima e alle relazioni familiari, che sarà destinata a diventare un vero e proprio pilastro della modernità. Il privato assume indubbiamente una nuova legittimità, come ha ben sottolineato Hannah Arendt⁵, ma al prezzo di una netta separazione e gerarchia tra le due sfere dell'agire. E la donna diventa, realizzando la propria, presunta vocazione naturale, il soggetto di cura *per eccellenza*, che agisce nella sfera intima attraverso un sapiente e materno governo dei sentimenti e la dedizione all'altro, chiamata a riprodurre le energie fisiche e psichiche affinché questi possa svolgere al meglio la sua funzione di *citoyen*, destinato ad agire nella sfera pubblica.

Emerge dunque, con Rousseau, un'opposizione che costella l'intero percorso della modernità. C'è da un lato, il soggetto autonomo e razionale (maschile) che agisce nella società e nel mondo, dall'altro un soggetto dipendente (femminile) che è confinato al privato e si definisce essenzialmente attraverso la relazione con l'altro: legati tra loro da una presunta complementarità che tuttavia assegna al secondo solo una funzione riproduttiva e sussidiaria. La cura, intesa come sintesi di altruismo, dipendenza, affettività, diventa la dimensione necessaria nella quale il soggetto moderno, sovrano e patriarcale, che

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

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

⁴ J.J. Rousseau, *Emile* (1762); trad. it. *Emilio*, Armando, Roma 1981; J.J. Rousseau, *Julie ou La Nouvelle Héloïse* (1761), *Giulia o la Nuova Eloisa*, Rizzoli, Milano 1992

⁵ H. ARENDT, *The Human Condition*, Chicago 1958; tr.it. *Vita activa*, Milano 1989.

si costruisce attraverso il mito dell'autosufficienza e della libertà da ogni forma di dipendenza, può soddisfare il proprio bisogno di felicità, in nome del nuovo imperativo del *bonheur*.

E' necessario allora riabilitare la cura, emanciparla dalla sua tradizionale immagine svalutativa⁶. E questo richiede in primo luogo una duplice operazione critica: da un lato rimettere in discussione la figura del soggetto sovrano (dal soggetto cartesiano all'*homo oeconomicus* della tradizione liberale), cioè svelare l'unilateralità di quello che è stato definito un "disengaged self"⁷, un Sé svincolato appunto da relazioni e contesti, come è quello maschile-patriarcale; dall'altro, restituire dignità alle nozioni di *dipendenza* e di *relazione*, liberandole dagli aspetti oblativi e sacrificali, da sempre associati al femminile. Riabilitare la cura vuol dire in altri termini pensare un soggetto che possa coniugare in sé autonomia e dipendenza, libertà e relazionalità, consentendo di superare la visione dicotomica tra la *priorità dell'Io* e la *priorità dell'altro*.

Malgrado qualche ambiguità su cui tornerò fra breve, mi pare questo il presupposto della riflessione di Gilligan e della sua proposta di un'etica della cura. L'autrice si serve, come è noto, di una serie di indagini empiriche condotte su campioni rappresentativi dei due sessi, cui vengono poste domande relative a determinati dilemmi morali⁸: e osserva che la risposta dei soggetti maschili è dettata da criteri di autonomia, rispetto ed equità, mentre quella dei soggetti femminili rivela preoccupazioni relative ai rapporti e agli «attaccamenti» tra le persone. Quello che, però, per la psicologia dello sviluppo (Kohlberg) testimonierebbe di un *deficit* morale delle donne, incapaci di raggiungere lo stadio superiore di una morale universale postconvenzionale, diventa per Gilligan la conferma di una voce morale differente, appunto, ma a sua volta fortemente significativa, che conferisce priorità alla tutela delle relazioni e degli affetti. Si tratta dunque non di una carenza, ma di una risorsa, che ha fin qui subito un processo di svalutazione, parallelo al processo di svalutazione e di marginalizzazione delle donne. L'obiettivo di Gilligan è, in sintesi, quello di porre l'accento su un orientamento morale «differente» da quello che viene assunto a modello dalle teorie *mainstream* della psicologia dello sviluppo (Piaget, Kohlberg), per sottrarlo al processo di svalutazione di cui è stato finora fatto oggetto e mostrarne l'intrinseca e autonoma dignità. A partire da queste premesse, l'autrice elabora, come ben sappiamo, uno schema binario dell'orientamento morale attribuendo agli uomini una *morale dei diritti e della giustizia*, fondata su principi astratti e formali di equità, e alle donne un'*etica della cura e della*

⁶ In questa prospettiva, per una interessante riflessione sulle "qualità essenziali" della cura, cfr. L.Mortari, *Filosofia della cura*, Cortina, Milano 2015

⁷ Cfr. CH. TAYLOR, *Sources of the Self*, Cambridge Mass. 1989; tr. it. *Radici dell'Io*, Milano 1993.

⁸ Gilligan rileva la differenza dell'orientamento morale dei due sessi attraverso le risposte date da due bambini (Amy e Jake) di fronte al "dilemma di Heinz" (che deve decidere, di fronte alla grave malattia della moglie, se deve o no rubare il farmaco che non è in grado di comperare). Dal confronto tra le due risposte (Jake: Heinz deve rubare la medicina; Amy: Heinz fare il possibile per salvare la moglie ma senza rubare) emerge come il primo tenda a risolvere il conflitto morale secondo i criteri propri di un'etica dei diritti e della giustizia basata su principi universali, mentre la seconda, preoccupata soprattutto di preservare la rete di rapporti e legami tra le persone coinvolte, lo risolve secondo i criteri propri di un'etica della responsabilità e della cura (*ivi*, pp. 33 ss.).

responsabilità, fondata su criteri concreti e contestuali di interdipendenza e di relazionalità.

Ora, la prima cosa da precisare è che, malgrado alcuni fraintendimenti, non si tratta di uno schema dicotomico. Gilligan auspica infatti la complementarità tra due prospettive morali che rispondono a due visioni del Sé diverse, ma parimenti legittime e necessarie: l'una in quanto pone l'accento sulla separazione e sull'autonomia, l'altra in quanto valorizza l'attaccamento e la connessione. Evocando rispettivamente le immagini metaforiche della «gerarchia» e della «rete»⁹, essa ribadisce più volte non solo la legittimità di entrambe, ma la necessità, innanzitutto sul piano psicologico, di una reciproca integrazione da parte dei due sessi, denunciando le carenze intrinseche ad ogni visione unilaterale dello sviluppo morale¹⁰.

L'aspetto discutibile della sua riflessione potrebbe semmai risiedere nella riproposizione del nesso immediato tra la cura e le donne, in quanto contiene il rischio di scivolare nell'essenzialismo; il pericolo, cioè, di ricadere in una sorta di naturalismo "rousseauiano" che finirebbe di fatto, malgrado le ben diverse intenzioni, per legittimare quell'immagine tradizionale delle donne che le ha a lungo confinate ad un ruolo subalterno. Questa possibile obiezione è da prendersi sul serio in quanto segnala una sfida, interna all'etica della cura, che è quella di una assolutizzazione della differenza femminile e soprattutto, come avviene nel *mathernal thinking* che a Gilligan si ispira, di una sua esclusiva declinazione nei termini del materno¹¹; la quale rischierebbe di riconsegnare le donne a quella presunta vocazione all'altruismo e alla dedizione che è sempre stata loro attribuita in virtù appunto della loro funzione materna. Un rischio che però mi pare scongiurato dall'evidente preoccupazione della nostra autrice di liberare il concetto di cura da ogni dimensione sacrificale e oblativa, introducendo appunto il momento della scelta autonoma e consapevole. L'orientamento morale delle donne, in altri termini, sembra scaturire da un percorso evolutivo attraverso il quale l'idea di cura, in una prima fase tutta interna all'idea convenzionale di accudimento e di altruistica dedizione, viene integrata dalla consapevolezza «egoistica» della responsabilità verso se stesse, dalla necessità dell'obbligo morale anche verso se stesse¹²; cosicché «la cura responsabile diventa il principio autonomamente scelto su cui basare il giudizio [...]»¹³. Insomma, la *cura dell'altro* è, per così dire, indissociabile dalla *cura di sé*, nella

⁹ «Le immagini della gerarchia e della rete informano dunque due diverse modalità di autoaffermazione e di risposta: il desiderio di essere solo al vertice della scala e la conseguente paura che gli altri si facciano troppo appresso; e il desiderio di trovarsi al centro della rete e la conseguente paura di essere respinte troppo ai margini. Queste opposte paure, di smarrirsi e di essere raggiunti, producono due diverse rappresentazioni del successo e dell'affiliazione, che portano a due diverse modalità di azione e a due diversi modi di valutare le conseguenze» (GILLIGAN, *Con voce di donna*, cit., p. 69).

¹⁰ «[...] lo sviluppo dovrebbe, per entrambi i sessi, comportare l'integrazione tra diritti e responsabilità, attuata attraverso il riconoscimento della complementarità di queste due visioni morali così divergenti» (*ivi*, p. 104).

¹¹ Cfr. N. NODDINGS, *Caring: A feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley 1984; S. RUDDICK, *Mathernal Thinking: Toward a Politics of Peace*, Boston 1989.

¹² GILLIGAN, *Con voce di donna*, cit., mostra questo esito sia nell'indagine relativa al "dilemma di Heinz", pp. 59 ss., sia nelle interviste relative al dilemma dell'aborto, cfr. in particolare pp. 80-81.

¹³ *Ivi*, 80; cfr. anche pp. 136 ss.

prospettiva, potremmo dire, di un superamento dell'opposizione egoismo/altruismo.

Se c'è un limite nella proposta di Gilligan, esso consiste piuttosto, a mio avviso, nel considerare la cura come fondamento di un'attitudine e di un'etica *esclusivamente* femminili, partendo dal dato di fatto delle motivazioni delle donne alla relazione, alla connessione, agli affetti. Questo potrebbe infatti precludere la possibilità di universalizzare la cura, di estenderla anche all'altro sesso, di farne una prospettiva capace di uscire dal privato.

Bisogna allora interrogarsi più a fondo –ed è questo l'aspetto che più mi preme suggerire- sulle *motivazioni* alla cura, che non possono essere limitate alla tendenza psicologica delle donne alla relazione. In altri termini, se la cura indica e rivela una tendenza alla connessione e alla relazione, in che cosa trova origine questa tendenza? Quali sono le motivazioni che possiamo riconoscere alla base del bisogno di cura e che possiamo considerare universalizzabili, cioè tali da costituire il fondamento di un nuovo paradigma di soggetto? La prospettiva ontologica di matrice heideggeriana, che ho richiamato sopra, è indubbiamente una prima risposta: assumere la cura come fondamento dell'essere, come ciò che fonda l'unità e l'autenticità dell'essere umano significa affermare la relazionalità costitutiva dell'essere. C'è bisogno tuttavia di compiere un passo ulteriore rispetto alla prospettiva ontologica per calarsi in una dimensione antropologica ed etica, e chiedersi: che cosa spinge il soggetto a riconoscersi come soggetto in relazione?

La risposta sta, vorrei proporre, nella duplice dimensione della relazione di cura: questa implica infatti non solo l'attenzione del soggetto all'altro e la presa in carico dei suoi bisogni e della sua fragilità, ma anche il riconoscimento della *fragilità costitutiva del soggetto stesso*; del suo essere connotato da una condizione di mancanza e di dipendenza che lo espone a sua volta, costituivamente, al bisogno di cura. Il tema della fragilità e della *vulnerabilità del soggetto* è da qualche tempo al centro della riflessione contemporanea, da Paul Ricoeur a Martha Nussbaum a Judith Butler ¹⁴; riflessioni decisive di cui non è possibile qui dare pienamente conto. Ciò che le accomuna è l'idea che la parabola dell'individualismo moderno e del soggetto sovrano ha finito per oscurare, o meglio, per rimuovere quella condizione ontologica di vulnerabilità che, una volta riconosciuta, può spingere il soggetto a riconoscere la propria insufficienza e la propria dipendenza dall'altro, il suo essere ineludibilmente vincolato ad altri, ad altre vite e ad altri destini. E' dunque necessario, per usare il lessico di Lévinas, un "risveglio" del soggetto¹⁵; e questo- mi preme aggiungere- non può che avvenire attraverso la reintegrazione della dimensione rimossa come ciò che prelude alla consapevolezza etica della propria fragilità.

¹⁴ P. RICOEUR, *Le sfide e le speranze del nostro comune futuro*, in RICOEUR, *Persona, comunità e istituzioni*, a cura di A. Danese, Fiesole (Firenze) 1994; M. NUSSBAUM, *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions*, Cambridge 2001; tr. it. *L'intelligenza delle emozioni*, Bologna 2004; J. BUTLER, *Giving an account of oneself*, New York 2005; tr. it. *Critica della violenza etica*, Milano 2006.

¹⁵ LEVINAS, *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, cit.

Come ho già scritto altrove¹⁶, credo che su questo punto-chiave si possa fondare un'idea di cura ben diversa da quella tradizionale: che da un lato consenta di superare l'unilateralità del paradigma *individualistico* e, dall'altro, possa opporsi ad una prospettiva puramente *altruistica*. Questa seconda prospettiva era stata peraltro assunta, per fare un esempio decisamente significativo, da Hans Jonas quando nella seconda metà del '900 proponeva la sua teoria di un'etica della responsabilità¹⁷: fondata sul modello parentale e materno della cura e sull'archetipo della relazione con il neonato. Ma ciò vuol dire, appunto, presupporre un soggetto altruistico, il quale trova fondamento in ormai obsolete premesse metafisiche e doveristiche; lasciando ancora una volta irrisolto il problema della motivazione alla cura.

E' importante allora, come ho già suggerito, uscire dalla contrapposizione egoismo/altruismo. E ciò vuol dire che non bisogna presupporre né un soggetto sovrano ed autosufficiente rispetto al quale l'altro gioca un ruolo solo secondario (e strumentale), né un Io altruistico e oblativo che pone l'altro al primo posto e risponde doveristicamente alla coerenza del suo appello, come sostiene Jonas; per pensare invece un soggetto *in relazione*¹⁸, in quanto *vulnerabile*. Nella vulnerabilità stessa del soggetto risiede, in altri termini, ciò che lo *motiva* a prendersi cura dell'altro¹⁹.

Questo tuttavia non è ancora sufficiente: è infatti necessario insistere, a mio avviso, sulla necessità, da parte dell'Io, di *riconoscere* la propria dipendenza. E ciò richiede di pensare una *diversa relazione emotiva con l'altro*. Il soggetto vulnerabile è quello che è capace di cura in quanto si riconosce a sua volta come bisognoso di cura ed è spinto da quella che ho proposto di chiamare una *passione per l'altro*²⁰: vale a dire da una relazione con l'altro che non è né puramente strumentale (come nel modello individualistico) né sacrificale (come nel modello altruistico), in quanto riconosce l'altro come realtà costitutiva dell'Io e ne fa l'oggetto delle proprie passioni. Le passioni infatti, come ci ricorda Martha Nussbaum, sono la testimonianza della nostra fondamentale incompletezza; esse «implicano giudizi su cose importanti, giudizi nei quali, nel considerare un oggetto esterno importante per il nostro benessere, riconosciamo il nostro 'essere bisognosi' (*neediness*) e la nostra incompletezza riguardo a cose del mondo che non controlliamo pienamente»²¹. Allo stesso tempo, mi preme aggiungere, le passioni possiedono quella che vorrei definire una *potenza individualizzante*, la quale spinge il Sé a riconoscere

¹⁶ Cfr. PULCINI, *La cura del mondo* cit., Parte terza.

¹⁷ H. JONAS, *Das Prinzip Verantwortung*, Frankfurt am Main 1979; tr.it. *Il principio responsabilità*, Torino 1990.

¹⁸ Per un più ampio sviluppo di questo concetto, che condivido con una parte delle riflessioni femminista contemporanea, da A. CAVARERO (*Tu che mi guardi, tu che mi racconti*, Milano 2001) alle teoriche della cura, cfr. per es., oltre a *La cura del mondo*, cit., *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, Torino 2003),

¹⁹ Nell'ambito del pensiero femminista, Eva Kittay ha particolarmente insistito su questo aspetto, proponendo appunto di fondare la cura su un'ontologia della dipendenza che tende ad affrancarla, tra l'altro, da ogni riduzionismo assistenzialistico e da ogni pericolo di gerarchia tra chi dà e chi riceve cura: E.KITTAY, *Love's Labor. Essays on Women, Equality and dependency*, New York 1999; tr. it. *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Milano 2010.

²⁰ PULCINI, *Il potere di unire. Femminile, desiderio, cura*, cit.

²¹ NUSSBAUM, *L'intelligenza delle emozioni* cit., p. 37.

i propri bisogni più profondi e i propri desideri più autentici.

Ciò consente di affrancare l'idea di dipendenza e di vulnerabilità da quel carattere penalizzante e sacrificale che ha costellato il destino e l'identità delle donne, per diventare fondamenti di un soggetto in relazione, capace *di dare e di ricevere* attenzione ed empatia, in quanto disposto a mettersi in gioco, a lasciarsi alterare e contaminare dall'altro da sé. Il riconoscimento della dipendenza non vuol dire cioè soggezione e passività, ma solo destituzione del soggetto dalla sua posizione sovrana²².

Insomma, a partire dalla valorizzazione *in positivo* del fondamento *negativo* della vulnerabilità quale presupposto per pensare un nuovo paradigma di soggetto, è possibile parlare di *universalità della cura*; e ciò le consente di rompere, come dice Joan Tronto, quei “confini morali”, nei quali è stata fin qui relegata: “La cura è per la sua stessa natura una sfida all'idea che gli individui siano interamente autonomi e autosufficienti. Trovarsi nella situazione di avere bisogno di cura significa essere in una posizione di vulnerabilità”²³. È infatti soprattutto su questo punto, vale a dire sul rischio di «confinamento» della cura alla sfera privata, che pone l'accento quella parte della critica più fortemente interessata a svincolare l'etica della cura dall'identificazione esclusiva con una «moralità femminile». È necessario – dice Tronto – abbattere i «confini morali» che hanno comportato, insieme all'esclusione delle donne, la marginalizzazione della cura, per poterne rivendicare la funzione socialmente ed eticamente rilevante²⁴. Bisogna soprattutto infrangere il confine tra pubblico e privato, sottraendo la cura a quella dimensione ristretta e limitata che la associa da sempre a funzioni sussidiarie e pubblicamente irrilevanti, per estenderla al più ampio territorio della socialità e della sfera pubblica²⁵.

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

²² Per dirla in termini arendtiani, recentemente ripresi da Jean Luc Nancy, perdita della *sovranità* non vuol dire perdita della *singularità* (J.L. NANCY, *Etre singulier pluriel*, Paris 1996; tr. it. *Essere singolare plurale*, Torino 2001: il soggetto di cura è colui che è capace di riconoscere l'unicità e la concreta incarnazione sia del Sé che dell'altro, diventando potenzialmente capace di tener conto della singola e irripetibile storia di vita di ognuno e della situazione contestuale nella quale ognuno di noi si trova ad agire).

²³ J. TRONTO, *Moral Boundaries*, Cambridge Mass-London 1982; tr. it. *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Reggio Emilia 2006, p. 134.

²⁴ *Ivi*.

²⁵ «La cura è inoltre svalutata concettualmente attraverso una connessione con la dimensione privata, l'emozione e la condizione di bisogno. Poiché la nostra società tratta il successo pubblico, la razionalità e l'autonomia come qualità dotate di valore, la cura è svalutata nella misura in cui incarna i loro opposti» (*ivi*, p. 132).

a chi riceve cura la dignità di soggetti. Ma non solo. Come ho suggerito altrove²⁶, superare i confini tradizionali della cura richiede oggi la sua estensione alla dimensione *globale*, tema che si affaccia, sia pure ancora timidamente, in alcuni contributi più recenti delle teorie della cura²⁷. I processi di globalizzazione, mi limito qui solo ad accennare, hanno prodotto mutamenti significativi nella figura dell'altro, rendendo significativa la figura dell'altro "distante" (distante nello spazio, cioè colui che vive in territori lontani e chiede la nostra solidarietà, o distante nel tempo, cioè le "generazioni future" dalle quali proviene un mutuo appello alla presa in carico del loro futuro).

2.

Un secondo aspetto dirompente e radicale sta nel fatto che la cura non è solo un principio morale, una disposizione o una convinzione, ma è anche, e soprattutto, una *pratica*: "[essa] non è semplicemente una preoccupazione mentale o un tratto del carattere -dice Tronto- ma la preoccupazione di esseri umani viventi e attivi, impegnati nei processi della vita quotidiana. La cura è sia una pratica sia una disposizione"²⁸.

Bisogna allora recuperare quel doppio significato etimologico di *preoccupazione* e *sollecitudine*, in virtù del quale la cura, intesa come *Sorge* o come *concern*, si arricchisce di una dimensione squisitamente *pratica*. La cura in altri termini non è solo un principio morale (ciò che vale invece, sia detto solo per inciso, per il principio responsabilità) ma è anche, appunto "lavoro", *impegno capillare e concreto* che implica, oltre al coinvolgimento emotivo dei soggetti, la capacità di mettersi in gioco nella molteplicità delle situazioni in cui essi si trovano ad agire; e la volontà di ottenere risultati. Vorrei richiamare, su questo punto, una delle più interessanti definizioni della cura, nella quale si sottolinea appunto l'indisgiungibilità dei tre momenti della cognizione, dell'emotività e dell'azione: "La cura è quel qualcosa tra cognizione e passione che è seguita da un fare, si conclude nell'azione. Curarsi di qualcosa significa starci attenti, preoccuparsene, ma nello stesso tempo essere pronti a fare, passare all'azione. È quel nodo essenziale che come sostenevano Aristotele e Descartes, lega la cognizione e la passione alle azioni"²⁹. La cura presenta dunque, per così dire, un valore aggiunto rispetto allo stesso principio di responsabilità, su cui, come accennavo sopra, Hans Jonas ha fondato la sua interessante proposta per un'etica del futuro³⁰. Essa implica immediatamente un passaggio all'azione e alla prassi

²⁶ Pulcini, *La cura del mondo*, cit.

²⁷ V. HELD, *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*, Oxford 2006.

²⁸ TRONTO, *Confini morali* cit., p.132. Su questi temi cfr. anche L. MORTARI, *La pratica dell'aver cura*, Milano 2006.

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

³⁰ JONAS, *Il principio responsabilità* cit.

che scongiura il rischio di arrestarsi all'astrattezza di un puro principio morale, agendo per così dire come applicazione pratica e attiva dell'etica della responsabilità³¹.

Le distinzioni terminologiche proposte da Joan Tronto sono in questo senso molto efficaci. L'autrice si preoccupa infatti di scandire le diverse fasi della cura, ponendo l'accento non solo sul momento della necessità di rispondere al bisogno dell'altro (*caring about – interessarsi a*) e sull'assunzione di responsabilità (*taking care of – prendersi cura di*), ma anche sul momento attivo e operativo del «prestare cura» (*care-giving*), che richiede appunto di entrare concretamente in contatto con i destinatari e di intervenire attivamente nelle situazioni che di volta in volta lo richiedono³². Emerge così la centralità di quella dimensione pratica e attiva che la letteratura femminista tende a definire come «lavoro di cura», il quale implica la capacità del soggetto di calarsi nell'esperienza, di tradurre in azione le proprie cognizioni e convinzioni, di dare prova delle proprie scelte morali. Non a caso, sottolinea Tronto, è soprattutto questo aspetto, il *care-giving*, ad essere stato, più di ogni altro, oggetto di svalutazione, in quanto associato al bisogno e alla necessità, e tutto affidato alle donne e agli strati più deboli e svantaggiati della popolazione (dal punto di vista razziale, di classe ecc.)³³. Riabilitare la cura vuol dire dunque non solo emancipare la cura dall'identificazione con la sfera privata, per eleggerla a pratica diffusa, capace di incidere nella sfera pubblica, ma anche svincolare l'attività di cura sia da ogni riduzionismo assistenziale (che finisce per marginalizzare i *care givers*), sia dal rischio di paternalismo (che finisce per togliere dignità ai *care receivers*).

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

³¹ Per uno sviluppo di questo tema, cfr. il mio *La cura del mondo* cit., Parte terza.

³² TRONTO, *Confini morali* cit., pp. 121 ss.

³³ «Mi si lasci suggerire che la dimensione di genere, razza e classe inerente alla cura sia più sottile di quanto un primo sguardo consenta di vedere. Penso che ci si approssimi di più alla realtà dicendo che l'«interessarsi a» e il «prendersi cura di» sono i doveri di chi detiene potere, mentre il «prestare cura» e il «ricevere cura» sono lasciati ai meno potenti. Perciò il «prendersi cura di» è spesso associato a ruoli più pubblici e agli uomini piuttosto che alle donne» (*ivi*, p. 129).

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

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

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

della vita di ognuno, tendiamo ad ignorare, a relegare in una zona di opacità e di invisibilità.

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

3.

Insistere dunque sulla vulnerabilità del soggetto come radice fondamentale della motivazione alla cura è indubbiamente il primo passo per affrancarla da ogni accezione puramente oblativa e sacrificale e per concepirla come un valore universale, non relegabile solo alle donne. Ma non è ancora sufficiente: il rischio infatti è quello di sottovalutare quell'aspetto, a mio avviso fondamentale e costitutivo, che è la qualità *donativa* della cura. Nella sua capacità di superare l'opposizione egoismo/altruismo, la cura mostra già un'affinità profonda con la logica del dono, di cui rappresenta per così dire, l'epifania per eccellenza, in quanto tende prioritariamente a preservare e ricreare il *valore del legame*: vale a dire il tessuto di relazioni, affetti, appartenenze, nel quale il soggetto che riconosce la propria vulnerabilità, o per dirla con Martha Nussbaum, la propria, ontologica "bisognosità", e trova una dimensione costitutiva per la propria autorealizzazione. Ma c'è anche un'ulteriore affinità col dono che la caratterizza e che le stesse teoriche della cura non sembrano valorizzare: la quale consiste in quella capacità di *eccedenza*, intrinseca ad ogni atto di generosità e di gratuità, che rompe la logica equilibrata di una reciprocità simmetrica per aprire non solo alla relazione *tout court*, ma alla *asimmetria* della relazione. E' indubbiamente merito dei teorici di ispirazione maussiana, a partire dai lavori pionieristici di Caillé e Godbout, l'aver sottolineato questa cruciale caratteristica del dono³⁸: caratteristica che non possiamo non riconoscere all'origine del lavoro di cura, persino là dove questo sia oggetto di remunerazione monetaria.

C'è infatti (sempre) una *motivazione intrinseca* che ispira il lavoro di cura, la quale consiste nel

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

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

riconoscere di essere costitutivamente *in debito* verso gli altri, a partire da quel dono originario che è la nascita. Chi fa lavoro di cura riconosce non solo di essere iscritto in un ciclo di reciprocità all'interno del quale ognuno restituisce all'altro ciò che ha a sua volta ricevuto; o che è sempre potenzialmente passibile di ricevere in virtù della sua bisognosità costitutiva. Egli inaugura allo stesso tempo quella che con Paul Ricoeur possiamo definire una «logica della sovrabbondanza», incurante appunto di ogni criterio di simmetria e di equivalenza³⁹; criterio quest'ultimo che fonda invece, come sottolinea Ricoeur, la logica della giustizia e dei diritti, tesa essenzialmente a ristabilire un equilibrio di uguaglianza e di imparzialità. Bisogna allora tornare ancora una volta ad interrogarsi sulle motivazioni che presiedono alla cura, ponendo l'attenzione sulle sue radici *emotive*. Non basta infatti ricondurla, come fanno per lo più le teoriche femministe, ad una generica disposizione affettiva, è necessario piuttosto rendere ragione di quel *di più*, di quell'*eccedenza* che la caratterizza; per spiegare la quale possiamo, a mio avviso, legittimamente ricorrere al lessico dell'*amore*. Non a caso è all'amore che Ricoeur si riferisce quando parla di “logica della sovrabbondanza”, capace di andare oltre la “logica dell'equivalenza”, peculiare della giustizia e dell'equità.

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

L'amore, in altri termini è la quintessenza di quella *passione per l'altro* di cui parlavo all'inizio, *nella quale si fondono la più alta realizzazione di sé e l'apertura all'altro da sé*, nella quale cioè coesistono individualizzazione e relazione. Si potrebbe evocare a questo proposito la riflessione di Georg Simmel sulla passione d'amore intesa come «una delle grandi categorie dell'esperienza»⁴². Essa presuppone infatti un soggetto disponibile, pur nella consapevolezza della propria autonomia e della

³⁹ RICOEUR, *Amour et Justice*, Tubingen 1990; tr. it. *Amore e giustizia*, Brescia 2000.

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

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

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

propria irriducibile unicità, a mettersi in gioco, a rischiare l'incontro con l'altro; un soggetto, potremmo aggiungere, aperto alla perdita di sé e al dispendio delle proprie energie, in quanto vive il dono e la relazione donativa non come dimensione sacrificale, ma come fattore di arricchimento e ampliamento del Sé.

Quando la relazione di cura appare priva di questa peculiare qualità dell'amore -mi limito qui solo ad accennare- non può che ricadere nel puro assistenzialismo, il quale contiene il rischio di suscitare prima o poi quelle «passioni tristi», come il risentimento e il rancore verso l'altro, che sono destinate a ritorcersi contro il soggetto stesso, in quanto ne producono un sostanziale depotenziamento⁴³. Il rischio intrinseco a quella che vorrei definire una *cura senza eros* è in altri termini quello di degenerare in un dono avvelenato o perverso, di cui purtroppo troviamo tracce o evidenti manifestazioni nelle varie dimensioni del lavoro di cura, quando si trasforma in strumento di dominio e umiliazione sull'altro fragile ed inerme.

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

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

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

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

