

Etica della cura e pensiero femminile

Ethics of care and feminine thinking

PAOLA RICCI SINDONI

Università degli Studi di Messina

L'intenso dibattito, che ha attraversato tutto il Novecento, è a tutt'oggi soppiantato – almeno in parte – dalle declinazioni postmoderne dei *Gender studies* e dalle derive nichiliste del post umano. Anche alla luce delle pratiche proprie dell'etica della cura in questo tempo pandemico, è necessario andare “oltre il femminismo” nell'abbandono di strutture culturali ormai obsolete. Strategico, sul piano scientifico e culturale, è ricostruire uno spazio del pensiero, capace di riconvertire le teorie femministe con il paradigma del “pensiero al femminile”. A tal fine può risultare istruttivo presentare, per cogliere la parentela fra etica della cura e pensiero femminile, tre figure di donne: Cicely Saunders, Rita Charon e Jeanne Tronto, che sono state capaci di riconvertire la medicina, colta non come modello clinico di difesa e di tutela, ma come progetto innovativo con un alto tasso di predittività.

Parole chiave: Etica della cura, pensiero femminile, medicina narrativa, cure palliative, Cicely Saunders, Rita Charon, Jeanne Tronto

The lively debate, running through the whole of the twentieth century, has been replaced – at least in part – by the most recent declination of postmodern gender studies and by the nihilistic drifts of post-human criticism.

Bearing in mind the ethics of care practices, specific of these pandemic times, it is necessary to go “beyond feminism”, and abandon these, by now outdated, cultural structures. The need to create a space of thought, capable of transforming feminist theories with the paradigm of “feminine thinking”, is strategic, on a scientific and cultural level as well.

In order to grasp the relationship between the ethics of care and feminine thinking it may be instructive to present the figures of three women who have been able to reconvert medicine, not just considered as a clinical model of defense and protection, but as an innovative project with a high predictive rate, namely: Cicely Saunders, Rita Charon e Jeanne Tronto.

Key words: *Ethics of care, feminine thinking, narrative medicine, palliative care, Cicely Saunders, Rita Charon, Jeanne Tronto*

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof.ssa Paola Ricci Sindoni
 Università degli Studi di Messina
 Piazza Pugliatti 1, 98122 Messina
 e-mail: paola.ricci@unime.it



Forse mai, come in questo difficile tempo di pandemia da COVID-19, la medicina clinica ha dovuto sopportare il peso della sua fragilità epistemologica, dal momento che, nella difficoltà a padroneggiarne le cause, ha avuto l'obbligo di fornire in tempi rapidi una risposta sanitaria corretta a fronte di risorse insufficienti e di conseguenti dilemmi etici. Vicina alle problematiche della cosiddetta "medicina delle catastrofi", si è trovata a fronteggiare non solo l'alto numero dei pazienti gravi da sottoporre alla terapia intensiva, ma alla incertezza delle cure e alla penuria delle strutture sanitarie (Wildes, 1995).

La prevalente ospedalizzazione di questa patologia virale sconosciuta ha accresciuto i dilemmi morali, simbolicamente acuiti dai luoghi del *triage*, dove molto spesso l'azione medica non è stata solo quella di scegliere i reparti all'interno dei quali ricoverare i malati secondo il loro grado di gravità, ma anche di stabilire la priorità del trattamento in assenza di risorse immediatamente disponibili per tutti i malati.

Se con la classica formulazione di Robert Koch¹ si era trovato l'esito favorevole per alcune malattie infettive attraverso un preciso rapporto di causalità, di fronte al COVID ci si è dovuti arrendere alla pratica dei cosiddetti "fattori a rischio", così da studiare quali elementi dei comportamenti individuali e quelli della vita sociale potevano influire sulla diffusione di questo quadro patologico. La medicina è diventata così una sorta di potente "magistratura" del nostro tempo, dal momento che molte decisioni relative alla vita personale e sociale sono dipese da valutazioni tecnico-scientifiche dei cosiddetti esperti. In presenza di quadri patologici tanto numerosi e simili, quanto difficilmente curabili ci si è perciò affidati, secondo il principio bioetico di precauzione, ad applicare misure preventive, così da controllare e modificare i comportamenti dei singoli e dei gruppi sociali.

Ancora una volta e in un periodo storico entro cui i progressi della medicina e dei suoi apparati tecnico diagnostici sembravano garantire – a partire dal Novecento – un fondato ottimismo terapeutico e in cui i medici parevano gli assoluti padroni della scena curativa, è venuto a riproporsi il dramma dell'impotenza costitutiva della medicina, percepita dall'opinione pubblica come incerta e inquieta, soprattutto nei dibattiti massmediali dei medici e dei ricercatori, talvolta in conflitto fra di loro sui metodi curativi e sulla etiologia della malattia.

Da qui la necessità di indagare più a fondo sulla natura e la forma della razionalità in medicina, sino a poco tempo fa ritenuta dalla cultura diffusiva come l'unica espressione di verità, a fronte delle interpretazioni di altre forme di razionalità, come quella artistica, culturale, religiosa ... Di fronte ai dubbi sull'efficacia del modello causalistico e su di una razionalità "chiara e distinta", ci si interroga oggi sui nuovi

modelli clinici e sui metodi da costruire per individuare nuovi percorsi e procedure alternative di fronte alla aggressione violenta di patologie ignote.

Eppure, immersi da questa onda pandemica, i medici e gli operatori sanitari, talvolta impreparati e confusi sul piano terapeutico, sono riusciti a produrre una generosa spinta di solidarietà verso i loro pazienti, attuando con energia e spirito di sacrificio le buone pratiche dell'"etica della cura" attraverso la valorizzazione della dimensione empatica e sentimentale della vita morale, sviluppando sui loro malati, privati degli affetti familiari e paralizzati dalla paura, forme di attenzione e di interesse, ricreando relazioni di fiducia, secondo quei paradigmi delle virtù, proprie delle *care ethics* (Olianti, 2020).

In tale confortante scenario, che ha sollecitato la gratitudine e l'affetto delle istituzioni e dei singoli cittadini, sia il personale maschile che quello femminile si è fuso nel sacrificio di turni massacranti, e di fronte al dispendio delle energie fisiche e psicologiche si sono prodigati sino all'estrema offerta di sé donando la vita. Donne e uomini uniti a far fronte al nemico comune: salvare a tutti i costi più malati, restituire l'energia a quanti hanno superato la prova della terapia intensiva, farsi da ponte con lo strazio dei familiari lontani, ridare forza ai malati in corsia, cercando di personalizzare l'attenzione e la cura: questo il patrimonio morale proprio dell'etica della cura che continuerà a emergere anche dopo la fine di questa spaventosa pandemia.

Difficile, quanto inutile, rintracciare in questa potente energia umanitaria, una qualche differenza di genere, quella che, sin dagli anni '80 del secolo scorso, aveva teorizzato la differenza di comportamento nella distinzione fra l'opera della cura, prevalentemente femminile, e quella maschile di stampo kantiano, così come per prima Carol Gilligan aveva teorizzato (Gilligan, 1987). Sulla sua scia molte pensatrici – da Nel Noddings (2007) a Virginia Held (2006) – si erano impegnate a dimostrare la specificità dell'agire femminile in ambito etico, indicando soprattutto la sensibilità delle donne verso le situazioni concrete, sempre individuali e mai soggette interamente ai protocolli clinici astratti. Il lavoro di cura nell'ambiente familiare, da sempre prerogativa del mondo femminile, propenso alle virtù della pazienza, della compassione e della generosità solidale, non fa che da sfondo a queste predisposizioni "naturali", secondo il pensiero femminista, maggiormente rivolto a cogliere le differenze, piuttosto che le analogie con il pianeta maschile, nella contestazione delle strutture patriarcali all'interno dell'ordine sociale e politico.

Questo dibattito che ha riempito tutto il Novecento ed è a tutt'oggi soppiantato – almeno in parte – dalle declinazioni postmoderne dei *Gender studies* e dalle derive nichiliste del post umano, richiede di andare "oltre il femminismo" nell'abbandono di strutture culturali ritenute obsolete per ridire l'identità e la differenza (Mancina, 2002), così da ricostruire uno spazio del pensiero, capace di riconvertire le teorie fem-

¹ Come è noto, Robert Koch nel 1876 dimostrò la relazione causale tra il morbo del carbonchio (*bacillus anthrax*) e la malattia. (<http://www.admin.ch/bag/infekt/d/index.htm>).

ministe con il paradigma del “pensiero *al femminile*” (Ricci Sindoni, 2008). A tal fine può risultare istruttivo presentare, per cogliere la parentela fra etica della cura e pensiero femminile, tre figure di donne: Cicely Saunders, Rita Charon e Jeanne Tronto, che sono state capaci di riconvertire la medicina, colta non come modello clinico di difesa e di tutela, ma come progetto innovativo con un alto tasso di predittività.

1. La straziante energia del dolore dei malati gravi e la conseguente sofferenza psicologica e spirituale colpirono da subito la giovane assistente sociale e poi infermiera Cicely Saunders, che – dopo gli studi universitari di scienze politiche, filosofia e economia – si rivolse all’assistenza dei malati negli ospedali.

Universalmente considerata come la fondatrice dell’*hospice* moderno maturò la sua esperienza soprattutto durante la seconda guerra mondiale – era nata a Londra nel 1918 – nel tentativo di guardare oltre la mera assistenza passiva nei confronti dei malati gravi, soprattutto terminali, intrecciando nella sua pratica la riorganizzazione, spesso deficitaria, delle corsie ospedaliere e al contempo attivando tutte le sue inclinazioni empatiche per individuare la sua vicinanza al malato, sempre personale, mai inglobabile in pratiche standardizzate. Lavorando inizialmente presso il Royal Cancer Hospital e successivamente entrando a far parte della équipe allo St Thomas Hospital, specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, fu la prima a comprendere che la sola somministrazione degli antidolorifici, non erogati ai malati in modo regolare e uniforme, non era in grado di fornire ai pazienti la giusta “cura”. Stando costantemente presso le persone sofferenti, si convinceva sempre di più che il dolore genera inevitabilmente sofferenza, angoscia per il proprio stato, timore della morte, paura della solitudine, ansia per la propria sorte.

Secondo Cicely è qui che bisognava agire, in questa enorme ferita impressa nello spirito del paziente, verso cui i farmaci sembravano servire poco. Né potevano bastare la buona volontà delle infermiere o le buone parole, come nei secoli precedenti in alcuni ospedali molte donne, spesso consacrate, attivavano, mosse da sincera compassione verso i loro simili sofferenti. Occorreva dunque una marcia in più che una singola infermiera non poteva certo produrre. Con l’aiuto del dott. Barret si iscrisse alla facoltà di medicina, entrando nel 1957 nel dipartimento di farmacologia, dove concentrò i suoi studi sull’attenuazione del dolore nei malati terminali.

Finalmente Cicely possedeva sia la competenza medica, che l’attitudine etica a sostare presso la sofferenza, facendola sua, arricchendo la sua vita di una esperienza preziosa, quella capace di intuire che molto di più ancora doveva essere fatto. Sviluppò in tal senso una teoria secondo cui bisognava somministrare i dolorifici non quando il paziente li richiedeva, quanto attraverso dosi regolari di essi, la morfina in particolare, tale da permettere al malato di rimanere vigile e con meno dolore, oltre che tutelato dal rischio di dipen-

denza. Questo primo, importante passo in avanti, semplice e rivoluzionario, cambiò il volto dei reparti dei malati oncologici proprio attraverso una differente percezione della qualità della vita.

Questo paradigma, che nel tempo acquisterà una connotazione ideologica contrapposta alla indisponibilità di ogni esistenza, venne “semplicemente” testato nella vita quotidiana dei pazienti, trattati da Cicely. Affidandosi allo strumento primo della conoscenza, ossia all’esperienza, i malati vigili, liberati – almeno in parte – dal soffocamento del dolore, riacquistavano una sorta di normalità, recuperando qualche energia, un poco di vitalità che permetteva loro di affrontare meglio il tempo che avevano davanti. Furono oltre mille i pazienti trattati con questa nuova formula di terapia del dolore e i risultati positivi furono sotto gli occhi di tutti. Le foto dei malati prima e dopo questa cura, di forte connotazione etica, lasciarono tutti stupefatti: persone accecate dal dolore, dopo pochi giorni entravano in una specie di normalità riprendendo in mano la loro esistenza. Spesso chi visitava in quegli anni questi ospedali, chiedeva poi di essere condotto al reparto dei terminali. La risposta era sempre questa: “L’ha appena visitato” (Saunders, 2008).

Era questa la prima pietra degli *Hospice*, che vide la luce nel 1967, dopo anni di difficoltà, di incomprensioni, di mancanza di finanziamenti: si trattava infatti di immaginare strutture autonome dai normali ospedali, capaci di ospitare anche i familiari, sino ad allora esclusi ed emarginati dai percorsi terapeutici. “Un ospedale e una casa”, sostenute dalla nuova risorsa delle cure palliative, all’attenzione dei medici, degli infermieri e dei volontari, tutti orientati a creare un ambiente efficiente e sereno, entro cui il paziente si poteva sentire accolto e custodito sino alla fine.

Occorreva comunque un altro importante passo in avanti, bene individuato da Cicely: accanto al dosaggio degli antidolorifici e alla vicinanza costante bisognava fornire alcuni importanti punti di riferimento, ricchi di senso e volti a orientare il malato verso la piena realizzazione di sé, oltre la fine. Anche in questo caso Cicely fa affidamento alla propria esperienza, arricchita soprattutto dall’incontro con alcuni malati che diventeranno persone speciali: prima David Tasma e poi Antoni Minchniewicz, con i quali stabili negli anni una relazione amorosa, la aiutarono a vivere intensamente quelle storie impreziosite dalla conversione e dalla fede profonda all’interno della Chiesa evangelica. Tappe essenziali nell’esistenza di questa donna, la cui fedeltà alla sua missione si coagulava dentro l’incontro fecondo di amore umano e di vita divina, di sostegno psicologico e di energia spirituale.

Di fronte al dolore di un paziente, a cui è negata la speranza di guarire fisicamente, occorre aprirgli una dimensione più ampia in grado di lenire la sofferenza spirituale che talvolta prendeva la forma di una domanda lancinante: “perché devo morire? Perché tutto questo è accaduto a me?”. E questa domanda poteva diventare una preghiera o una bestemmia, essendo in gioco la verità della propria esistenza. Cicely era dunque convinta che accompagnare sino alla fine

un malato significava aiutarlo a vivere tutte le relazioni, come elementi costitutivi della sua natura: rapporto con i propri familiari, con chi lo assiste e soprattutto con Dio (Saunders, 2008).

La lenta e inesorabile discesa verso la fine poteva anche prendere la forma, secondo Cicely, del viaggio di Abramo e di Mosè che “non sapendo come e dove stavano andando divennero padri di tutti noi” (Saunders, 2008). Anche quando il destino si accanisce, rimane la speranza che ciascuno di noi ha un compito da svolgere nel mondo e anche quando questa chiamata risulta incomprensibile giunge il momento di scoprire “che la vita divina di liberazione giunge inaspettatamente” (Saunders, 2008) come una nuova luce sulla verità del proprio essere al mondo.

Ripensando all'amore e al dolore per il suo David, un ebreo polacco sfuggito all'orrore dei campi di sterminio e prossimo alla fine, Saunders riconosce che i principi cardine del progetto futuro dell'*hospice* nasce dalle conversazioni avute con lui che, lasciandole in eredità 500 sterline, mise la prima pietra di quell'edificio che solo dopo diciannove anni troverà la realizzazione.

Una affascinante storia personale – si dirà – troppo unica per erigersi a criterio universale. Eppure è dai vissuti individuali che può partire l'energia psicologica e spirituale, che non deve chiudersi nel privato, ma aprirsi a nuove possibilità creative, come testimonia Cicely Saunders. Da allora la filosofia dell'*Hospice Movement* si è diffusa in tutto il mondo: ricovero “aperto”, ambiente familiare, assistenza continua, approccio globale alla persona, valutazione interdisciplinare di tutti i sintomi fonte di disagio per il nucleo paziente/famiglia, con particolare riguardo al dolore nella sua accezione di total pain.

In Italia, a Brescia presso la Casa di cura *Domus salutis* venne inaugurato nel 1987 il primo *hospice* (Lonati, 2017), dando avvio a una capillare crescita di questo rivoluzionario progetto pensato da una donna, una giovane e anonima infermiera inglese che con la sua ferrea volontà ha saputo imprimere una svolta rivoluzionaria all'assistenza dei malati terminali e a tutti quelli con patologie infauste. L'etica della cura e il pensiero femminile ha così trovato una sintesi perfetta fra la maturazione di un pensiero alto e l'opera predittiva di una donna che, nonostante tutto, è riuscita a incarnare la vocazione epistemologica e pratica della medicina moderna.

2. Quando venne inaugurato nel 1967 il primo *hospice* fortemente voluto da Cicely, Rita Charon si avviava agli studi di medicina, già orientata a immaginarne nuovi percorsi, anche se ancora in forma embrionale. Fu ben presto convinta dopo la laurea e i pochi anni di pratica nell'ospedale della Columbia University di New York che il contatto con i pazienti, fatto di parole, gesti, silenzi non doveva essere disperso nei momenti frammentari delle singole storie, ma – se ben strutturato – poteva allargare la sfera dell'azione clinica. Apportando nuove risorse narrative ai singoli casi la qualità

della cura risultava arricchita non solo in ordine alla relazione fra medico e paziente, ma anche tra i familiari, il malato e il medico, in un circuito virtuoso che andava valorizzato e promosso.

Nel raccontare e nell'ascoltare le storie di vita, drammaticamente interrotte dalla malattia e dall'esperienza estraniante del ricovero in ospedale, Rita si convinceva sempre di più che i medici, pur facendo talvolta riferimento ai vissuti empatici dei pazienti, finivano con il rimanere ancorati ai dati oggettivi della diagnostica e per questo poco disposti a lasciarsi sopraffare dalle voci dei malati, e piuttosto concentrati a curare la malattia (*disease*). Quest'ultima possedeva però anche una insopprimibile dimensione soggettiva (malattia come *illness*), che andava espressa, esteriorizzata al fine di ottenere un quadro più completo della patologia (Charon, 2019).

Detto in altri termini, l'ascolto delle parole dei pazienti non doveva fungere tanto da sostegno di buone pratiche relazionali, quanto da elemento essenziale per ottenere una visione d'insieme, che la sola pratica diagnostica e terapeutica non era in grado di ottenere. Ma come imparare ad ascoltare le storie? Per questo nel 1999 Rita si iscrisse a un dottorato di ricerca in letteratura inglese, convinta che la medicina dovesse aprirsi ad altre discipline e solo quelle umanistiche come la poesia, la filosofia, la psicologia e altre ancora potevano garantire l'aiuto necessario per entrare nei meccanismi con cui le storie dei suoi pazienti erano costruite, raccontate e percepite. “Le capacità narrative sviluppate nei miei studi di letteratura inglese mi hanno reso un medico migliore” (Charon, 2019), dirà in seguito quando la medicina narrativa da lei costruita prendeva forma e struttura.

“La malattia è il lato notturno della vita – dirà Susan Sontag, colpita da una grave patologia. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e nel regno dello star male. Ognuno sperimenta questo lato notturno. Ma il buio viene accresciuto da un immaginario, ricco di significati simbolici a forte connotazione etica” (Sontag, 1989). Rita Charon prende carta e penna e comincia a scrivere questo mondo oscuro, fatto di angosce e di paure, passando da un letto a un altro della corsia e definendo questo lavoro come *Parallel Chart*, come una cartella clinica parallela a quella tradizionale (Charon, 2019).

Questa pratica – tale è l'aspetto rivoluzionario – non è soltanto uno strumento utile per mostrare sostegno e attenzione ai singoli malati, ma è soprattutto un mezzo in mano ai medici per raccontarsi a loro volta, così da cogliere ciò che avviene in loro, quando per un certo periodo di tempo si trovano a contatto con uno sconosciuto, che implora aiuto, che pretende la restituzione di quel bene perduto, la salute. In questo viaggio quotidiano gli operatori sanitari soffrono a loro volta, sia pure in forme diverse, le angosce per una cura non riuscita, il timore per un probabile fallimento, ma anche soddisfazione per una guarigione ritrovata, che il volto grato del paziente conferma.

La malattia intesa come ferita biografica, oltre che biologica, riporta in tal modo l'attenzione al triplice vissuto, quello del paziente, dei familiari e dello stesso medico, incidendo positivamente sulla cura, divenuta una straordinaria etica dell'accompagnamento verso la salute ristabilita. I principi di umanizzazione e di personalizzazione delle cure forniti dall'ampliamento dell'ambito della medicina, andavano comunque tradotti in una serie di strumenti e di quadri concettuali, che Rita si impegnò a fornire nel 2000 con l'inaugurazione del primo Master al mondo di medicina narrativa, sempre alla Columbia University. Va da sé che i medici venivano invitati ad arricchire le loro competenze con lo studio della letteratura, dell'arte, e di tutte quelle discipline umanistiche, che da tempo la medicina tradizionale aveva relegato al puro interesse soggettivo dei medici.

Una vera e propria rivoluzione non solo per via delle preziose potenzialità terapeutiche, ma anche perché ha trasformato la medicina stessa nel suo doppio approccio, scientifico e insieme artistico, come precisa Gadamer (1989), costringendola a rivedere molte delle sue sicurezze epistemologiche e, per così dire, invitandola a leggersi dentro, per cogliere appieno i suoi limiti ma anche le sue enormi potenzialità. Costituendo ormai un capitolo essenziale della formazione dei futuri medici, la *Narrative Based Medicine* finirà con il diventare centrale nelle buone pratiche delle *Medical Humanities* (Zannin, 2008), volte a creare un campo interdisciplinare della medicina che comprende le competenze umanistiche, le scienze sociali e le arti tramite la loro applicazione all'educazione e alla pratica medica (Binetti, De Marinis, 2005).

Non può neppure sfuggire l'importanza strategica che la medicina narrativa avrà sulle buone pratiche interne agli hospice tramite un circuito virtuoso che ha visto due donne, Cicely a Londra e pochi anni dopo Rita a New York, reciprocamente protese a "onorare le storie dei pazienti" (Charon, 2019), a rispettare la dignità delle persone rese vulnerabili dalla malattia, a concepire la loro azione come lavoro di restituzione del bene prezioso della salute.

3. Fra i rilievi critici più significati rivolti all'etica della cura risalta la sua incapacità di elaborare una teoria normativa, in grado di affrontare i conflitti morali. Colta soprattutto come pratica clinica, legata alla personalizzazione delle cure palliative e alla singolarità delle dinamiche narrative, ha da sempre stentato ad accreditarsi come una convincente etica pubblica che tenga in dovuto rilievo il ruolo civile ed etico della giustizia (Da Re, 2018).

Ed è ancora una donna, Joan Tronto, a colmare questa lacuna proprio partendo dalla sua militanza nella riflessione femminista, entro la quale ha sviluppato un pensiero *al femminile* in riferimento all'etica della cura. Durante il suo insegnamento in Scienze politiche all'Hunter College della City University di New York, in cui tutt'ora lavora, ha provato negli anni ad ampliare l'area della *care ethics*, inglobando in essa tutti quei settori della vita sociale, dalla cura dei disabili

all'accudimento dei bambini, al lavoro domiciliare presso gli anziani, ai servizi di pulizia nelle case della *middle class* e altre ancora tipologie di lavoro, molto spesso svolto da donne, per lo più emigrate e sottopagate.

Intervenendo nelle università americane e in molti centri europei con la partecipazione a convegni internazionali sul tema, non ha mancato di marcare l'originalità delle sue riflessioni, sfuggendo alla radicalità ideologica di molte sue colleghe femministe, e soprattutto coniugando una sana critica al potere dominante con una chiara impostazione teorica del problema precorritrice di buone pratiche sociali e politiche. La sua notorietà si è diffusa soprattutto dopo la pubblicazione nel 1993 di un volume *Moral Boundaries*, tradotto in Italia nel 2006 (Tronto, 2006).

Ciò che colpisce in questo lavoro è la percezione concreta della vita quotidiana delle persone, donne e uomini, uniti nella necessità di dare al proprio lavoro di cura una impronta intima, personale, espressione della generosità delle loro esistenze, protese a sostenere, confortare, aiutare, assistere quanti hanno bisogno di loro. Misconosciuto dalla generale attenzione delle istituzioni politiche, questo impegno si misura in centinaia di migliaia di individui, donne soprattutto, che da mattina a sera, talvolta anche di notte, vivono in case non loro, accudendo estranei, non familiari, ma ai quali donano affetto e comprensione, relazioni di aiuto che vanno oltre il modesto riscontro economico, intessendo in tal senso una significativa trama di relazione, eticamente densa.

Questa speciale attività non copre soltanto il bisogno di singole persone, ma è in grado di diventare – secondo Joan – un modo continuo e ricco di migliorare il mondo, intrecciandosi "in una rete complessa a sostegno della vita" (Tronto, 2006). Se i confini morali, nell'attuale momento storico, sono segnati dalla frattura di morale e politica, di vita pubblica e di sfera privata, occorre ridisegnare un cambio di paradigma che dia ragione del movimento necessario verso "una società più giusta e solidale" (Tronto, 2006). Tronto intende così teorizzare in modo sistematico la cura che vede analiticamente distinta in quattro fasi strettamente connesse: *interessarsi a, prendersi cura di, prestare cura a, ricevere cura* (Tronto, 2006). In queste analisi, fenomenologicamente indagate, Tronto rinviene diverse sfumature della pratica di responsabilità, quale virtù morale in grado di densificare eticamente le differenti relazioni che legano chi ha bisogno di cura e chi è pronto a offrirla. Ciò significa ripensare le concezioni dominanti sulla natura umana, a partire dai concetti di autonomia e di dipendenza, che specie nella cultura post-moderna hanno ricevuto uno spazio unilaterale e per questo falsato dalle ideologie libertarie, incapaci di accogliere la vita umana nella sua vulnerabilità.

Bisogna perciò rimettere al centro – come aveva nei decenni indicato Agnes Heller (1977) – una nuova teoria sui *bisogni*, oltre che una differente teorizzazione dei *doveri*, molto spesso slegati dai *diritti*, pretesi dalla classe dominante e per lo più subiti da quanti, esclusi dall'attenzione politica, hanno

continuato a essere assenti ed emarginati. Legare il tema della cura a quello dei bisogni e dei “diritti-doveri” diventava in tal senso il fulcro paradigmatico per ridare dignità sociale e politica sia a quanti hanno bisogno di assistenza, sia a quanti si mettono al servizio per soddisfare questo bisogno.

Rileggendo in modo originale Amartya Sen e Martha Nussbaum, Joan elabora una teoria della giustizia, criticando quelle dottrine politiche che fanno riferimento solo ai diritti, impostati universalmente e dunque astrattamente, lontani dalla realtà dove molti rimangono fuori dalla visibilità sociale. Da qui la necessità di far riferimento piuttosto ai bisogni concreti delle persone, a quanti, vulnerabili, necessitano di cure e per converso a quanti sono disposti a soddisfarle. L’etica della cura si propone al riguardo come autentica etica pubblica, in grado di ridare dignità sociale e politica a chi svolge il lavoro di cura, distribuito spesso in base al genere, alla casta, alla classe sociale e, in questi ultimi decenni, a quanti, emigrati per ragioni di povertà, giungono nei paesi ricchi in cerca di qualsiasi tipo di occupazione (Tronto, 2006).

Va da sé che in tale ingiusto contesto il lavoro di cura crei disuguaglianza ed emarginazione, colpendo molti dei più svantaggiati della società, che esigono con forza il dovere della giustizia e della solidarietà di tutto il corpo sociale. Non è certo un caso che questo tipo di occupazione sia socialmente svalutato, così che si finisce per abbassarne il valore e cresca l’indifferenza verso questo esercito silenzioso di donne e uomini, spesso lontano dalla loro terra e resi invisibili dall’attenzione della politica.

Tronto ha ragione nel sottolineare come la crescita dello spazio etico presupponga necessariamente la spinta della politica, senza la quale ogni buona pratica finisca per rimanere dentro lo spazio privato. “Un’etica della cura resta incompleta senza una teoria politica della cura” (Tronto, 2006); solo operando dentro gli spazi che al presente creano separazione tra etica e politica, tra dimensione pubblica e sfera privata è possibile scuotere positivamente il tessuto sociale e far crescere la qualità della democrazia di un paese.

Dentro un’idea fortemente partecipativa, che il lavoro di cura promuove per sua stessa natura, si può immaginare un reale cambiamento tramite una strategia organizzativa che restituisca dignità e valore a quanti operano con serietà al miglioramento del bene comune. La cura diventa così “un ideale politico” (Tronto, 2006) decisamente inclusivo e colmo di buone pratiche, così che la politica riscopra il suo valore di crescita in giustizia e in responsabilità per tutti i suoi cittadini. La brillante lezione etica di Joan Tronto non è che una delle voci più interessanti, accanto a quelle di Nel Noddings e Virginia Held, su come il femminismo, quando riesce a spogliarsi delle sue tendenze ideologiche ed escludenti,

possa offrire il suo contributo alla crescita della cittadinanza democratica, che passa dai bisogni concreti delle persone, per richiedere un salto di qualità alla politica, ancora oggi ostruita da veti ideologici che la paralizzano.

Cicely Saunders, Rita Charon, Joan Tronto non sono solo delle figure singolari, spinte dal desiderio di guardare oltre i limiti del pensiero e dell’azione; sono piuttosto delle avanguardie che hanno progredito, avanzando senza esitazioni, entrando per prima in luoghi impensabili, completamente inediti, andando incontro a una sorta di “terra promessa”, per riferire qualcosa di inaudito ai loro compagni di viaggio nel deserto. Per prova hanno portato dei grappoli d’uva, come non crebbero mai nei vigneti d’Egitto (Num 13, 20-24).

Bibliografia

- Binetti P, De Marinis MG. *Il dolore narrato: pagine di letteratura*. Roma: CMP 2005.
- Charon R. *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina 2019.
- Da Re A. *Etica della cura medica*. In: Fabris A, Ed. *Etiche applicate. Una guida*. Roma: Carocci 2018, p. 58.
- Gadamer G. *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina 1989.
- Gilligan C. *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*. Milano: Feltrinelli 1987.
- Held V. *The ethics of care. Personal, political, and global*. New York: Oxford University Press 2006.
- Heller A. *La teoria dei bisogni in Marx*. Milano: Feltrinelli 1977.
- La Sacra Bibbia*. Roma: CEI 2003.
- Lonati G. *L’ultima cosa bella. Dignità e libertà alla fine della vita*. Milano: Rizzoli 2017.
- Mancina C. *Oltre il femminismo. Le donne nella società pluralista*. Bologna: Il Mulino 2002.
- Noddings N. *L’etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*. Milano: Franco Angeli 2007.
- Olianti F, Jacopozzi A. *Lo sguardo dell’altro. Per un’etica della cura e della compassione*. Padova: EMP 2020.
- Ricci Sindoni P. *Fra natura e cultura. Note antropologiche ed etiche sulla differenza tra i sessi*. In: Ricci Sindoni P, Vigna C, Eds. *Di un altro genere: etica al femminile*. Milano: Vita e Pensiero 2008, pp. 21-49.
- Saunders C. *Vegliate con me. Hospice: un’ispirazione per la cura della vita*. Bologna: EDB 2008.
- Sontag S. *Malattia come metafora. Il cancro e la sua mitologia*. Torino: Einaudi 1989.
- Tronto J. *Confini morali. Un argomento politico per l’etica della cura*. Reggio Emilia: Diabasis 2006.
- Wildes KW, Ed.), *Critical choices and critical care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1995.
- Zannini L. *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina 2008.