

Invito alla lettura

Luigi Alici

PARTE PRIMA

Cura delle relazioni

La compassione tra prossimità e distanza

Donatella Pagliacci

Premessa – La distanza come cifra dell’umano – Due storie –
Distanza, compassione e prossimità

Il nesso tra cura e virtù

Giacomo Samek Lodovici

Sulla cura come nome dell’amore – Cura e fragilità umana – Cura e riconoscimento – Cura (e autorità) virtuosa, non paternalismo – Connessione con la virtù: concezioni riduttive – Virtù come *ordo amoris* – Virtù come amore-cura di sé – Virtù come amore-cura degli altri – Cura, distanza e giustizia – L’amore-cura-virtù si moltiplica

Prossimità ed etica del sentire *puro*. Sulla cura della
distanza nelle relazioni di prossimità

Sergio Labate

Premessa – Sensibilità e prossimità. Un paradigma filosofico
esemplare – Conseguenze etiche e applicazioni antropologiche –
Conclusioni

PARTE SECONDA

Relazioni di cura

La cura incerta di donne e uomini vulnerabili

Ivo Lizzola

Una nuova esperienza di malattia e di cura – La cura e la
possibilità di una azione deponente – Un inedito paradigma
relazionale – La memoria del corpo e la consegna

La relazione di cura: il punto di vista del medico

Fausto Santeusanio

Che cosa è cambiato nella professione del medico con la medicina
moderna – Il medico e le decisioni di fine vita – Preparazione del
medico ed alleanza terapeutica – Conclusioni

La relazione di cura: il punto di vista del malato

Maria Teresa Russo

La malattia, crisi biografica ed epistemologica – Distanza e
prossimità: una dicotomia insuperabile? – Complessità dell'anamnesi:
storia della malattia o storia del malato? – Il “narratore ferito”: una
risposta al bisogno di prossimità

Invito alla lettura

Luigi Alici

Il tema delle relazioni interpersonali e degli equilibri instabili e complessi fra prossimità e distanza è una delle eredità irrisolte del mondo moderno, crocevia di questioni teoriche e pratiche che hanno interessato il pensiero filosofico e giuridico-politico, ispirato grandi progetti di emancipazione individuale e collettiva, infiammato le ideologie, ridisegnato incessantemente la geometria sociale nella storia dei popoli. Secondo il filosofo americano Michael Walzer, «il secolo XX è stata manifestamente l'epoca dei grandi fenomeni collettivi», mentre dalla fine del secolo «la teoria politica dominante porta tutta la sua attenzione sull'individuo, sugli uomini e le donne isolati e autonomi, e sulle associazioni alle quali questi individui aderiscono liberamente». Da questo punto di vista, egli continua, «l'autonomia degli individui è, in effetti, un valore chiave per comprendere il mondo nel quale noi siamo»¹.

Il primato dell'autonomia resta indubbiamente una delle conquiste del mondo moderno nel quale sembra riconoscersi maggiormente la nostra epoca, peraltro oggi posta per lo più sotto il segno dei "post" (epoca post-moderna, post-metafisica, post-democratica, post-umana, post-morale, post-secolare...); tuttavia, ormai liberato dall'orizzonte universalistico e dall'ideale di affrancamento di cui il principio di autonomia si era alimentato a partire dall'illuminismo, tale primato oggi assomiglia a una bandiera che sventola sempre più in basso, nei territori angusti dei bisogni e delle emozioni individuali, rischiando alla fine di essere ammainata e ritirata dagli spazi pubblici della convivenza.

¹ M. WALZER, *Individu et communauté*, in *Un siècle de philosophie. 1900-2000*, Paris, Gallimard/Centre Pompidou, 2000, p. 407.

Eppure, tecnoscienza e comunicazione virtuale, globalizzazione e multiculturalismo forse tornano a fare anche del nostro tempo “l’epoca dei grandi fenomeni collettivi”; in un senso nuovo e diverso, però, poiché tali fenomeni sembrano dilatare in estensione quello che si perde in profondità: aumentano i contatti, diminuiscono le relazioni. È come se un solvente narcisistico aggredisse la rete stabilizzata e condivisa dei legami di reciprocità, rendendo solubili anche i legami un tempo ritenuti per definizione indissolubili. Secondo Sennett questo narcisismo, da cui dipende il “tramonto dell’uomo pubblico”, è all’origine di una “società incivile”, in cui si perde il senso stesso del legame civile, se è vero che la “civiltà” potrebbe essere definita «come l’attività che pone gli individui gli uni al riparo degli altri e che, tuttavia, consente loro di godere della reciproca compagnia»². D’altro canto, al venir meno d’ogni capacità di collaborazione, «in cui i partecipanti traggono vantaggio dall’essere insieme»³, sembra corrispondere una forte spinta al tribalismo, che «*abbina la solidarietà per l’altro simile a me con l’aggressività contro il diverso da me*»⁴. La solitudine è, alla fine, il prezzo da pagare per un’autonomia che non riesce a difendersi dall’anomia, per una difesa delle libertà individuali che sembra non possedere più anticorpi contro l’atomismo sociale.

Tale prezzo risulta particolarmente duro e insostenibile quando l’autonomia non soltanto è limitata dall’esterno, ma è anche ferita al suo interno: ferita dall’esperienza concreta e mortificante della malattia, della sofferenza, della morte di persone care; mortificata da quell’insieme di esperienze difettive nelle quali tocchiamo con mano la fragilità e la vulnerabilità della nostra vita. In tali casi, la domanda di aiuto, di assistenza, di prossimità si fa improvvisamente più acuta e nello stesso tempo, tuttavia, doppiamente difficile. Prima di tutto perché la relazione con l’altro può essere il frutto di una scelta imposta dalle circostanze e quindi spesso subita, prima ancora che voluta e perseguita con convinzione; in secondo luogo, perché tale relazione

² R. SENNETT, *Il declino dell’uomo pubblico*, trad. it. di F. Gusmeroli, Bruno Mondadori, Milano 2006, p. 325.

³ R. SENNETT, *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, trad. it. di A. Bottini, Feltrinelli, Milano 2012, p. 15.

⁴ Ivi, p. 14.

s'instaura sotto il segno di una dipendenza asimmetrica che sembra ridimensionare drasticamente il principio di autonomia, senza accontentarsi di un'alternativa contrattualistica al modello paternalistico del passato.

Si potrebbe addirittura arrivare a parlare della relazione di cura come di un'esperienza in cui la libertà del soggetto deve misurarsi con il principio di responsabilità: l'incontro con l'altro non nasce sempre sul terreno neutro di una contrattazione tra pari, convenzionale e revocabile, relativa alla compravendita di beni e servizi "esterni". Il modello mercantile dello scambio è diventato così pervasivo da oscurare qualsiasi altro paradigma relazionale, marginalizzando il principio del dono, fino a declassarlo come una prestazione supererogatoria e socialmente ininfluyente. Nella vita concreta ognuno di noi esperisce, in realtà, modalità differenziate e multiformi di essere insieme. Non sempre l'*homo patiens* è un oggetto passivo della cura di altri: spesso può restituire nell'ordine della gratitudine più di quanto ha ricevuto nell'ordine della cura. Non sempre l'*homo agens* rappresenta il *top* delle prestazioni umane, in cui si realizza al meglio la sua vocazione al bene. L'*homo patiens* non è per questo subumano; l'*homo agens*, al contrario, può correre anche il rischio d'immaginarsi come un superuomo.

Entro tale scenario problematico si colloca questo volume, che riprende e sviluppa i temi affrontati nei due volumi precedenti⁵, collocandosi entro un progetto più ampio di ripensamento dell'etica della cura, verificato periodicamente nei "Colloqui di etica" che si tengono presso l'Università di Macerata (Dipartimento di Studi umanistici, sezione di Filosofia e scienze umane). Il primo Colloquio si era interrogato sulla possibilità di conciliare una legittima ricerca della felicità con una doverosa battaglia contro il dolore, mentre nel secondo Colloquio l'attenzione si era spostata sulla ricerca di un nesso – non mortificante né estrinseco – tra l'ombra del dolore e la luce della speranza. In entrambi i casi i problemi in campo rinviavano a

⁵ Cfr. rispettivamente L. ALICI (a cura di), *La felicità e il dolore. Verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010; L. ALICI (a cura di), *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità, responsabilità della cura*, Aracne, Roma 2011.

una fondamentale domanda antropologica: chi è quell'essere enigmatico e fragile in cui felicità e dolore, dolore e speranza si toccano? Quale responsabilità abbiamo nei suoi confronti e quali sono i registri della cura che dobbiamo dispiegare, come una sorta di fondamentale etico, dinanzi a una condizione umana segnata costitutivamente dalla finitezza e dalla dipendenza?

Questi interrogativi ricordano alla nostra cultura positivista e tecnocentrica che la cura, prima che espressione occasionale e puramente funzionale di un rapporto tecnico-terapeutico tra medico e paziente, circoscritto a eventi patologici transitori, è una forma costituiva della relazione tra persone, entro una storia che appare come il teatro di un'umanità insuperabilmente ferita e bisognosa di relazioni umane più autentiche. In questo volume il fuoco dell'attenzione si concentra precisamente intorno al rapporto tra cura e prossimità. Il punto d'ingresso in tale problematica riguarda, più precisamente, la possibilità di mettere a confronto il paradigma della compassione e quello della competenza, che si distinguono in ragione del diverso modo di approssimarsi all'altro: due forme non necessariamente alternative ma complementari, di interpretare la distanza tra l'io e l'altro, su quel difficile spartiacque della relazione che distingue prossimità ed estraneità.

La compassione vive il rapporto con l'altro soprattutto nel segno dell'immediatezza: l'impulso a condividere il *pathos* è diretto, non tollera alcuna mediazione, non è il risultato di un calcolo, non è disposto a misurarsi con un teorema della convenienza; chiamando in causa il tema della misericordia, che può dirsi il volto teologale della compassione, si potrebbe ricordare che la tradizione cristiana le attribuisce il valore di un amore letteralmente viscerale, come nella parabola del padre misericordioso. La misericordia è l'amore che non retrocede dinanzi alla miseria e rinforza il valore della compassione ricordandole un'enigmatica origine divina. Si potrebbe forse arrivare a dire che la compassione è il lato femminile della cura, che libera l'approccio bioetico da rigidità normative astratte, eccessivamente "maschili" (o meglio maschiliste); la riflessione teologica arriva ad assecondare questo percorso, quando parla di un "Padre materno", che dilata le proprie viscere di misericordia in senso infinitamente inclusivo. Solo un'inclusione infinita, infatti, può promettere una

prossimità senza confini, che non si ritrae dinanzi a nessuno e dinanzi a niente; nessuna persona, nessuna condizione personale risultano irraggiungibili o troppo distanti rispetto alla misericordia.

La competenza vive, al contrario, il rapporto con l'altro soprattutto nel segno della mediazione: la distanza tra l'io e l'altro, e nello specifico tra il sano e il malato pone dinanzi a un dislivello da colmare attraverso la fatica dello studio, il tirocinio della formazione, la capacità di circoscrivere in modo obiettivo un problema o una patologia, come condizione irrinunciabile per pronunciare una diagnosi e mettere in campo un intervento terapeutico mirato. In questo caso, per arrivare all'altro e mettere in atto una prestazione di cura efficace e indipendente dagli slanci intermittenti del cuore o dalla preferenze occasionali della simpatia, bisogna passare necessariamente attraverso le forche caudine di una lunga e laboriosa strategia di istituzionalizzazione e professionalizzazione, così come di un attento calcolo per un'equa distribuzione delle risorse, senza le quali pressapochismo e diletterismo rischiano di stravolgere e persino capovolgere anche le intenzioni più buone. Si potrebbe forse arrivare a dire che questo è il lato maschile della cura, dove l'esercizio di un ruolo o di una funzione esige un distacco e una sorta di neutralizzazione emozionale, che tuttavia il lato femminile cerca di preservare da ogni degenerazione in forme di gelida impassibilità.

Ecco il nostro problema: fino a che punto la compassione non si risolve in un atto di generosità inefficace e ingenua, che può depistare o addirittura intralciare la ricerca di interventi più idonei e risolutivi? Fino a che punto, al contrario, la competenza non potrebbe trasformare la distanza in un comodo paravento per sterilizzare ogni empatia e nascondere dietro l'alibi dell'efficienza una forma di cinico utilitarismo, abbandonando il malato a se stesso? Quale può essere, allora, il terreno in cui compassione e competenza possono incontrarsi e stringere un patto che assomigli più alla figura etica dell'alleanza che alla figura mercantile del contratto?

Il confronto con questi interrogativi è sviluppato attraverso due distinti percorsi di approfondimento, che corrispondono alle due parti in cui si articola il volume: la prima parte (Cura delle relazioni) privilegia un approccio in chiave etico-antropologica, che s'interroga anzitutto sullo statuto antropologico della compassione e sul difficile

equilibrio di una “giusta distanza”, come cifra fondamentale dell’umano (Donatella Pagliacci). Di conseguenza, la possibilità di stabilizzare lo spessore etico e la forza performativa della cura, come uno dei nomi dell’amore, chiama in causa una trama di pratiche virtuose capaci di soccorrere l’umana dipendenza e fragilità (Giacomo Samek Lodovici), mentre il discorso s’allarga sullo scarto tra il paradigma filosofico della prossimità e una cultura dominata dall’assunzione estremizzata di un’etica del sentire, tipica di una “società eccitata”, in cui la prossimità perde il senso del contatto e la dimensione umana dell’intimità (Sergio Labate).

La seconda parte (Relazioni di cura) si confronta più direttamente con la condizione umana della vulnerabilità. Ne esplora anzitutto le implicazioni di ordine educativo, relative a quella sorta di paradossale “sperdimento” che apre a inediti registri comunionali in cui cura e fragilità s’incontrano (Ivo Lizzola). Si mette quindi a confronto il punto di vista del medico e quello del paziente, in una ricerca comune di buona reciprocità: Fausto Santesuano ricorda la grande rivoluzione, tecnologica e culturale, che sta interessando la medicina e che vincola ancora di più la professione medica alla costruzione di una narrazione comune, in un rapporto irriducibilmente personale con il singolo paziente. Anche Maria Teresa Russo, per converso, ritiene irrinunciabile una sorta di “amicizia medica”, in cui sia possibile non soltanto conciliare l’universalità dell’*episteme* con la particolarità delle situazioni, ma anche riconoscere al malato il diritto a formulare e narrare la sua storia.

Ne risulta un forte invito a ripensare profondamente i legami di reciprocità, in modo da ricomporre l’oscillazione quasi schizofrenica fra l’anonimato dei “grandi fenomeni collettivi” e la lusinga del “narcisismo incivile”, da cui dipende un’oscillazione corrispondente fra una prossimità che talora avvertiamo come troppo difficile e una estraneità che può essere al contrario una tentazione troppo facile. Lungo questo crinale complesso e rischioso deve poter crescere e svilupparsi un’etica della responsabilità e della cura che sia all’altezza della nostra comune umanità e alla quale siamo tutti chiamati a offrire la testimonianza insostituibile di un accompagnamento fedele, nell’arduo cammino tra compassione e competenza.

PARTE PRIMA

Cura delle relazioni

La compassione tra prossimità e distanza

Donatella Pagliacci

Premessa

In una pagina dei suoi *Atti dell'amore* Søren Kierkegaard si sofferma a considerare un elemento decisivo per definire il significato e la possibilità stessa della compassione. Il filosofo danese ci suggerisce come dobbiamo accostarci al prossimo per non rischiare di essere troppo vicini o troppo lontani, al punto da non vederlo: «La misura più sicura per giudicare ciò che c'è nell'animo di un uomo è la distanza che si rileva fra ciò che pensa e ciò che fa». Ancora:

Nella distanza di un'ora silenziosa, fuori della confusione della vita, il bambino, l'uomo più semplice ed il più colto, quasi con uguale facilità, sanno cosa ogni uomo deve fare – proprio ciò che ogni uomo deve fare. Ma quando nel chiasso della vita si tratta di ciò che lui deve fare, allora forse si vede ch'era una comprensione a distanza – era la distanza tra lui e l'umanità. Nella distanza fra una questione di parole e l'azione, nella distanza di una promessa solenne, di una comprensione rispetto all'azione, ogni uomo comprende il Bene supremo¹.

Dunque non possiamo far scomparire la distanza, perché togliere la distanza vorrebbe dire perdere di vista l'uomo stesso; nasce da qui un interrogativo per noi decisivo: come possiamo declinare *prossimità* e *distanza* nelle relazioni interpersonali? Trovare quel giusto equilibrio che ci permette di *sentire* e *vedere* l'altro come un altro me stesso e nello stesso tempo non allontanarlo troppo da farlo sentire come uno dei tanti altri di cui non ho il dovere di occuparmi o di prendermene cura.

Mi pare di cogliere, ancora nelle parole di Kierkegaard, uno sforzo apprezzabile per circoscrivere i confini entro i quali dovremmo

¹ S. KIERKEGAARD, *Atti dell'amore*, trad. di C. Fabro, Bompiani, Milano 2003, p. 329.

mantenere e articolare il nostro discorso: «A distanza il prossimo è conosciuto da tutti»². Viene allora da pensare che la dialettica di riconoscimento di sé e dell'altro avviene solo se si rispetta una certa misura, ovvero una *distanza*, perché, paradossalmente, se si elimina la distanza non siamo nemmeno in grado di vedere la prossimità dell'altro.

La distanza può essere allora assunta come quella condizione necessaria per stabilire una relazione con l'altro, relazione che non sia né confusiva, ossia originata dallo sconfinamento tra me e l'altro, ma nemmeno disattenta, disinteressata ai suoi effettivi bisogni e necessità. Ci chiediamo come e perché il prossimo dovrebbe essere tenuto a distanza e, se mai, *a che distanza*? Ma ancora: fino a che punto la distanza tra me e l'altro è una *giusta distanza*, una equidistanza appunto, capace di mantenere il giusto equilibrio tra me e l'altro?

Tali questioni suonano come cruciali in un contesto, come è quello attuale, dove proprio le distanze sembrano essere definitivamente cancellate, vuoi perché internet rende possibile *una prossimità virtuale*, sempre più massiccia (gli altri sono presenti anche quando sono lontani), vuoi perché a ognuno è concessa la possibilità di tenere l'altro a distanza, nel senso che posso essere più o meno in contatto con l'altro a seconda della mia volontà di rimanervi più o meno collegato. In altre parole, grazie alla rete siamo facilitati e, allo stesso tempo, ostacolati nella relazione con l'altro. I contatti “liquidi” si moltiplicano proprio in misura inversamente proporzionale al dileguarsi delle relazioni “solide”.

L'interrogativo della distanza diviene allora, come hanno bene intuito tra gli altri anche Emmanuel Housset³ e Luc Boltanski⁴,

² *Ibidem*.

³ Si tiene conto in questa sede soprattutto del testo di E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié. Phénoménologie de la communauté*, Cerf, Paris 2003.

⁴ Questo tema trova nel lavoro di Boltanski un punto di riferimento ineludibile. In effetti, come ammette anche il sociologo francese, «lo spettacolo della sofferenza, incongrua quando è contemplata a *distanza* da persone che non soffrono, e il malessere che questo spettacolo non manca di generare (così evidente oggi quando ognuno, durante il pranzo serale, vede sfilare sotto i suoi occhi, a casa sua, corpi affamati o di massacrati) non è, tuttavia, la conseguenza tecnica degli odierni mezzi di comunicazione, anche se la moltiplicazione dei media e della loro potenza

essenziale per disegnare nuovi scenari di cura⁵ e di responsabilità nei riguardi della sofferenza e del dolore altrui.

Fatte queste premesse, direi che il mio percorso può limitarsi a tratteggiare alcune implicazioni connesse al tema della compassione, focalizzandosi attorno a tre nuclei nei quali verrà discussa non la validità della compassione in quanto tale (per questo non verranno chiamate in causa le tesi *pro* o *contro* compassione), ma solo le condizioni del suo esercitarsi. In tal senso proverei, seppur brevemente, a ripercorrere quelle ipotesi antropologiche che individuano nella distanza la cifra peculiare dell'essere umano. In secondo luogo, rileggendo due storie classiche sulla compassione, proverei a vedere se e fino a che punto la questione della distanza vi giochi un ruolo decisivo. In terzo luogo vorrei provare a definire la compassione più che come un'emozione immediata legata allo sguardo, al contatto con la sofferenza dell'altro, come un abito, una virtù, e dunque anche *un modo di essere* di fronte alla sofferenza ovunque e comunque questa affligga l'umano.

permette di fare penetrare la miseria nell'intimità di focolari felici con una efficacia mai eguagliata in passato» (L. BOLTANSKI, *Lo spettacolo del dolore. Morale umanitaria, media e politica*, trad. it. di B. Bianconi, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, pp. 18-19).

⁵ È importante distinguere, come fa anche Cosmacini, tra cura e terapia. Si ricordi infatti che «Oggi la lingua inglese, come distingue tra *disease*, stato di alterazione dell'organismo, e *illness*, stato di sofferenza della persona, così distingue tra l'aspetto terapeutico della medicina – *to cure* – e l'aspetto curativo – *to care* – della medicina medesima. Le finalità della terapia, perseguite da una medicina in progressivo sviluppo, sono subordinate a procedure tecniche che consistono in interventi manuali, strumentali, farmacologici, eseguiti con *competenza*. Più ampio è l'orizzonte culturale verso cui si proiettano le finalità della cura, alla quale tendono, oltre alle tecniche, le pratiche mosse da altre motivazioni o pulsioni, quali la premura, la partecipazione cosiddetta «simpatetica» o «empatica», la *disponibilità*» (G. COSMACINI, *Compassione. Le opere di misericordia ieri e oggi*, il Mulino, Bologna 2012, p. 78). Sul tema della cura si sono tenuti presenti, tra gli altri, i lavori di M. FOUCAULT, *La cura di sé. Storia della sessualità*, 3, trad. it. di L. Guarino, Feltrinelli, Milano 2010¹¹; G. GALLI, *Curare e guarire. Un approccio di campo*, in G. GALLI (ed.), *Interpretazione e cura. Atti del XXII Colloquio sulla interpretazione*, Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali, Pisa-Roma 2003, pp. 11-21; E. BORGNA, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano 2011.

La distanza come cifra dell'umano

Procediamo con gradualità provando, in prima istanza, a raccogliere i più importanti giudizi dell'antropologia filosofica intorno alla capacità dell'uomo di prendere distanza. Emerith Coreth ammette che, se è possibile individuare almeno un elemento caratteristico del comportamento umano, questo è la distanza. In altre parole, egli avverte che «l'uomo può prendere le distanze dalle cose, dato che egli non le esperisce come immediatamente vincolate all'istinto. Ma in tal modo egli prende distanza anche da sé, in quanto trascende sé stesso come essere naturale-istintuale»⁶.

Questa posizione intercetta e rilancia uno dei motivi già presenti in Helmuth Plessner, Arnold Gehlen e Max Scheler, definiti padri fondatori dell'antropologia filosofica tedesca che, con modulazioni diverse, individuano proprio nella *distanza* il modo particolare di essere, dell'essere umano. Helmuth Plessner, ad esempio, ne *I gradi dell'organico e l'uomo*, dopo aver parlato della forma aperta della pianta e della forma chiusa dell'animale dedica un capitolo a *La sfera dell'uomo* in cui dichiara:

Posizionalmente si ha una triplice determinazione: il vivente è corpo, nel corpo (come vita interiore o anima) e fuori del corpo, come il punto di vista da cui derivano entrambi. Un individuo posizionalmente caratterizzato in questo triplice modo si dice *persona*. È il soggetto del suo vivere, delle sue percezioni e delle sue azioni, delle sue iniziative. Esso sa e vuole. La sua esistenza è veramente posta nel nulla⁷.

Tutto ciò significa che per Plessner la principale caratteristica dell'essere umano è la sua *eccentricità*, nel senso di essere sempre oltre il suo centro, per cui egli vive nella condizione, dice Plessner, di una «doppia distanza dal proprio corpo, cioè ancora distinto

⁶ E. CORETH, *Antropologia filosofica*, trad. it. di F. Buzzi, Morcelliana, Brescia 2007⁷, p. 68.

⁷ H. PLESSNER, *I gradi dell'organico e l'uomo. Introduzione all'antropologia filosofica*, a cura di V. Rasini, Bollati Boringhieri, Torino 2006, p. 317.

dall'essere un Sé nel proprio centro, dal vivere interiore, l'uomo si trova in un mondo che corrisponde alla triplice caratteristica della sua posizione»⁸; proprio nella distanza da se stesso, il vivente uomo riesce a rapportarsi al suo io interiore e al mondo che lo circonda. In aperta critica a Heidegger, Plessner sostiene che

l'uomo nel suo essere si distingue da ogni altro essere per il fatto che *non è né il prossimo né il più lontano da se stesso*, eppure attraverso questa eccentricità della sua forma di vita incontra se stesso come elemento in un mare di essere e così, malgrado il carattere affine al non essere della sua esistenza, appartiene allo stesso insieme di tutte le cose di questo mondo⁹.

Se ci confrontiamo con l'elaborazione di Arnold Gehlen ci rendiamo conto che, nel suo caso, la dimensione della *distanza* viene declinata a partire dal riconoscimento della posizione particolare all'interno della natura e della fondamentale struttura dell'essere umano. In altri termini, spiega Gehlen:

Dal punto di vista morfologico – a differenza da tutti i mammiferi superiori – l'uomo è determinato in linea fondamentale da una serie di *carenze*, le quali

⁸ *Ibidem*. Questa dimensione della distanza ritorna anche quando si tratta di considerarne l'efficacia per talune forme espressive come ad esempio il riso. È a questo riguardo che Plessner ammette: «Il rilassamento di uno stato d'animo ilare, gaio, gioioso dispone allo scherzo, al motto di spirito; in una parola, a non prendere le cose sul serio. Quando all'uomo venga tolta la pesantezza, la prospettiva si dilata, gli ostacoli cedono e l'uomo raggiunge la leggerezza della distanza dal suo pari e dalle cose. In un simile distacco si scoprono le vere fonti del riso: lo scherzo, la comicità, il motto di spirito» (ID., *Il riso e il pianto. Una ricerca sui limiti del comportamento umano*, trad. it. di V. Rasini, Bompiani, Milano 2007, p. 119).

⁹ H. PLESSNER, *I gradi dell'organico e l'uomo*, cit., pp. 5-6. Come afferma Tolone, l'uomo, per Plessner, «è un assurdo che racchiude la contraddizione di essere contemporaneamente sé e altro da sé, centrato in sé e decentrato nell'altro, dentro e fuori. Questo perché egli non è dato una volta per tutte, con un posto ed un ruolo precisi nel mondo della natura; al contrario è essenzialmente limite, passaggio, divenire, essenza fluida che costituisce la propria autonomia e identità *in fieri*, nella relazione. La natura dell'uomo è segnata da un fondamentale superamento dell'egocentrismo in direzione della diversità» (O. TOLONE, *Homo absconditus. L'antropologia filosofica di Helmuth Plessner*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2000, pp. 167-168).

di volta in volta vanno definite nel preciso senso biologico di inadattamenti, non specializzazioni, primitivismi, cioè di carenze di sviluppo: e dunque in senso essenzialmente negativo¹⁰.

E, nonostante questa difettività iniziale, è proprio grazie alla capacità di distanziarsi che l'uomo inizia l'opera di emancipazione e di affrancamento dalla natura.

Mantenendo salda l'unitarietà dell'essere umano, Gehlen considera, infatti, l'importante *funzione esonerante* dell'uomo, mediante la quale egli è in grado di sottrarsi, quindi *distanziarsi* dalle sollecitazioni che gli provengono dal mondo esterno. Ammette Gehlen, a differenza dell'animale, che è sempre vincolato ad un ambiente ristretto, l'uomo è esposto, quasi inondato, dalla varietà e molteplicità delle sollecitazioni che gli provengono dall'ambiente-mondo. Egli si trova quindi nella condizione di dover rispondere e trasformare il *carico* del mondo, in opportunità, ovvero

chances per l'attività della quale egli vive fisicamente. L'*onere* che ne deriva può essere superato dall'uomo [...], con una attività autonoma, sebbene possa esserci una lunga strada, finché non si raggiunga quella visione d'insieme che non comporta sforzo, finché non è conosciuta la ricchezza dei contenuti, finché non sono sviluppati ed esercitate le capacità di muoversi e manipolare. Per questo possiamo indicare questi sviluppi anche come *processi di esonero*, con la qual cosa deve essere inteso quanto segue: l'influenza reciproca nella quale stanno l'apprendimento dei movimenti e la costruzione del mondo percettivo va nel senso di una sempre maggiore *presa di distanza* dell'uomo nei confronti del mondo¹¹.

Max Scheler offre un altro valido contributo per definire l'attitudine dell'uomo di distanziarsi, dal momento che si sofferma sulla capacità dell'uomo di pronunciare un *energico no* nei confronti della pressione della natura. Rispetto all'animale che

¹⁰ A. GEHLEN, *L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo*, trad. it. di C. Mainoldi, Feltrinelli Editore, Milano, p. 60.

¹¹ A. GEHLEN, *Antropologia filosofica e teoria dell'azione*, trad. it. di G. Auletta, Guida Editori, Napoli 1990, pp. 91-92.

dice sempre sì alla realtà effettuale, anche quando l'aborre e la fugge, l'uomo è «*colui che sa dire di no*», l'eterno *protestante* nei confronti di ogni realtà *meramente* effettuale [...], l'uomo risulta l'eterno «Faust», la *bestia cupidissima rerum novarum*, incapace di trovare appagamento nella realtà effettuale circostante, e sempre desiderosa di infrangere quei *limiti* spaziotemporalmente determinati entro cui gli è data l'essenza e «l'ambiente-proprio», e che rappresentano anche i limiti della propria autorealizzazione¹².

Da tutto ciò risulta che l'uomo è l'unico essere in grado di non soggiacere ai meccanismi naturali: egli è sempre prima e dopo, in una parola *oltre*, cioè è sempre fuori e dentro, capace di mediare, riflettere, appunto distanziarsi. Questa dimensione costitutiva dell'essere umano diventa anche il luogo genetico di un'interrogazione che vorrei provare ad articolare nel modo seguente: c'è, è possibile stabilire il *come* della distanza? C'è, in altre parole, un criterio per decidere la giusta misura della distanza, che ci permette di partecipare senza immedesimarci troppo, di avvicinarci senza scadere nella confusione emotiva e che ci permette di vedere e di sentire l'altro, di prendere coscienza del nostro stesso essere, che a sua volta per percepirsi deve mettersi a distanza da se medesimo¹³?

Da questo punto di vista diviene essenziale provare a identificare cosa significa, per dirlo con Rovatti, *abitare la distanza*, visto che questa stessa frase:

suggerisce – piuttosto – qualcosa come un'instabilità? Uno scarto tra l'essere da qualche parte, presso qualcosa o qualcuno, e il non esserci davvero? Suggerisce, forse, in un movimento che potrebbe diventare abissale, che il dimorare è proprio il riuscire a stare in tale scarto e che solo in questo modo –

¹² M. SCHELER, *La posizione dell'uomo nel cosmo*, trad. it. di G. Cusinato, Franco Angeli, Milano 2004⁴, p. 140.

¹³ La critica di Housset alla posizione cartesiana ci suggerisce di prendere in considerazione questa ipotesi. Il pensatore francese, dopo aver distinto due differenti modi di provare pietà, quello dell'uomo debole e dell'uomo forte, ammette: «Le sujet se met alors à distance de lui-même pour mieux se plaindre, et cette mise à distance n'étant pas une ouverture à une alterité, fût-elle en soi, elle interdit qu'il soit vraiment affecté par un être étranger» (E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié*, cit., p. 29).

una specie di esilio da casa propria – possiamo ospitare l'altro? Oppure, ancora, il bisogno che abbiamo di far coabitare la presenza e l'assenza¹⁴?

Se dunque la distanza è uno dei “reagenti” della chimica della compassione, l'altro è certamente l'apertura all'altro, ovvero la disposizione emozionale, il darsi, lo spendersi generosamente e gratuitamente per l'altro, perché meritevole delle nostre cure e delle nostre attenzioni; ogni altro, chiunque, il prossimo.

Due storie

Due storie possono offrirci la possibilità di riflettere sulla posizionalità, ovvero sullo *sguardo* a partire dal quale si legge la sofferenza dell'altro. Prendo spunto dalle ben note pagine di M. Nussbaum nel suo *L'intelligenza delle emozioni*, dove, per affrontare la questione della compassione, la Nussbaum ripercorre le tappe della vicenda di Filottete¹⁵. Filottete è un uomo buono e un buon soldato, dice la Nussbaum, al quale durante il viaggio per Troia accade una disgrazia orribile: per errore si trova a varcare un sacro recinto nell'Isola di Lemnos e ad essere punito per questo dal morso di un serpente che vigila sul luogo. Questa ferita comincia ad infettarsi e a rendere il corpo di Filottete osceno. L'uomo, in preda a dolori strazianti, viene abbandonato dai compagni che, proprio a causa di Filottete, non riescono più a continuare i loro sacrifici. Solo dopo dieci anni i compagni torneranno a riprenderlo, mossi non da pietà verso di lui, ma solo dalla certezza di non poter vincere la guerra senza l'arco magico di Filottete. Qui due atteggiamenti colpiscono l'autrice: quello di Odisseo, che non possiede alcun interesse per Filottete, e quello del coro che, pur non avendo mai visto Filottete, si figura «la sua solitudine, il suo dolore, la sua lotta quotidiana per sopravvivere»; sarà

¹⁴ P. A. ROVATTI, *Abitare la distanza. Per una pratica della filosofia. Per una pratica della filosofia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007, p. XXX.

¹⁵ La storia di Filottete, come noto, viene anche riproposta nell'opera della stessa autrice *Coltivare l'umanità. I classici del multiculturalismo, l'educazione contemporanea*, trad. it. di S. Paderni, Carocci, Roma 2003.

proprio questa partecipazione emotiva alle sofferenze indicibili del povero Filottete a diventare l'elemento decisivo per trasformarne le sorti¹⁶.

La vicenda mostra, tra l'altro, che un

uso vivido dell'immaginazione induce a compiere una scelta politica volta a impedire che Filottete venga trasformato in un semplice mezzo e il pubblico viene portato a credere che questo sia anche un risultato valido tanto dal punto vista politico, quanto da quello morale. In questo modo, mostrando i benefici di quel genere di partecipazione affettiva che sta risvegliando nei suoi spettatori, la tragedia stessa rivela la propria funzione e utilità per la formazione di un buon cittadino e per il compimento di scelte pubbliche fondate¹⁷.

La seconda storia è l'episodio narrato nel Vangelo del pover'uomo soccorso dal buon samaritano, il quale offre, anche grazie ad alcune riletture contemporanee, un'altra prospettiva che permette una rilettura della compassione. Boltanski, ad esempio parla della parabola del samaritano come di una parabola profana nel senso che «essa non sviluppa la metafora del Regno, ma punta verso l'azione da tenere in questo mondo, raffigura, nella sua concisione, i tratti principali della compassione»¹⁸.

Il passo, anche in questo caso, è assai noto:

Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo

¹⁶ G. Galli sottolinea su questo punto anche la presenza di alcuni sentimenti di ambivalenza: «Accanto al volto sofferente, ai gemiti che invocano aiuto c'è anche "il brutto odore che può opprimere", ci sono le "grida perturbatrici", tutti elementi che possono evocare nei curanti ed anche nei famigliari repulsione, stanchezza e logoramento» (G. GALLI, *Curare e guarire*, cit., p. 17).

¹⁷ M. NUSSBAUM, *Coltivare l'umanità*, cit., p. 101. Non entreremo, almeno per il momento, sulla questione dello *spettatore*, a cui lo stesso Boltanski dedica buona parte della sua riflessione, del quale, in ogni caso, riconosce una funzione essenziale, nella misura in cui, «ciò che attrae particolarmente l'attenzione nello spettatore è, da una parte, la possibilità di vedere tutto: quella di una prospettiva totalizzante di uno sguardo senza punto di vista o di una circolazione tra tutti i punti di vista possibili» (L. BOLTANSKI, *Lo spettacolo del dolore*, cit., p. 39).

¹⁸ L. BOLTANSKI, *Lo spettacolo del dolore*, cit., p. 11.

morto. Per caso, un sacerdote scendeva per quella medesima strada e quando lo vide passò oltre dall'altra parte. Anche un levita, giunto in quel luogo, lo vide e passò oltre. Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'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. Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno. Chi di questi tre ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?». Quegli rispose: «Chi ha avuto compassione di lui». Gesù gli disse: «Va' e anche tu fa' lo stesso»¹⁹.

Ci chiediamo: cosa accade nelle due circostanze appena descritte, al di là del diverso contesto religioso in cui vengono formulate? I due racconti tendono a riproporre, attraverso il tema centrale della compassione, la questione del rapporto tra distanza e prossimità.

Nel caso di Filottete, la vista della sofferenza non produce immediatamente alcuna compassione nei compagni, che anzi, disgustati dal fetore delle sue piaghe decidono di abbandonare Filottete al suo destino di infelicità. Sofocle narra che solo un interesse estraneo alla circostanza della sua sofferenza li spingerebbe a ritornare. D'altra parte il coro, che incarna il volto umano della compassione, interviene non perché *vede*, ma solo perché si figura, si rappresenta o anche immagina la sofferenza del guerriero e per questo è mosso da compassione. Da qui, il ruolo strategico dell'immaginazione messo in luce proprio dalla Nussbaum, sul quale, tuttavia, non ci soffermiamo in questa sede.

Nella parabola del samaritano i tre passanti *vedono* tutti la stessa scena, ma solo uno dei tre decide di *guardare in faccia* la sofferenza del povero e quindi decide di prestargli soccorso. Anche in questo caso non è il contatto diretto con la sofferenza a determinare il suo comportamento!

Le piaghe di Filottete e la sventura del malcapitato anonimo protagonista della parabola evangelica non determinano alcuna forma compassione. Ci dev'essere dunque un altro elemento che interviene e che diviene decisivo per la scelta?

¹⁹ Lc, 10, 25-37.

Su questo punto ci discostiamo dalla tesi di Boltanski che considera la *vista* un elemento decisivo dell'azione compassionevole. Il samaritano interviene perché *vede*. E che dire degli altri due? Per il sociologo francese è precisamente dalla congiunzione tra la possibilità di conoscere e quella di agire, che il terzo passante interviene, differentemente dai primi due viaggiatori, che hanno distolto lo sguardo e si sono prontamente messi al più presto *a distanza* dal sofferente.

Ora, Boltanski utilizza la parabola proprio per dire che la compassione nasce da un *contatto immediato* tra la vista e l'azione e, che dunque, non vi sarebbe alcuna mediazione tra vedere e agire, inoltre l'azione è sempre un'azione fattibile. Accanto a ciò, invita a considerare il gesto di compassione del samaritano che è propriamente rivolto a una singolarità. Avverte Boltanski: «La misericordia non si attua in ogni generalità bensì inscritta nelle relazioni singolari tra individui singolari: dei passanti senza problemi e un infelice la cui sofferenza si manifesta localmente»²⁰.

A questo punto non possiamo non interrogarci su quanto affermato, nel senso che ci chiediamo se sia sufficiente la *vista* della sofferenza per far nascere la compassione, o piuttosto non sia necessario qualcosa diverso? Ciascuno di noi partecipa all'infelicità del sofferente solo quando vede e tocca le sue piaghe? E la distanza è davvero la condizione che ostacola la sofferenza o non piuttosto ciò che la rende possibile²¹ ?

La Nussbaum e Kierkegaard offrono ulteriori dettagli sui racconti suddetti. La storia di Filottete offre, infatti, alla filosofa americana la possibilità di considerare tre elementi della compassione: il giudizio di

²⁰ L. BOLTANSKI, *Lo spettacolo del dolore*, cit., p. 12.

²¹ Come viene puntualmente sottolineato anche da Rovatti, il *vedere* assume in ambito fenomenologico una rilevanza essenziale che qui certo non abbiamo modo di approfondire. Vale comunque la pena ricordare che «quando Merleau-Ponty contrappone il pensiero di *sorvolo* all'*abitare* il mondo, e ci offre osservazioni preziose sul vedere come abitare come *distanza*, e dunque anche sulla visibilità come distanza, anche lui ci invita a *pensare* una contrapposizione piuttosto che un paradosso, e comunque ci invita a pensare e dunque, in certo modo, a *sorvolare*» (P. A. ROVATTI, *Abitare la distanza*, cit., p. 33).

serietà o gravità della sofferenza patita, il giudizio di non colpa, il giudizio eudaimonistico e delle analoghe possibilità. Nel primo caso si coglie quello che nella compassione può essere definito come «un elemento di trasposizione nella situazione dell'altro in corrispondenza a criteri generali sul benessere umano, su cui incidono però storia e cultura»²²; nel secondo, l'assenza di colpa ci dice che, perché vi sia compassione, si deve poter escludere una diretta responsabilità della sofferenza da parte di chi ne è afflitto; infine, la somiglianza dice della possibilità di formulare un giudizio di analoghe possibilità o di somiglianza nel quale è compreso il giudizio eudemonistico, ma anche qualcosa di più²³. Infatti, dice la Nussbaum,

Il riconoscimento della propria analoga vulnerabilità [...] è un requisito epistemologico importante e spesso indispensabile per la compassione, negli esseri umani – ciò che fa la differenza tra il vedere dei contadini affamati come esseri la cui sofferenza è importante, e il considerarli come degli oggetti distanti, le cui esperienze non hanno nulla a che vedere con la nostra vita²⁴.

Per un verso, mediante il giudizio di somiglianza si riflette significativamente sul «modo attraverso cui l'altro viene attratto nel cerchio della nostra esperienza»²⁵; per l'altro, i tre requisiti ci vengono incontro nel cercare di definire come, mediante la compassione, accade una sorta di raddoppiamento di sé²⁶ e si istituisce un legame

²² L. BOELLA, *Grammatica del sentire. Compassione simpatia empatia*, CUEM, Milano 2004, p. 95.

²³ Anche rispetto alla visione aristotelica, nella quale la compassione sembra riconnettersi al tema della paura dell'individuo, la concezione della Nussbaum contiene qualcosa in più, nel senso che ella ritiene che «possiamo avere compassione per un altro senza avere nulla da temere per noi stessi – anche se, di nuovo, negli imperfetti esseri umani questo nesso si dimostrerà di solito psicologicamente utile per promuovere l'interesse» (M. NUSSBAUM, *L'intelligenza delle emozioni*, trad. di R. Scognamiglio, il Mulino, Bologna 2004, p. 390).

²⁴ Ivi, p. 385.

²⁵ L. BOELLA, *Grammatica del sentire*, cit., p. 98.

²⁶ «La compassion même rationnelle, n'est pas une sortie hors de soi comme réceptivité à la donation propre d'autrui, mais une forme de dé doublement se soi. Une pitié qui compare ne peut qu'oublier le moment pathique de la rencontre au

con l'altro in cui gli elementi della relazione non si perdono l'uno nell'altro, ma si mantengono nella loro irriducibile alterità ed equidistanza.

La rilettura della parabola del samaritano offerta da Søren Kierkegaard ci offre maggiori elementi di approfondimento. Il senso della parabola riposerebbe, secondo il filosofo danese, nell'individuazione da parte del samaritano di essere lui il prossimo dello sventurato: «infatti egli non provò che il malcapitato *era* il suo prossimo, ma che egli era il prossimo del malcapitato»; dei tre personaggi solo il samaritano «comprese benissimo ch'egli era il prossimo del caduto»²⁷.

Si direbbe che tanto Kierkegaard quanto la Nussbaum propendono per un tipo di giudizio che anticipa il percorso di riconoscimento. Questo è, a mio avviso, ciò che propriamente permette di soccorrere l'altro, di *vederlo* e *sentirlo nel suo dolore*, ovvero riconoscerlo degno e meritevole di stima e di rispetto, per dirlo con Ricoeur²⁸.

profit du seul moment gnostique» (E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié. Phénoménologie de la coummunauté*, Cerf, Paris 2003, p. 26).

²⁷ S. KIERKEGAARD, *Atti dell'amore*, cit., p. 191.

²⁸ Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, nel nostro intervento *Dalla rovina un nuovo inizio*, in *Rappresentazioni e autorappresentazioni contemporanee: interpretare, ricostruire, creare*, Atti del "primo seminario di studi interfaccoltà tra ricerca e didattica", a cura di C. Canullo, T. Petrovitch Njigosh, M. Severini, Eum, Macerata 2009, pp. 24-35, grazie a Ricoeur si percepisce la positiva circolarità aperta dal riconoscimento, una circolarità appunto virtuosa sconosciuta alla rappresentazione. Si tratta, infatti, di provare a rispondere alla domanda circa le modalità che consentono e garantiscono ad un soggetto di essere effettivamente riconosciuto da altri. In questo senso l'accento si sposta sulla dimensione della lotta, ossia sull'invocazione di un riconoscimento desiderato, voluto, preteso. Si apre un terreno di confronto nel quale si intersecano e interagiscono le capacità soggettive con le diverse modalità di mediazioni simboliche che si definiscono tanto a livello socio-politico, quanto socio-economico e socio-culturale. Si impone a questo livello una riflessione che concerne l'effettiva capacità delle odierne società multiculturali di attuare sul piano della vita pratica quei diritti che, almeno in linea di principio, sembrano essere riconosciuti a tutti gli individui. «Sotto questo aspetto – nota Ricoeur – ciò di cui soffrono in maniera particolare i cittadini di tutti i paesi è il contrasto stridente tra l'uguale attribuzione di diritti e la diseguale distribuzione di beni» (P. RICOEUR, *Percorsi del riconoscimento. Tre studi*, trad. it. di F. Polidori, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005, p. 225).

Sentire e riconoscere la dignità e la comune vulnerabilità permette di oltrepassare la paura dell'altro che è sempre misterioso e irriducibile, ingombrante con la sua fisicità, che può arrivare ad essere, a volte, anche disgustosa e provocante. La differenza dell'altro, secondo Laura Boella,

pone una barriera alla presa diretta da parte dei miei sensi, della mia vista, del mio tatto, del mio udito. È proprio questo che io sperimento dell'altro: il suo non essere il mio sosia, il suo sottrarsi alla presa, l'accesso sbarrato a qualcosa, a molto di lui [...]. *La differenza (che sotto alcuni profili appare come inaccessibilità) è dunque innanzitutto l'esperienza che io ho dell'altro*²⁹.

Dove manca il riconoscimento dell'alterità dell'altro e della sua irriducibile dignità, che deriva da una messa a distanza dell'altro, in quanto altro da me³⁰, manca anche la possibilità di esercitare la compassione. Una prova è la malvagità eretta a norma nei campi di concentramento, in cui la totale mancanza di compassione è direttamente connessa con la mancanza di riconoscimento della dignità dell'altro³¹.

Si direbbe, in definitiva, che lo sguardo in quanto tale è condizione necessaria ma non sufficiente a farci *sentire la sofferenza dell'altro*, nonché a far nascere la compassione³². Senza una disposizione

²⁹ L. BOELLA, *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, p. 37.

³⁰ «È infatti necessario che l'altro sia mio analogo affinché, oltre all'esperienza dell'io, sia in grado di comporsi con l'esperienza di altri su una base di reciprocità, sebbene il concatenarsi di queste costituzioni tragga il proprio senso dalla esperienza originaria di me stesso in quanto *ego*» (P. RICOEUR, *Percorsi del riconoscimento*, cit., p. 178).

³¹ Ricorda, infatti, la Nussbaum che in «*La distruzione degli Ebrei d'Europa*, Raul Hilberg mostra quanto diffusamente il discorso nazista sugli ebrei, quando si trattava della loro morte, li descrivesse come non-umani, o come esseri di una distante specie animale, come insetti o vermi o come oggetti inanimati, «carico» da trasportare» (M. NUSSBAUM, *L'intelligenza delle emozioni*, cit., p. 385).

³² Roberta De Monticelli si sofferma su tre elementi essenziali ai fini del nostro percorso riflessivo. In primo luogo si tratta di considerare lo statuto del *vedere* che come tale è un senso distale: «I sensi della distanza – vista, udito – hanno un ruolo privilegiato nella sfera cognitiva, e a tal punto guardare e ascoltare sono atti

interiore, una disponibilità ad accogliere l'altro, *altri*, originata dall'apertura interiore all'alterità³³, l'io non potrebbe vedere, incontrare e sentire il grido di sofferenza dell'altro, il suo appello alla responsabilità. La capacità di vedere e sentire l'altro, avvertirlo nella sua irriducibile alterità e prossimità, coglierlo nel luogo e nel tempo del suo dolersi per il suo dolore, permette di accoglierlo, senza fagocitarlo e di difenderlo, senza offenderlo.

Distanza, compassione e prossimità

oggettivanti piuttosto che egologici, che il piacere della vista e dell'udito è più o meno originariamente piacere estetico, cioè disinteressato e «distaccato», in qualche modo impersonale – e profondamente personale solo nel senso in cui lo è l'esperienza estetica, che tocca un livello di realtà personale più profondo di quello concesso all'esperienza sensoriale pura e semplice». In secondo luogo invita a considerare la differenza tra un semplice sentire e il *con*-sentire o il *dis*-sentire «e quindi afferrare il nesso fra i sentimenti e l'ordine del cuore, o l'identità morale di ciascuno, e la scoperta (mai definitiva) che ciascuno ne fa. Ma è altrettanto importante vedere che questa scoperta di sé non si fa senza la scoperta degli altri e della loro trascendenza, che è, per così dire, l'orizzonte di tutti i sentimenti». In terzo luogo sottolinea la strutturazione personale sottesa al provare determinate emozioni, senza la quale non potremmo gioire o dolerci. È proprio questa strutturazione che «spiega perché noi condividiamo palesemente alcuni tipi di emozioni, piuttosto primarie, con gli animali superiori, mentre altri tipi di emozioni che ci sono familiari non sono concepibili neppure per i più intelligenti fra i delfini. Rimpianto, rimorso, compassione, ad esempio, presuppongono non solo capacità *cognitive* superiori, ma anche e soprattutto l'esistenza di *sentimenti nei confronti propri e altrui*, e spesso di sentimenti di un grado di complessità personale veramente inattingibile anche al più affettuoso dei cani e al più simpatico dei delfini» (R. DE MONTICELLI, *L'ordine del cuore. Etica e teoria del sentire*, Garzanti, Milano 2008², p. 97-120-125).

³³ Come abbiamo già avuto modo di osservare in altra sede, la riflessione filosofica contemporanea, anche grazie all'attenta rilettura dell'opera di Agostino di Ippona, è in grado di cogliere, valorizzare e apprezzare tutte le potenzialità dell'essere personale. Infatti, attingendo alla sfera più intima di se stesso la persona scopre la possibilità di aprirsi all'altro sia in senso verticale che orizzontale. L'interiorità si svela come la possibilità dell'incontro del sé con se stesso, ma anche con l'altro da sé (cfr. “In interiore homine habitat veritas”. *Riletture contemporanee del paradigma agostiniano*, in G. De Simone, (a cura di) *Le vie dell'interiorità. Percorsi di pensiero a partire dalla riscoperta contemporanea dell'interiorità*, Cittadella Editrice, Assisi 2011, pp. 37-75).

Si tratta a questo punto di articolare il rapporto tra distanza e prossimità declinandolo proprio attraverso la compassione. La compassione serve a bilanciare l'intervallo che mi permette di *vedere l'altro alla giusta distanza*, al punto da farlo divenire il mio prossimo. Questa, infatti, istituisce e rende possibile la relazione tra miseria e fragilità di un'umanità sofferente e ferita, con l'indignazione dell'osservatore. Compatire non è solo vedere e sentire; è anche dar voce allo sventurato, che a volte non ha nemmeno la forza per gridare; lottare affinché il male dell'altro non sia solo un *suo* problema, ma anche un compito personale e comunitario; vincere l'indifferenza di fronte alle sofferenze degli sventurati e combattere contro quel larvato senso di impotenza che ci salva tutti.

Non va trascurato il fatto che siamo tutti più o meno anestetizzati rispetto alla nostra capacità di sentire, nel senso che le accattivanti e svianti rappresentazioni teatrali, televisive e cinematografiche ci illudono e ci seducono addormentando lentamente la nostra coscienza morale. Queste attività (si pensi al caso del teatro, come dice Boltanski), non solo ci abitano ad una rappresentazione del male e a misurarci quotidianamente con il malessere degli altri, ma ci insegnano anche a pensare che l'altro, in qualsiasi momento, essendo capace di recitare, può fingere di soffrire per suscitare in noi un'emozione compassionevole:

L'importanza accordata alla sensibilità e all'emozione, provocate dallo spettacolo della sofferenza altrui, nella prova di accesso all'umanità, ha numerose conseguenze. La prima è quella di suscitare un interesse appassionato per le emozioni e soprattutto per la questione delle emozioni simulate. Considerato il ruolo assegnato alle emozioni nella vita morale, diviene cruciale essere in grado di separare le emozioni reali, esteriorizzazioni dell'interiorità, immerse direttamente nelle radici del cuore, dalle emozioni rappresentate, puramente esteriori, mimate, senza alcun referente nell'interiorità. L'interesse per questa questione raddoppia il fascino che esercita il teatro [...] in quanto la capacità degli attori a produrre segni esteriori dell'afflizione e, per esempio, a versare lacrime esterne senza provare un sentimento corrispondente in fondo al loro cuore, introduce

un'incertezza sull'autenticità delle manifestazioni sentimentali della vita reale³⁴.

Ora, ci pare che la compassione, provenendo dall'originaria *capacità di vedere e sentire l'altro*³⁵, in una parola essendo strettamente connessa con l'empatia, non enfatizza e non ostenta il bene che compie, non nega l'esistenza del male, ma è in grado di riscattarlo, perché è attiva e si mette all'opera mediante il dialogo e la cura. La compassione non è in tal modo passiva, ma è il volto attivo dell'empatia, che ne è la condizione di possibilità³⁶. Si potrebbe ammettere che la compassione possiede, rispetto ai termini di *pietà* e *misericordia*, una costitutiva propensione per la partecipazione, l'accompagnamento, la presenza e la condivisione bene espressa nel prefisso *cum*. È un *essere-con-l'altro* che può vuol dire passione,

³⁴ L. BOLTANSKI, *Lo spettacolo del dolore*, cit., p. 155.

³⁵ Su questo punto si recepisce la lezione di Edith Stein sull'empatia mediante la quale facciamo esperienza dell'alterità dell'altro, grazie ad un'approssimazione che si declina sempre con la distanza: «Quando guardo una persona negli occhi, allora scopro per dir così il suo essere un io [...]. Del resto, ciò che gli occhi (la parte "più espressiva" del corpo) hanno da dirmi non si limita alla pura egoità in quanto tale. Vedo anche il suo grado di essere desto o la sua tensione, nella fermezza del suo sguardo vedo la fermezza del suo orientamento spirituale e nell'irrequieto vagare dello sguardo l'agitato vagare da un oggetto a un altro. Inoltre vedo tutta la scala dei sentimenti, ira, gioia, tristezza, vedo l'orgoglio, la bontà e la nobiltà d'animo e vedo anche il mondo "totalmente personale" in cui questa persona è buona, affettuosa o scostante. La vivezza (*Lebendigkeit*) con cui questa intera vita spirituale mi invade non si può affatto paragonare al modo in cui mi vengono a dattità gli stati sensibili» (E. STEIN, *Introduzione alla filosofia*, a cura di A. M. Pezzella, Città Nuova, Roma 1998, pp. 207-208). Su questo punto si vedano, tra gli altri, anche i lavori di L. BOELLA, *Sentire l'altro*, cit.; L. BOELLA, A. BUTTARELLI, *Per amore di altro. L'empatia a partire da Edith Stein*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000; A. N. GHIGI, *L'orizzonte del sentire in Edith Stein*, Mimesis, Milano 2011.

³⁶ Cfr. L. BOELLA, *Sentire l'altro*, cit., p. 12. Si veda anche la posizione di Laura Boella che afferma: «L'empatia, a questo punto, può diventare a pieno titolo il termine unitario con cui nominare l'ambito di esperienza entro il quale si danno le molteplici forme del *sentire l'altro*, l'amicizia, l'amore, la compassione, l'attenzione, la cura, il rispetto, il riguardo. Queste trovano nell'empatia il loro *fondamento* nel senso che da essa sono guidate, ispirate, motivate, da essa ricevono il loro orientamento, in essa trovano il loro autentico significato» (ivi, p. 22).

interesse, sollecitudine, prossimità e partecipazione, ma mai violenza o espropriazione.

Empatia e compassione determinano un'attiva e benevola sinergia che consente di soccorrere senza mortificare e possono per questo costituire due termini essenziali per quello che Housset definisce il risveglio della coscienza morale³⁷. Come afferma anche Laura Boella, «l'esperienza del dolore dell'altro mi mette in contatto con il mondo esterno, ma ne ridisegna fortemente i tratti»³⁸. La compassione permette che *altri* anonimi e senza volto, afflitti da sofferenze indicibili, divengano *il mio prossimo*; il primo non me, fuori di me, come direbbe Jankélévitch, di cui sento il dovere di prendermi cura, di lenire le sofferenze o di affidarlo, come nel caso della parabola, a qualcuno (le istituzioni) che sia in grado di prendersene cura in mia assenza, che forse è solo un'altra modalità per dire la necessità di istituzionalizzare la compassione.

In questo modo si tratta di ridiscutere le tesi di Boltanski che vede nella distanza *solo un ostacolo* per la realizzazione della virtù della compassione. Se condivido nella sostanza il riconoscimento degli effetti che può produrre la distanza, nel senso che «con l'aumentare della lunghezza delle catene causali [...], la responsabilità morale per omissione - diviene - ancora più incerta e dunque più difficile da stabilire»³⁹, non sarei del parere che per arrivare a tale limite occorre cancellare del tutto la distanza, perché questo impedirebbe il darsi stesso della compassione.

³⁷ «Le paradoxe du sentiment « intérieur », qui n'est tel qu'en étant un mode d'être-hors-de-soi, montre qu'on ne peut penser le sentiment pratique comme étant intentionnel. Rapporter le sentiment intérieur à l'egoconstituant conduit inévitablement à en faire quelque chose de subjectif, de particulier, et donc à le disqualifier. Contre une telle perspective, il s'agit de déterminer à nouveau le statut du sentiment pratique par une description de l'éveil de la conscience morale. Seule une telle description peut permettre de comprendre la dimension pathique propre au sentir de la pitié comme une ouverture au monde dans lequel chaque individu peut m'apparaître comme mon prochain» (E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié*, cit., pp. 67-68).

³⁸ L. BOELLA, *Sentire l'altro*, cit., pp. 22-23.

³⁹ L. BOLTANSKI, *Lo spettacolo del dolore*, cit., p. 24.

Tra una prossimità senza mediazioni e una distanza smisurata c'è forse anche una terza via, quella proposta anche di recente da alcuni interpreti come Mario Micheletti, che tendono a considerare la compassione come una virtù che «partecipa della ragionevolezza che è propria di tutte quelle scelte che contribuiscono alla perfezione della persona, alla costituzione di quei tratti del carattere che favoriscono la piena realizzazione delle potenzialità umane, la piena fioritura umana conforme alle esigenze e agli ideali della ragionevolezza pratica»⁴⁰.

La compassione non è dunque né un moltiplicatore di sofferenze, come pensa Kant, per il quale soffrire con l'altro significa non alleviare la sofferenza dello sventurato, ma solo raddoppiare la sofferenza (alla sua si aggiunge la mia sofferenza che patisco con e per lui⁴¹), né l'espressione dell'egoismo personale, come pensa Nietzsche, che disprezza i compassionevoli «che si beano della loro compassione» e non sono in grado di amare «un'altezza che sia al di sopra della loro compassione»⁴²; piuttosto è *un modo di essere con*

⁴⁰ M. MICHELETTI, *Il dibattito filosofico sulla compassione*, «Prospettiva EP», n. XXVII (2004), p. 200.

⁴¹ «Di fatto, quando un altro soffre e io mi lascio contagiare dal suo dolore (con l'immaginazione), senza peraltro poterlo aiutare, si finisce col soffrire in due, anche se a sentire effettivamente (nella natura) il male è uno solo. Ma è tuttavia inammissibile il dovere di aumentare i mali nel mondo, e di conseguenza non è nemmeno ammissibile fare del bene *per compassione*. Oltre tutto si tratterebbe di un tipo di beneficenza offensivo e in quanto esprime benevolenza nei riguardi di una persona indegna viene chiamata *miser cordia*. Ma fra gli uomini che non possono vantarsi di essere degni della felicità, la misericordia reciproca non dovrebbe esistere affatto» (I. KANT, *Metafisica dei costumi*, trad. it. di G. Landolfi Petrone, Bompiani, Milano 2006, p. 535).

⁴² F. NIETZSCHE, *Così parlò Zarathustra*, trad. it. di S. Giammetta, Rizzoli, Milano 1985, pp. 107 e 109. Riguardo alla posizione di Nietzsche si veda anche la tesi di Housset che ne denuncia una certa incompletezza nella misura in cui «Nietzsche dénonce l'illusion propre à la doctrine des affections sympathiques. Notre souffrance face à la misère d'autrui est, quoi qu'il en soit, la nôtre et jamais la sienne. La compassion consiste toujours à fuir sa propre souffrance, ne serait-ce que la souffrance de ne pas prendre de plaisir. D'une part, il n'y a pas de substitution possible, et, d'autre part, quand on pense se soucier d'autrui, on ne pense qu'à soi. Plus encore, à supposer que l'on puisse prendre sur soi les malheurs d'autrui comme s'ils étaient les nôtres, cela nous détruirait en toute certitude» (E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié*, cit., p. 33).

l'altro nel momento più delicato ed estremo, quello della sua sofferenza.

Compatire è un altro modo di sentire l'altro, diverso dall'amore personale, dalla fraternità e dall'amicizia, non solo perché l'altro non è prescelto, ma è *altri* semplicemente e irriducibilmente, ma anche perché nasce da una situazione del tutto negativa, in cui l'altro si trova. È un'emozione mediante la quale entro in contatto con *chiunque* e, nel momento stesso in cui sento il suo soffrire, questo altro che è altrove e distante diventa per me il mio prossimo. In questo senso è sì un accorciare la distanza che mi separa dall'altro, che nasce però proprio dalla mia possibilità di distanziarmi dall'altro.

Grazie alla distanza salutare della compassione posso sperimentare un modo tutto particolare di essere con l'altro, caratterizzato dal rispetto e dalla vicinanza emotiva, dalla partecipazione e dal riconoscimento, dal *sentire il suo dolore* senza sprofondarci dentro, senza confonderlo con il *mio dolermi del suo dolore*. La compassione concretizza le potenzialità inscritte nell'empatia. Se l'empatia ci consente di allargare l'orizzonte della nostra esperienza, la compassione permette che il soccorritore e la persona soccorsa si mantengano saldi nella loro reciproca identità, fa sì che ci approssimiamo, senza confonderci, che ci prendiamo cura dell'altro senza togliere a lui la responsabilità della sua vita, lo soccorriamo non per sostituirlo, ma per restituirgli ciò che la sofferenza momentaneamente gli sottrae: la lucida visione della sua dignità.

Proviamo compassione quando, raggiunti dal dolore dell'altro, ne *sentiamo* il dolore, sempre come *suo*. Da questa esperienza può anche nascere un *altro dolore* che dunque è il *nostro* dolerci per il dolore dell'altro, ma non è mai lo stesso dolore. Pur sperimentando la possibilità di un'intima vicinanza, la compassione ci permette di stare ad una sana distanza.

Coltivare questo modo di sentire e agire *con* e *per* l'altro guida e sorregge anche tutti gli altri legami interpersonali. Si tratta di un modo peculiare di essere, sorretto da quella *logica del cuore* di cui parla Hannah Arendt per la quale, come sottolinea anche la Boella, la compassione appartiene «all'ambito delle reazioni vitali che creano un

legame naturale tra gli uomini, il senso di un comune destino»⁴³. Una logica del cuore che non può essere intesa nel senso del banale sentimentalismo, ma del pudore e del rispetto, dell'amore e della giustizia, dal momento che «le qualità del cuore hanno bisogno d'ombra e di protezione contro la luce del pubblico per poter crescere e restare come si pensa siano, motivi intimi non destinati a pubblico spettacolo»⁴⁴.

La compassione è dunque *un genere di apertura* e di accompagnamento, di tenerezza e di sostegno, di fiducia e d'incoraggiamento; non è solo un'affezione passiva, un sentire l'altro nel momento del suo soffrire, ma un'attiva e creativa propensione all'altro, è un adoprarsi per l'altro, un agire *con* e *per* lui, nel momento in cui l'altro non è in grado di auto-sollevarsi. Un tale sporgersi verso l'altro, non può che sorgere da una disposizione costitutiva, una apertura ad altri, resa possibile dalla capacità di *sentire*, capacità che poi, esercitandosi, matura e cresce assumendo le forme dell'accompagnamento e della cura⁴⁵.

Per tutte queste ragioni la sollecitudine della compassione non corre il rischio di perdere in efficacia quando soccorre lo sventurato, l'altro, colpito, soggiogato dalla sofferenza, perché riesce a mantenere con l'altro quella distanza benefica che rende possibile l'incontro. Una distanza nella quale lo sguardo ha il tempo per organizzare l'intervento più opportuno, il migliore che possiamo mettere in campo, per far sentire la nostra vicinanza e la qualità di una presenza, che non biasima, né umilia, ma apprezza e risolve senza soffocare lo

⁴³ L. BOELLA, *Grammatica del sentire*, cit., p. 86.

⁴⁴ H. ARENDT, *Sulla rivoluzione*, trad. it. di M. Magrini, Edizioni di Comunità, Milano 1983, p. 102.

⁴⁵ Si veda a questo riguardo la posizione di Housset sulla responsabilità che egli considera proprio «comme une structure *a priori* de toute subjectivité transcendante, mais il ne suffit ce pendant pas d'être responsable, puor que cette responsabilité soit mienne. En effet, le devoir absolu ne peut pas être transcendant au système d'être absolu de la con science pure; ce pendant, jamais une subjectivité close sur elle-même ne peut naître à quelque chose comme un devoi absolu. Toute décision éthique, comme on l'a vu, suppose un sentiment intérieur qui, en extériorisant le sujet, ouvre un espace où peut avoir lieu le choix éthique» (E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié*, cit., p. 69).

sventurato con la munificenza di un pietismo stucchevole⁴⁶. Ricoeur la definisce anche come una specie di qualità professionale, «un addestramento a dominare le emozioni che sono inclini al fusionale; c'è anche un aspetto deontologico concernente i comportamenti da tenere [...]; ma c'è anche una dimensione propriamente etica, riguardante la capacità di accompagnare in immaginazione e simpatia la lotta dell'agonizzante ancora vivente, vivente ancora fino alla morte»⁴⁷.

Ciò perché se per un verso ciascuno avverte solo e unicamente la propria esistenza singolare e unica, da cui dipende anche il carattere ultimamente impenetrabile del segreto di ogni vita, per l'altro, ammette Ricoeur, c'è anche quel lato impenetrabile e segreto, proprio dell'altro uomo, dinanzi al quale si arresta tanto il versante dell'agire, quanto quello del raccontare. È come se su questo punto il filosofo francese fosse tentato di dare ragione a Kant quando propone la formula della *insocievole socievolezza*, mediante la quale intende riassumere «l'inquietante estraneità dei rapporti sociali che lo Stato di diritto ha il compito di ordinare»⁴⁸.

Sulla scia di queste considerazioni siamo portati a confermare l'ipotesi di partenza, che non sia necessaria un'estrema prossimità per salvaguardare la relazione interpersonale, ma che anzi per una piena e matura vicinanza con l'altro occorra un saperlo riguardare, kierkegaardianamente, *a distanza*. Infatti, solo in questo modo

⁴⁶ Su questo punto si vedano le considerazioni condotte anche da Richard Sennett, il quale riflette sul recente dibattito intorno all'esaurimento della compassione che scaturisce dal perdurare di certe realtà dolorose: «L'esaurirsi della compassione è sovente additato dai critici dello stato provvidenzial-terapeutico come una ragione per privilegiare un approccio più impersonale. C'è una logica stringente in questa impostazione, come sa chiunque abbia lavorato nell'assistenza sociale volontaria. Con il passare del tempo, i volontari cedono sotto il peso della tensione, delle eccessive richieste rivolte alla loro emotività» (R. SENNETT, *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*, trad. it. di R. Falcioni, il Mulino, Bologna 2004, p. 147).

⁴⁷ P. RICOEUR, *Vivo fino alla morte. Seguito da Frammenti*, trad. it. di D. Iannotta, Effatà Editrice, Cantalupa Torino, 2008, p. 48.

⁴⁸ P. RICOEUR, *Molteplice estraneità*, in D. JERVOLINO, *L'amore difficile*, Studium, Roma 1995, p. 131.

riusciamo a purificare il nostro sguardo per meglio vedere l'essere dell'altro che ci si presenta dinanzi. Anzi, in taluni casi proprio partendo da una distanza massima con l'altro si può raggiungere una feconda ed efficace prossimità. In questo senso si può ritenere che anche la dimensione dell'ospitalità ne sia un esempio paradigmatico; questa si qualifica, infatti, come l'esperienza dell'accoglienza e della donazione, in cui, partendo dall'essere reciprocamente e incommensurabilmente distanti, si passa alla eliminazione di tutte le distanze in modo che il più lontano divenga il più prossimo.

La compassione non si fonda su un rapporto paternalistico con l'altro, non tende a destituire l'altro, sottrargli il suo potere, ma si prefigge solo di fargli sentire la docile presenza di qualcuno che è in grado di rassicurarlo: «*Ecco ci sono. Nonostante le tue ferite, nonostante il tuo aspetto dimesso e sporco, io vedo la tua dignità, riconosco il tuo valore, e sono qui con te accanto a te per difenderti e restituirti dignità e rispetto nei luoghi e con coloro che non possono, non vogliono, non sanno né sentire né vedere!*»

Essere compassionevoli è dunque un abito, un modo di essere e la compassione è la virtù di una prossimità nella distanza, perché sa mantenersi in equilibrio tra sentire, giudicare e saper agire, anzitutto accogliendo l'altro con tutto il suo essere, in maniera totale e poi agendo in vista del suo bene, perché essere compassionevoli significa non solo riconoscere, ma anche insegnare a riconoscere che ciascuno è un bene in sé⁴⁹.

Non essendo una semplice emozione, la compassione richiede una *sapienza del sentire*, un sapersi volgere verso l'altro, verso la sua sofferenza, saper riconoscere quando egli soffrendo sta silenziosamente invocando il nostro aiuto o quando ci chiede di gioire con lui. Com-patire e con-gioire sono fenomeni dello stesso *sentire-*

⁴⁹ «La compassion totalement intéressée, et qui compte tout ce qu'elle dé pense, n'est que la forme achevée de notre egoïsme. Elle vit de la double illusion qui consiste à croire savoir ce qui est juste et à imaginer qu'il est possible d'abolir la distance qui nous sépare d'autrui pour éprouver sa souffrance. Il n'ya en toute rigueur aucune « com-passion » dans un sentiment qui, abolissant la proximité, dégénère en fusion, parce qu'il n'est pas respectueux d'autrui» (E. HOUSSET, *L'intelligence de la pitié*, cit., p. 23).

con, della percezione del valore insopprimibile dell'altro, come direbbe Max Scheler, a prescindere dalla condizione di estrema vulnerabilità della sua sofferenza.

Non siamo in grado di riconoscere e alleviare la sofferenza altrui se non siamo *educati a vedere*. Come è accaduto ai passanti della parabola del samaritano o ai compagni di Filottete, il tempo presente ci ha educato a passare oltre, a girare canale, a sintonizzarci su altre modulazioni di frequenza. Tutto *ci invita a passare* ad un altro argomento, ad un altro contesto, ad un'altra persona che non sia quella lì, che vedo soffrire. Dietro la scusa dell'impotenza (Cosa posso fare io?) si nasconde la trappola seducente e strisciante dell'indifferenza che a poco a poco persuade e allontana fino a non permetterci più di vedere l'altro, guardarlo in faccia, scorgere la sua umanità ferita e piagata, ridotta ai limiti minimi dell'umano.

L'eccesso di distanza: questo è dunque il problema con il quale dobbiamo seriamente misurarci, perché rischiamo di pensare che il vivere bene sia mantenere la massima distanza dall'altro, ma questo in realtà ci conduce ad annullare la possibilità stessa della relazione; se pongo tra me e l'altro una distanza tale che mi impedisce di sentire il dolore dell'altro, probabilmente questa distanza è già interna a me, è la diluizione del mio stesso sentire, una forma di ottundimento cosciente di ogni sentire.

Disabituandoci a poco a poco a sentire, o vivendo sempre in modo superficiale l'esperienza dell'incontro e del dialogo con sé e con altri, l'altro rimane sempre *fuori*, fuori dalla mia portata, lontano, altrove rispetto a me, anche quando è lì di fronte, presso di me, fino al paradosso estremo che il più vicino è sempre il più lontano, il meno visto. Ripercorrere la parabola della compassione ci aiuta a ritrovare le tracce del nostro sentire, a ricomporre la trama del nostro vissuto emozionale nella complessità del suo darsi, a riconoscere che «il prossimo è il primo Tu»⁵⁰, ma ci offre anche la possibilità per «mettersi alla ricerca di ciò che, in ogni essere umano, fonda l'unità di sensibilità, emozioni, conoscenza, volontà - ma anche - slancio verso

⁵⁰ S. KIERKEGAARD, *Atti dell'amore*, cit., p. 277.

l'assoluto»⁵¹ e per lavorare contro la disaffezione dello sguardo che è il peggior nemico della compassione.

⁵¹ L. BOELLA, *Sentire l'altro*, cit., p. 7.

Il nesso tra cura e virtù

Giacomo Samek Lodovici

L'intento del presente contributo¹ è provare a delineare, senza la minima pretesa di esaustività, il nesso tra virtù e cura.

Simile nesso può risultare problematico perché sulla cura e sulla virtù gravano delle incomprensioni che rendono difficilmente comprensibile una loro correlazione. Infatti, non di rado, la cura viene concepita come mera assistenza medica anaffettiva, oppure come sostituzione paternalistica che esonera colui che è preso in cura da molti compiti ed impegni, oppure come sentimentalistica indulgenza accondiscendente, oppure come preferenza per una certa persona che produce una predilezione nei suoi riguardi a scapito di giuste esigenze di altri. La virtù, dal canto suo, viene spesso concepita come mera forza per compiere il dovere resistendo alle passioni, oppure come mera ascesi e mera rinuncia.

Per cercare di mostrare il nesso tra cura e virtù dapprima proverò a tematizzare la cura come nome dell'amore, la sua connessione con la fragilità (accidentale e ontologica) dell'uomo, la sua declinazione nella forma del riconoscimento, la sua espressione nell'esercizio dell'autorità e nell'attività educativa (pratiche che devono evitare il paternalismo). Poi cercherò di mostrare la correlazione tra cura e virtù (purché quest'ultima venga correttamente intesa), in forza della nozione di virtù come *ordo amoris* (riguardo al sé e riguardo all'altro). Poi accennerò anche alla necessità di mantenere una certa distanza onde poter realizzare una prossimità virtuosa ed un giusto *ordo* degli amori. Da ultimo, alluderò alla fecondità espansiva, al potere

¹ Che è stato presentato al convegno *Prossimità difficile. La cura tra compassione e competenza*, svoltosi all'Università degli Studi di Macerata il 23 e 24 novembre 2011. L'autore ringrazia sentitamente tutti coloro che sono intervenuti durante il dibattito per le loro preziose considerazioni.

moltiplicatore dell'amore-virtù-cura: più ce n'è, più tende ad essercene.

Sulla cura come nome dell'amore

Etimologicamente parlando (almeno secondo una delle ipotesi vigenti), la cura ha che fare col *cor*, ha a che fare con *id quod cor urit*², con ciò che scalda il cuore: la cura è un nome dell'amore.

Precisiamo: amare significa volere e cercare il bene di qualcuno, che sia il sé oppure qualcun altro. Aristotele ha messo in luce il fatto che amare significa non già – non principalmente – provare un trasporto spontaneo, bensì «volere il bene dell'altro»³. Dire a qualcuno «ti voglio bene» equivale a dire «io voglio il tuo bene», «il tuo bene è la mia premura», io desidero realizzarlo, procurarlo, favorirlo, sono «interessato disinteressatamente» al tuo bene. Si può rilevare la distinzione tra amore-emozione ed amore-atto della volontà con un esempio: anche se mio figlio mi disgusta per ciò che ha fatto (per esempio perché ha assassinato qualcuno), anche se provo repulsione verso di lui, io lo amo se voglio, desidero e cerco il suo bene, il suo riscatto, la sua redenzione, ecc.

Ci può essere una cura delle cose (a cui si contrappone l'in-curia) e una cura rivolta alle persone, e quest'ultima si rapporta al singolo, all'uomo concreto, all'uomo di carne e sangue, realizzando forme più o meno intense di prossimità. Infatti, la cura è tanto più autentica e diversa dal mero assistenzialismo quanto più è interessata all'altro e quanto più specifica e particularizza *sapientemente* se stessa in rapporto all'irriducibile singolarità dell'altro.

² «Cura, quod cor urat», M. TERENCE VARRONE, *De lingua latina*, a cura di E. Riganti, Patron, Bologna 1978, VI, 46, p. 48.

³ Cfr. ARISTOTELE, *Retorica*, trad. it. a cura di M. Donati, Oscar Mondadori, Milano 2006, 2, 4, 1380b 31-35, p. 163. Cfr. anche, per esempio, M. NEDONCELLE, *Verso una filosofia dell'amore e della persona*, trad. it. di C. Miggiano di Scipio, Edizioni Paoline, Roma 1957, pp. 13-34, che parla dell'amore come «volontà di promozione».

Ad esempio, la sofferenza non è mai tipizzabile, bensì è sempre irriducibilmente singolare, perché nel patire di X e di Y ci può pur essere una base oggettiva identica (la stessa malattia, per esempio), ma nel vissuto di ognuno incide l'impronta indelebile della soggettività, l'interiorità, il significato che ognuno attribuisce agli eventi. Perciò, sempre continuando con questa esemplificazione del discorso in ambito medico, è esperienza diffusa il misconoscimento frustrante della propria irripetibilità che avviene quando un malato grave o cronico si sente trattato dal medico non già come una persona, bensì come una parte di corpo uguale a quella di tutti gli altri, come un soggetto di cura a cui è stata tolta la «s» di «soggetto» rendendolo oggetto⁴ (ovviamente anche essere considerati un caso rarissimo è frustrante, ma per motivi diversi...).

È chiaro che la cura non è soltanto azione medica o paramedica. La cura è una dimensione molto più ampia dell'agire: è uno dei nomi della sollecitudine, è uno dei nomi dell'amore, come abbiamo già detto. Parliamo, ovviamente, della cura benintenzionata, non di quella opportunistica e/o malintenzionata (anche il rapitore, in vista del riscatto, si prende cura della sua vittima...).

Cura e fragilità umana

Ora, la cura soccorre la fragilità umana accidentale e quella ontologica. La fragilità umana accidentale è quella che alcuni esseri umani scontano e altri no, quella che si produce, per vari motivi, nella vita di alcune persone, ma non di tutte: una certa malattia, una certa sofferenza psichica, una condizione di povertà, di disoccupazione, di emarginazione, ecc.

Il transumanesimo contemporaneo ritiene (gnosticamente) di estirpare questa fragilità. E, tra i suoi esponenti, c'è persino chi afferma che si avvicina rapidamente il momento in cui saremo capaci

⁴ A. PAPA, *Genealogia e umanizzazione della cura*, in A. PESSINA (a cura di), *Paradoxa. Etica della condizione umana*, Vita e Pensiero, Milano 2010, p. 96.

di sconfiggere la morte⁵: la credenza nell'inevitabilità della morte sarebbe dunque falsa. Ma, anche qualora le tecnoscienze e lo Stato assistenziale riuscissero a rimuovere la fragilità accidentale⁶, anche qualora riuscissero a rimuovere la malattia (che colpisce chiunque, prima o poi, nella vita), rimarrebbe la fragilità umana ontologica.

Per fragilità umana ontologica intendo la finitezza e dunque l'ineliminabile condizione di bisogno non già solo di alcuni esseri umani, bensì di ogni uomo in quanto uomo.

Si pensi alla fenomenologia dell'uomo impastato di fragilità di Pascal: «noi navighiamo in un vasto mare, sempre incerti e instabili, sballottati da un capo all'altro»⁷. E, sempre di Pascal, sovviene il famosissimo pensiero che menziona due motivi per cui dobbiamo prenderci cura dell'uomo, che sono la sua fragilità, appunto, e la sua razionalità (la ragione, certo, ma anche la volontà, la libertà, ecc.): «L'uomo non è che una canna, la più fragile di tutta la natura, ma è una canna pensante. Non occorre che l'universo intero si armi per annientarlo: un vapore, una goccia d'acqua è sufficiente per ucciderlo. Ma quando l'universo lo schiacciasse, l'uomo sarebbe pur sempre più nobile di ciò che lo uccide, dal momento che sa di morire e il vantaggio che l'universo ha su di lui; l'universo non sa nulla»⁸.

In effetti, almeno per via del nostro corpo siamo sempre vulnerabili per tutta la vita e siamo inoltre inermi in certe situazioni: vulnerabile è ogni essere umano, che è potenzialmente feribile finché vive; inerme è colui che in una qualche situazione non può in alcun modo difendersi. Mentre il neonato è insieme sempre vulnerabile e sempre totalmente inerme, l'adulto è sempre vulnerabile e ridiventa inerme in alcune circostanze, cosicché il neonato è archetipico, «sia perché la vita di

⁵ È quello che sostiene, per esempio, lo scienziato e inventore transumanista R. Kurzweil, cfr. <http://hplussmagazine.com/2010/01/21/immortalists-short-film-jason-silva/>. A Kurzweil il «Time Magazine» ha dedicato non solo un articolo, cfr. <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,2048299,00.html>, ma anche la copertina, http://img.timeinc.net/time/magazine/archive/covers/2011/1101110221_400.jpg.

⁶ Cosa impossibile, per diversi motivi metafisici che non è qui possibile illustrare.

⁷ B. PASCAL, *Pensieri*, Rusconi, Milano 1973, n. 84, p. 431 (traduzione mia).

⁸ Ivi, 264.

ciascuno incomincia dall'infanzia, sia perché il principio dell'infanzia ritorna ogniqualvolta qualcuno, nel corso della vita, si trova ad essere inerte»⁹.

Del resto, la dipendenza (unilaterale o reciproca che sia) sostanzia i nostri legami affettivi e personali più belli e profondi e, anche per questo, non è uno stato sempre da rifuggire¹⁰. Come dice Eva Kittay, «ognuno è figlio»¹¹, in quanto nella vita di ogni essere umano la dipendenza è ineluttabile quantomeno nei momenti dell'infanzia (ma almeno fino all'adolescenza ben raramente gli esseri umani sono autosufficienti e nelle società complesse ci vogliono almeno vent'anni per preparare gli esseri umani a vivere in società) e della vecchiaia. E noi nutriamo non solo il desiderio di essere curati, bensì, spesso, anche il desiderio di prenderci cura di chi è importante per noi. Siamo tutti figli, cosicché la cura «è una forma costitutiva del rapporto tra persone»¹². Sono figli anche coloro che si prendono cura di altri¹³, e lo sono maggiormente di altri proprio perché si dedicano alla cura, che li rende vulnerabili alla privazione economica, alla mancanza di riposo,

⁹ A. CAVARERO, *L'inclinazione materna*, in P. RICCI SINDONI, C. VIGNA (a cura di), *Di un altro genere: etica al femminile*, «Annuario di etica», 5, Vita e Pensiero, Milano 2008, p. 57.

¹⁰ E. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, trad. it. di S. Belluzzi, Vita e Pensiero, Milano 2010, p. XIX.

¹¹ Ivi, pp. 51-52, 151-152. Sulla coestensività tra figlio, essere umano e persona umana riflette A. PESSINA, «*Venire al mondo*». *Riflessione filosofica sull'uomo come figlio e come persona*, in C. CARIBONI – G. OLIVA – A. PESSINA, *Il mio amore fragile. Storia di Francesco*, XY.IT Editore, Roma 2011, pp. 68 e ss.

¹² L. ALICI, *Invito alla lettura*, in ID. (a cura di), *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità, responsabilità della cura*, Aracne, Roma 2011, p. 11.

¹³ Per questo, insiste la Kittay, una società giusta dovrebbe da un lato incoraggiare l'attitudine alla cura e promuoverne l'esercizio, dall'altro dovrebbe consentire ai *caregivers* di svolgere la loro attività supportandoli dal punto di vista concreto, economico e psicologico, senza far loro perdere delle opportunità sociali, di lavoro, ecc., senza far loro patire svantaggi per il fatto di occuparsi di chi è loro in carico: «proprio come abbiamo bisogno di cure per vivere e prosperare, allo stesso modo è necessario che si provveda alle condizioni per permettere agli altri – inclusi quelli che svolgono il lavoro di cura – di ricevere la cure indispensabili per sopravvivere e prosperare», E. KITTAY, *op. cit.*, p. 244.

al rivoluzionamento della loro vita privata, alla mancanza di tempo libero, alla perdita di opportunità lavorative, ecc.

Ovviamente i riferimenti si potrebbero moltiplicare, cioè la fenomenologia della finitezza umana potrebbe essere incrementata a dismisura, attingendo in particolare all'esistenzialismo, alla fenomenologia dell'uomo «gettato» nel mondo¹⁴. Il punto è che ogni essere umano è per tutta la vita un «nato prematuro»¹⁵.

Le istituzioni, le strutture economiche e le tecnoscienze non possono e non potranno mai venire incontro a tutte le forme del bisogno, della vulnerabilità e della finitezza dell'uomo, che solo le virtù attraverso cui si esprime la sollecitudine sono in grado di mitigare. L'amore sarà sempre indispensabile e mai superfluo anche nella società più efficiente e giusta, perché sempre ci sarà sofferenza bisognosa di essere lenita ed in cerca di consolazione, sempre ci sarà solitudine in cerca di compagnia, in cerca di condivisione e di amicizia. Lo Stato non può provvedere al bisogno essenziale che alberga nel cuore dell'uomo sofferente, non può provvedere al bisogno di amorevole coinvolgimento e di dedizione personale¹⁶.

Cura e riconoscimento

¹⁴ Sulla cura, *mutatis mutandis*, cfr. (ovviamente) M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, trad. it. di P. Chiodi, Fratelli Bocca Editori, Milano-Roma 1953, specialmente §§ 41-42 (in particolare la famosa favola di Igino), pp. 204-213. Per una critica (in parte ispirata a Martin Buber) alla concezione heideggeriana della cura cfr. M. REICHLIN, *La malattia, la salute, la cura: tra etica e bioetica*, in L. ALICI (a cura di), *La felicità e il dolore. Verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010, pp. 96-101. E sulla vulnerabilità umana nella cultura antica cfr. M. NUSSBAUM, *La fragilità del bene. Fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca*, trad. it. di G. Zanetti, il Mulino, Bologna 1996.

¹⁵ Mutuiamo l'espressione di A. PORTMANN, *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, trad. it. di B. Porena, Adelphi, Milano 1989, p. 197.

¹⁶ È (anche) sulla scorta di queste considerazioni che si giustifica l'applicazione del principio di sussidiarietà ed il sostegno dello Stato nei riguardi delle comunità intermedie.

Rimarrà sempre, perlomeno, la finitezza psicologica, cioè il bisogno di riconoscimento. Infatti, la formazione dell'identità psicologica di ognuno di noi è strettamente dipendente dall'affetto degli altri. L'espressione «l'uomo viene alla luce in un altro uomo», ha evidentemente un primo significato biologico: l'essere umano si forma nel grembo materno. Ma, come spiega Francesco Botturi, possiede anche un altro significato: indica che l'uomo esige il riconoscimento del proprio valore come condizione di possibilità per

attivare pienamente le proprie capacità affettive ed intellettuali e per raggiungere il senso della propria identità: chi non si sente affettuosamente accolto, non riesce ad accogliersi [chi non è amato non riesce ad amare se stesso]; chi non sa accogliersi non ha la carica affettiva sufficiente per esplicare le sue capacità fondamentali¹⁷.

Fin dal momento della nascita¹⁸, l'uomo ha un bisogno cruciale di uno sguardo accogliente che, attraverso l'affetto, gli conferisca un riconoscimento del proprio valore: ha bisogno in particolare dello sguardo di una madre, o di chi svolge le funzioni materne.

Tra l'altro, la nascita è una specie di morte, perché è il venir meno di un ambiente onniavvolgente, caldo e gratificante, è l'interruzione di una quasi-beatitudine dei sensi in cui la fame, la sete e gli altri bisogni sono automaticamente soddisfatti.

In rapporto alla potenza cruciale del riconoscimento, possiamo citare il celebre esperimento condotto dall'imperatore Federico II, riferito dallo storico Salimbene da Parma. Federico pensava che ogni uomo fosse capace naturalmente di parlare un linguaggio comune; ma riteneva che ogni uomo parlasse la propria lingua particolare imparando quella delle figure parentali della prima infanzia. Per riuscire a scoprire la lingua naturale degli uomini, Federico affidò dei

¹⁷ F. BOTTURI, *Formazione della coscienza morale: un problema di libertà*, in G. BRENA, R. PRESILLA (a cura di), *Per una libertà responsabile*, Edizioni Messaggero, Padova 2000, p. 84.

¹⁸ Per certi versi fin dal concepimento, come mette in luce in G. Colombo, che svolge una fenomenologia delle diverse tappe dell'emergere della coscienza come correlato del riconoscimento in G. COLOMBO, *Antropologia ed etica*, EDUCatt, Milano 2011, pp. 118-132.

neonati alle cure di alcune nutrici, che avevano il compito di accudirli e nutrirli, ma senza rivolgere loro nessuna parola e nessun segno di affetto; con questo esperimento egli sperava di verificare quale lingua avrebbero spontaneamente parlato i neonati. In realtà, l'unico risultato dell'esperimento fu che, ben presto, i neonati morirono¹⁹. Il punto è che fin dalla più tenera infanzia l'uomo ha bisogno di quella conferma nell'essere che viene veicolata nell'affetto altrui; ha bisogno di sentirsi «giustificato di esistere»²⁰, ha bisogno dell'affetto altrui ancora più che del nutrimento.

C'è chi contesta la veridicità del racconto di Salimbene. Se la vicenda fosse apocrifia poco cambierebbe: il bisogno di relazioni amevoli è confermato in psicologia da diverse teorie²¹.

Del resto, esistono casi istruttivi e certi di almeno quarantasette «bambini o ragazzi selvaggi», cioè cresciuti segregati in condizioni subumane non relazionali, oppure perduti da chi li aveva in cura, ma sopravvissuti e cresciuti in mezzo ad animali o tramite autosostentamento, la cui crescita psicologica si è bloccata o è regredita a causa della mancanza di relazione con uomini²². Quelli ritrovati dopo anni risultavano psicologicamente più indietro di quando erano stati persi, sebbene fossero anagraficamente cresciuti. Come si vede anche nei bambini di strada, se l'amore viene a mancare un bambino fatica ad attivare le sue capacità, o appunto regredisce psicologicamente.

E, all'inverso, è significativa la vicenda di Helen Keller²³, cieca e sorda da quando aveva 19 mesi, che tuttavia ha imparato a pensare,

¹⁹ Cfr. SALIMBENE DE ADAM DE PARMA, *Cronica*, a cura di F. Bernini, Laterza, Roma-Bari 1942, §§ 1664-1665.

²⁰ Prendiamo in prestito (*mutatis mutandis*) questa espressione da J.P. SARTRE, *L'essere e il nulla*, trad. it. di G. del Bo, il Saggiatore, Milano 1965, p. 455.

²¹ Per esempio dagli studi di John Bowlby sull'attaccamento e sui traumi dell'attaccamento, dalla psicologia interpersonale di Harry Stack Sullivan, dalla «piramide dei bisogni» di Abraham Maslow, ecc. Ci sono controversie e dibattiti su diversi aspetti e dettagli di queste teorie la cui valutazione spetta a chi è competente.

²² Cfr. A. LUDOVICO, *Anima e corpo. I ragazzi selvaggi alle origini della conoscenza*, Aracne, Roma 2007.

²³ Su cui riflette già E. CASSIRER, *Saggio sull'uomo. Introduzione ad una filosofia della cultura*, trad. it. di C. d'Altavilla, Armando, Roma 1968, pp. 93-96.

parlare, leggere, si è laureata, ecc. fino a diventare una famosa autrice²⁴, grazie alla paziente e fiduciosa dedizione di alcuni familiari ed istruttori.

Si pensi, ancora, alla vicenda di Genie. Nel 1971, a 13 anni, questa ragazzina venne liberata da una tremenda segregazione casalinga, durante la quale viveva in condizioni di quasi totale isolamento. Era assolutamente incapace di parlare dato che aveva vissuto in isolamento (e, nei rari momenti di contatto con qualcuno, le venivano rivolti versi animali e non parole); una volta liberata, grazie alle cure ricevute da un personale specializzato e da una famiglia affidataria, nel giro di quattro anni Genie è riuscita progressivamente a guadagnare una parziale capacità linguistica; nel 1975 è stata poi trasferita presso una nuova famiglia affidataria, che era inadeguata, soprattutto affettivamente, ed è caduta nel baratro della demenza²⁵.

Per quanto riguarda poi l'essere umano adulto che è cresciuto in un ambiente affettivamente normale dove abbia ricevuto un riconoscimento adeguato, l'affetto-riconoscimento resta cruciale, pena patire spesso diversi problemi della personalità.

Così, se per la Arendt la prima nascita di ognuno è quella biologica dopodiché la «seconda nascita» avviene grazie all'esercizio della propria parola e della propria azione²⁶, in realtà quella di cui ella parla acutamente è la terza nascita, perché la seconda nascita è quella promossa dall'azione e dalla parola performativa altrui.

Parola performativa perché la cura dell'amore, la cura che è l'amore, si realizza anche con le parole, perché già dire «ti voglio bene» è performativo, è un «fare cose con le parole»²⁷ che (purché sincero e percepito tale) già realizza una prima forma di riconoscimento: già udire tali parole può dare consapevolezza del proprio valore, può farmi percepire che è bene che io sia.

La seconda nascita è promossa dall'azione (perlomeno quella affettiva e di cura) e dalla parola, tanto che per l'espressione delle

²⁴ H. KELLER, *Il mondo in cui vivo*, trad. it., Bocca, Torino 1923.

²⁵ A. LUDOVICO, *Anima e corpo*, op. cit., pp. 103-111, 155-159.

²⁶ H. ARENDT, *Vita activa*, trad. it. di S. Finzi, Bompiani, Milano 1964, p. 187.

²⁷ Per dirla col famoso titolo di J. AUSTIN, *Come fare cose con le parole*, trad. it. di C. Penco e M. Sbisà, Marietti, Genova 1987.

attività consapevoli valgono sinergicamente (e fatte le debite differenze rispetto al loro significato originario) le sentenze di Faust e del Prologo di Giovanni: «In principio era l'azione»²⁸ e «in principio era la parola»²⁹. Il bambino comincia a parlare non solo perché sente meramente qualcuno farlo (come rileva Spaemann, è stato un insuccesso il tentativo di insegnare a parlare a dei bambini mediante dei video), bensì perché la madre si rivolge a lui trattandolo come una persona. Se invece la madre tratta il figlio come se dovesse diventare una persona, ma pensando che non lo sia ancora, il bambino non riesce ad esprimere le qualità e le attività della persona³⁰.

Insomma, ogni essere umano ha bisogno almeno di questa cura, la cura del riconoscimento.

Cura (e autorità) virtuosa, non paternalismo

E la cura rivolta all'uomo è tanto più benefica e tanto più moralmente buona, quanto più non gli procura solo cose, bensì gli dona appunto il riconoscimento, e quanto più lo aiuta ad essere libero, ad essere autonomo. Quanto più evita il paternalismo (che è una cura malefica, anche quando è benintenzionato) ed esercita piuttosto la

²⁸ W. GOETHE, *Faust*, trad. it. di F. Fortini, Mondadori, Milano 1987, p. 95. Ovviamente nel presente discorso l'azione di cura non ha un potere creativo di inizio assoluto, bensì presuppone già (per esempio) l'esistenza del soggetto che la riceve.

²⁹ *GV*, 1,1.

³⁰ R. SPAEMANN, *Persone. Sulla differenza tra qualcosa e qualcuno*, trad. it. a cura di L. Allodi, Laterza, Roma-Bari 2005, pp. 234-236.

Sul tema del riconoscimento ho cominciato a soffermarmi in G. SAMEK LODOVICI, *La felicità del bene. Una rilettura di Tommaso d'Aquino*, Vita e Pensiero, Milano 2002, pp. 47-50 e in G. SAMEK LODOVICI, *L'utilità del bene. Jeremy Bentham, l'utilitarismo e il consequenzialismo*, Vita e Pensiero, Milano 2004, pp. 251-256: cfr. la letteratura citata in questi due testi. Tra i lavori usciti successivamente, cfr. per esempio, A. MALO, *Io e gli altri. Dall'identità alla relazione*, Edusc, Roma 2010 (specialmente pp. 89-119, 141-143, 354-350), F. BOTTURI, *La generazione del bene. Gratuità ed esperienza morale*, Vita e Pensiero, Milano 2009, pp. 163-194 e G. COLOMBO, *Generative Fiduciality and Experience*, in F. BOTTURI (ed.), *Understanding human Experience: Reason and Faith*, Peter Lang, Bern et al. 2012, pp. 143-162.

sussidiarietà, aiutando maieuticamente la libertà altrui non già sostituendosi ad essa, bensì sostenendola, come fa appunto il sostegno con una pianta, che non la sop-pianta né la soffoca, bensì la sorregge affinché possa crescere, fiorire e fruttificare.

Del resto, la dignità della persona esige che se ne promuova l'iniziativa e la libertà³¹ invece che deresponsabilizzarla e umiliarla togliendole delle mansioni. Se un capoufficio ci toglie le mansioni che siamo capaci di svolgere ci mortifica.

Questo tipo di cura-sostegno sussidiario è il compito, per esempio, della buona autorità che (anche qui ci aiuta l'etimologia) fa *augere*, fa crescere. L'autorità virtuosa è sollecita verso coloro che le sono sottoposti, si prende cura di essi. Nel caso del politico e del genitore consiste (dovrebbe consistere) nel mettersi al servizio dei cittadini e dei figli. La vera autorità è quella che fa crescere, cioè fa maturare l'autonomia, la libertà e la responsabilità dell'altro. Si rivolge alla libertà³² altrui additando i fini per cui è bene agire in certi modi e spiegando ragioni persuasive e vere.

Così, un buon genitore è appunto colui che esercita l'autorità come dedizione al figlio, al suo bene materiale, psichico, spirituale e morale. La sua autorità consiste nel suo essere-per il figlio.

Questo tipo di sostegno è anche il compito della cura-educazione buona, che realizza l'*e-ducere*, cioè trarre fuori l'uomo in atto dall'uomo in potenza.

L'educazione buona si prende cura anzitutto di educare alla libertà e al bene. Donando il riconoscimento, essa infonde a chi lo riceve quel coraggio di essere se stesso di cui parla Kierkegaard, perché è chiaro che è «rischioso essere se stesso», ed è «molto più facile e più sicuro essere come gli altri, scimmiettare gli altri, essere un numero tra gli altri nella folla»³³. Giustamente, Guardini dice che «educare significa

³¹ In rapporto alle scelte gravemente malvagie della libertà diventano necessari dei vincoli; ma questo è un altro discorso.

³² Cfr. F. BOTTURI, *Formazione della coscienza morale*, cit.

³³ S. KIERKEGAARD, *La malattia mortale*, in ID., *Opere*, a cura di C. Fabro, Sansoni, Firenze 1972, p. 636.

che io do a quest'uomo coraggio verso se stesso [...]. Che lo aiuto a conquistare la libertà sua propria»³⁴.

L'educazione buona conduce alla libertà, con buona pace di quella versione (che non è l'unica esistente) del liberalismo che afferma che «la mia libertà finisce dove comincia la tua».

A ben vedere, questa formula concepisce tra le persone solo rapporti concorrenziali o di indifferenza; ma l'esplorazione della filosofia contemporanea sulla vita umana come con-essere e, soprattutto, sull'esigenza imprescindibile di riconoscimento che alberga strutturalmente in ogni uomo e sulla capacità generativa del riconoscimento, fornisce la premessa per comprendere che «in educazione è vero esattamente l'opposto. La responsabilità dell'educatore “comincia” dove comincia un'altra libertà; egli vi trova la sua ragione di esistere»³⁵.

Connessione con la virtù: concezioni riduttive

Si tratta ora di mostrare che cosa c'entri tutto il precedente discorso con la virtù. C'entra, perché abbiamo bisogno di virtù (sollecitudine, solidarietà, generosità, pietà, misericordia, ecc.) che soccorrano l'umana dipendenza e fragilità³⁶, prendendosene appunto cura.

Inoltre, se la cura è una forma di amore, la virtù è proprio *ordo amoris* quando è pienamente dispiegata e si può arrivare a dire che ogni atto di virtù, *quando e se raggiunge la sua perfezione*, è un atto di cura (di sé o di altri, come vedremo fra poco).

A questo riguardo, è necessario discutere almeno un paio di concezioni riduttive della virtù.

³⁴ R. GUARDINI, *Persona e libertà. Saggi di fondazione della teoria pedagogica*, La Scuola, Brescia 1987, p. 222.

³⁵ M. LÈNA, *Lo spirito dell'educazione*, trad. it. di I. Dassori, La Scuola, Brescia 1986, p. 141.

³⁶ A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, trad. it. a cura di M. d'Avenia, Vita e Pensiero, Milano 2001, p. 7.

Per esempio quella di Kant, perlomeno nella *Metafisica dei costumi*, dove la virtù subisce una restrizione riduttiva, perché ha come unico compito quello di vincere la resistenza delle passioni e dei vizi³⁷, di agevolare l’attuazione del dovere vincendo l’opposizione e gli ostacoli posti dalla sensibilità e dall’emotività.

Ma la comprensione contemporanea delle virtù è ancor più fuorviante: spesso le concepisce meramente come un freno alle passioni, identifica la virtù con la remissività, con la tranquillità, pensa la persona virtuosa come soggetto spento, “smorto”, come un soggetto «che non fa», come un soggetto che vive in modo rigidamente ascetico. In questa interpretazione, la vita virtuosa è concepita come una prassi di rinunce: i virtuosi, dice per esempio Nietzsche, «arrivano pesanti e scricchiolanti come carri che trasportano pietre a valle: essi parlano molto di dignità e virtù – il loro freno essi lo chiamano virtù!»³⁸. Insieme a Nietzsche, molti concepiscono la prassi virtuosa come un «odio contro il “mondo”», come una «maledizione delle passioni», come «paura della bellezza e della sensualità» e quindi un «impoverimento di vita»³⁹.

La virtù, inoltre, è ritenuta anche noiosa e uniforme: «ogni virtù inclina alla stupidità, ogni stupidità alla virtù; “stupido fino alla santità” – si dice in Russia – facciamo in modo di non diventare, infine, per stupidità, anche dei santi e dei noiosi! Non è forse la vita cento volte troppo breve per annoiarsi?»⁴⁰.

³⁷ I. KANT, *Metafisica dei costumi*, trad. it. di G. L. Petrone, Bompiani, Milano 2006, § 405 (p. 427): «la virtù è [...] la forza morale di un uomo nel compiere il proprio dovere [...] forza di cui possiamo cogliere l’intensità solo misurandola con la grandezza degli ostacoli [...]. I vizi sono i mostri che l’uomo deve combattere, ed è anche per questo che tale forza etica, intesa come forza d’animo (*fortitudo moralis*), costituisce il più grande e l’unico vero onore guerriero dell’uomo»; ma cfr. già § 380 (p. 373) e § 394 (p. 405).

³⁸ F. NIETZSCHE, *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno*, trad. it. di G. Colli, M. Montinari, Adelphi, Milano 1968, vol. VI, tomo I, p. 112.

³⁹ ID., *La nascita della tragedia. Ovvero greccità e pessimismo*, trad. it. di G. Colli, M. Montinari, Adelphi, Milano 1972, vol. III, tomo I, pp. 10-11.

⁴⁰ ID., *Al di là del bene e del male*, trad. it. di G. Colli, M. Montinari, Adelphi, Milano 1968, vol. VI, tomo II, pp. 135-136. Beninteso, anche Nietzsche elabora una sua concezione di virtù: cfr. per esempio, *ivi*, p. 125 e p. 179.

In realtà, in primo luogo, la virtù non richiede l'estirpazione di emozioni, sentimenti e passioni, bensì realizza la loro armonizzazione e alleanza con la ragione. Nella vita buona dell'uomo virtuoso, vera opera d'arte, gli affetti sono una *preziosissima e straordinaria energia*, che potenzia l'umana capacità di agire e di pensare. Tale sinergia virtuosa tra ragione e passione guida e slancia verso la meta quel navigatore⁴¹ nel mare della vita che è l'uomo.

Può forse giovare un'analogia artistica. La musica di Mozart raggiunge non di rado l'eccellenza musicale, la virtù (artistica): essa è il frutto della sinergia, dell'alleanza benefica, tra la genialità inventiva di Mozart (analogo alla ragione *phronetica*), la sua volontà di realizzare il bello, la sua bravura tecnica, le regole logico-razionali dell'armonia e l'espressione musicale di sentimenti ed affetti⁴².

Virtù come *ordo amoris*

Inoltre, in secondo luogo, quando è pienamente dispiegata, la virtù è altresì *ordo amoris*.

Infatti, per dirla in modo suggestivo con Scheler, «mi trovo in un immenso mondo di oggetti sensibili e spirituali che continuamente mettono in moto il mio cuore e le mie passioni» e «tutto ciò che voglio, scelgo, faccio, svolgo, compio, dipende dal gioco di questa dinamica del mio cuore»⁴³.

In tal senso, come già diceva Agostino, la vita virtuosa è quella di colui che «possiede un amore ordinato, cosicché non ama quel che non si deve amare o non evita d'amare quel che si deve amare, né ama troppo quel che si deve amare poco o ama in modo uguale quel che si

⁴¹ L'immagine è di PLATONE, *Fedone*, in ID., *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano 1991, 85 D, p. 95.

⁴² Sono solo poche battute su un discorso ampio e complesso. Al riguardo cfr. G. SAMEK LODOVICI, *L'emozione del bene. Alcune idee sulla virtù*, Vita e Pensiero, Milano 2010, da cui riprendo alcune idee dei paragrafi 6, 7 e 8 di questo contributo.

⁴³ M. SCHELER, *Scritti sulla fenomenologia e l'amore. Fenomenologia e teoria della conoscenza*, trad. it. a cura di V. d'Anna, FrancoAngeli, Milano 2008, p. 109.

deve amare ora poco, ora troppo, e viceversa»⁴⁴. E, sempre per Agostino, «recta voluntas est bonus amor et perversa voluntas est malus amor»⁴⁵. Infatti, riprendiamo il passo di Scheler che stavamo citando, «ogni modo d'essere della mia vita e della mia condotta, giusto o sbagliato, o completamente errato, sarà determinato dal fatto dell'esserci o meno di un ordine *oggettivamente corretto* di questi moti del mio amore e del mio odio [...] nonché dalla possibilità che ho di imprimere questo “*ordo amoris*” nel mio animo»⁴⁶. Anche per Harry Frankfurt⁴⁷, «la formazione della volontà di una persona consiste, molto fondamentalmente, nell'arrivare ad avere a cuore certe cose rispetto ad altre»⁴⁸.

Virtù come amore-cura di sé

La pienezza della virtù è *ordo amoris* nel modo seguente.

La virtù si esplica come amore-cura di sé. Infatti, anzitutto, io stesso merito di essere oggetto della mia sollecitudine, perché il giusto

⁴⁴ AGOSTINO, *La dottrina cristiana*, trad. it. di L. Alici, Edizioni Paoline, Milano 1989, I, 27, 28, pp. 129-130.

⁴⁵ ID., *La città di Dio*, trad. it. di L. Alici, Bompiani, Milano 2001, XIV, 7, p. 654.

⁴⁶ M. SCHELER, *op. cit.*, p. 109.

⁴⁷ H. FRANKFURT, *The Importance of what we care about. Philosophical Essays*, Cambridge University Press, Cambridge 1988, p. 91. Per una rassegna sintetica, sul piano teologico, del concetto di *ordo amoris* da Agostino a Bernardo, a Riccardo di san Vittore, ad Alessandro di Hales, fino a Tommaso, cfr., recentemente, J. J. PÉREZ-SOBA, *La carità e le virtù nel dinamismo morale*, in L. MELINA, O. BONNEWIJN (a cura di), *La sequela Christi. Dimensione morale e spirituale dell'esperienza cristiana*, Lateran University Press, Roma 2003, pp. 135-155.

⁴⁸ Il problema, oggi, è che «Svincolato dal discernimento dell'intelligenza e dalla responsabilità della coscienza, ormai immune anche dalle intense idealità passionali tipiche della cultura romantica, anche l'amore rischia la banalizzazione, riducendosi ad uno stile estetico-emozionale [...] in un gioco leggero di relazioni fragili e disimpegnate, a metà strada tra emozione e piacere». In tal modo, «L'idea che la libertà più alta possa realizzarsi all'interno di un *ordo amoris*, di un cammino esigente e orientato verso il bene appare semplicemente inconcepibile», L. ALICI, *Il terzo escluso*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2004, p. 28.

amore per me stesso, l'auto-riconoscimento, è una parte della mia vita moralmente buona: è un compito morale che mi spetta come risposta dovuta al mio valore, alla mia dignità.

Inoltre, l'amore-cura per me stesso è ciò che mi consente di poter cercare la vita moralmente buona anche al di fuori della sfera che riguarda il sé.

Me lo consente perché l'esercizio della vita moralmente buona non è possibile se non sul fondamento della vita biologica (perché se non sopravvivo non posso fare nulla, e se sopravvivo nella miseria debbo premurarmi quasi esclusivamente di riuscire a continuare a sopravvivere non morendo di fame o di freddo); me lo consente anche perché per prefiggermi e per ritenere alla mia portata un ideale di eccellenza (morale ma non solo) devo avere quell'autostima che è necessaria a farmi ritenere di essere in grado di conseguirlo, devo avere fiducia in me stesso⁴⁹ e nelle mie capacità.

In particolare, anche per conseguire quell'attuazione della vita moralmente buona che risiede nell'esercizio dell'amore-cura di altri, per poter provvedere a qualcuno, adesso o in futuro, debbo anche amare me stesso: è anche per questo motivo che la nascita di un figlio induce non di rado nei suoi genitori la modifica di alcuni comportamenti nocivi, di alcuni stili di vita dannosi già per la salute dei genitori, i quali però li modificano solo per provvedere ai figli.

L'amore di sé può sembrare spontaneo e automatico e quindi può sembrare strano considerarlo un'esigenza etica: ma, in realtà, esistono soggetti che si detestano, che si odiano, ad esempio per qualche colpa morale del passato che hanno commesso, che sono oppressi da un senso di colpa da cui non riesco a liberarsi. Essi non riescono a perdonarsi e perciò provano un autodisgusto emotivo (fino all'autolesionismo ed al suicidio), e perciò debbono riuscire a volere il proprio bene, cioè ad amarsi, anche se emotivamente si sentono odiosi.

⁴⁹ Cfr. D. RUSSELL, *Aristotle on the Moral Relevance of Self-Respect*, in S. GARDINER (ed.), *Virtue Ethics, Old and New*, Cornell University Press, London 2005, p. 102 e ss.

Si può inoltre pensare che l'amore di sé sia contrario alla virtù quando lo si identifica con l'autoindulgenza, ma l'amore e l'indulgenza sono distinti e spesso contrari⁵⁰. L'autentico e virtuoso amore non è accondiscendente o compiacente, bensì è esigente, poiché vuole il bene – e dunque vuole anche e principalmente il bene morale – dell'amato, che quest'ultimo sia se stesso o qualcun altro⁵¹.

Dunque, l'amore-cura di sé si realizza sia come attività di autoconservazione (che non è solo esercizio di tutte le attività che consentono la propria sopravvivenza, bensì anche espansione del sé nel mondo, attività di nutrimento e di attuazione di tutte le dimensioni del sé), sia come «cura dell'anima», come raccomandava già Socrate⁵² circa XXV secoli fa, cioè come autocoltivazione virtuosa⁵³.

E per designare la cura dell'anima gli eticisti, fin dall'antichità, hanno usato spesso metafore mediche: togliere il marcio, curare le piaghe, ecc. Platone descrive l'effetto immanente dell'agire umano dicendo che un'anima può essere «sferzata e piena di piaghe per spergiri e ingiustizie, piaghe che nell'anima impressero le singole azioni»⁵⁴.

Questa cura dell'anima richiede una profonda autoconoscenza, secondo il monito di Delfi, perché le malattie corporee sono segnalate

⁵⁰ H. FRANKFURT, *The Reasons of Love*, Princeton University Press, Princeton 2004, p. 78.

⁵¹ Cfr. AGOSTINO, *Commento alla Prima Lettera di Giovanni*, in Id., *Amore Assoluto e "Terza Navigazione"*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2000, 7, 8p. 347: «l'amore colpisce, mentre l'iniquità blandisce».

⁵² Per esempio, cfr. PLATONE, *Apologia di Socrate*, in Id., *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano 1991, 30 B, p. 34 e 36 C, p. 36.

⁵³ Cfr., per esempio, M. FOUCAULT, *Storia della sessualità*, vol. III: *La cura di sé*, trad. it. di L. Guarino, Feltrinelli, Milano 1985, pp. 43-71. Nel mondo antico, però, non di rado, questa cura di sé (pur talvolta supportata da scuole, maestri, amici, parenti, ecc.) è stata erroneamente concepita come esercizio e conseguimento di autarchia (come sottolinea, per esempio, M. REICHLIN, *La malattia, la salute, la cura*, op. cit., p. 94) invece che dispiegamento della relazionalità. Chiarito questo, resta vero quanto ha scritto J. PATOČKA, *Saggi eretici sulla filosofia della storia*, trad. it. di D. Stimilli, Einaudi, Torino 2008, p. 92: «La cura dell'anima» è «ciò che ha creato l'Europa».

⁵⁴ PLATONE, *Gorgia*, in Id., *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano 1991, 524C – 525 A, pp. 928-929.

dal dolore (utile per l'autodifesa, perché segnala una minaccia per la nostra integrità, o denota una mancanza, talvolta correlata ad un bisogno o un malfunzionamento in noi che richiede di intervenire), mentre quelle dello spirito possono rimanere a lungo tempo invisibili al soggetto stesso, specialmente nel caso dell'intemperanza⁵⁵, che toglie (colpevolmente) la consapevolezza, facendo apparire bene ciò che invece è male. Le si può persino scambiare per virtù: la temerarietà viene scambiata per coraggio, la sfrontatezza per sincerità, la viltà per prudenza, ecc.

D'altra parte, la stessa cura dell'anima richiede anche quella del corpo:

– anzitutto (lungi dai molti dualismi che hanno caratterizzato l'etica) perché il sé è un sinolo di anima e corpo, profondamente compenetrati, quindi la salute del corpo è un bene della stessa anima, che è forma dell'intero antropologico;

– inoltre perché, se è ovvio che le malattie dell'anima (i vizi) possono produrre malattie fisiche (per esempio l'intemperanza può generare la prassi di ubriacarsi, con tutte le conseguenze fisiche che ciò comporta), anche gli eccessi del corpo possono orientare verso alcuni vizi (e così l'ubriacatura può far diventare intemperanti)⁵⁶.

⁵⁵ Cfr. già ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, trad. it. di C. Mazzarelli, Rusconi, Milano 1993, *passim*, specialmente libro III. Si veda ancora, per esempio, la riflessione di Kierkegaard sull'unica vera «malattia mortale», cioè la «disperazione»: molti tra coloro che sono afflitti da questa malattia non ne sono consapevoli, perciò non possono guarirne, anzi si adirano con coloro che li vorrebbero guariti, S. KIERKEGAARD, *La malattia mortale*, op. cit., p. 641. Si aprirebbe qui il tema etico dell'ignoranza colpevole: «Se, poi, si dicesse che tutti tendono a ciò che a loro appare bene, senza però essere padroni di quell'apparire, ma il fine appare a ciascuno, caso per caso, tale quale ciascuno anche è, risponderemmo che, se dunque ciascuno per sé è in qualche modo causa della sua disposizione, sarà in qualche modo causa anche di quell'apparire» (ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, cit., 1114 b 1-2, p. 129).

⁵⁶ «Non solo i vizi dell'anima sono volontari, ma per alcuni anche quelli del corpo, ed a loro li rinfacciamo. [...] nessuno, infatti, rimprovererebbe uno che è cieco per natura o per malattia o per ferita, ma piuttosto ne avrebbe compassione; ognuno, invece, biasimerebbe chi fosse cieco per abuso di vino o per qualche altra intemperanza. Dunque, dei vizi del corpo quelli che dipendono da noi vengono biasimati» (ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, cit., 1114 a 20 – 30, p. 127).

Virtù come amore-cura degli altri

Oltre che come amore-cura di sé, *la virtù si esplica come amore-cura per gli altri*. Infatti, hanno un aspetto relazionale non solo le azioni virtuose promosse dalla virtù della giustizia, ma anche quelle che promanano dalle altre virtù. Ad esempio, come dice la Nussbaum,

il vero coraggio, contrapposto alla mera temerarietà, richiede un interesse vero, cioè non solo strumentale, per il benessere dei concittadini e della patria; [...] la vera generosità richiede un interesse per il bene di chi riceve; e così via. In ogni caso non si possono scegliere queste attività eccellenti come beni in sé [...] senza scegliere come fine anche il bene di altre persone⁵⁷.

Ancora, similmente, la temperanza «implica una intenzionalità a impegnare [se stessi in] un amore intero, in modo completo»⁵⁸.

Così, ispirandoci ad Agostino⁵⁹, senza seguirlo del tutto, possiamo ulteriormente dire che le azioni virtuose, quando conseguono la loro pienezza, sono declinazioni dell'amore: la perfetta temperanza è quella innervata dall'amore, e mi custodisce capace di donarmi a chi amo o, perlomeno, mi rende progressivamente capace di trattare gli altri non già come mezzi, bensì come fini in sé; la giustizia nella sua pienezza consiste nell'amore che realizza il bene di chi amo (che questi sia qualcun altro o me stesso); la perfetta fortezza è innervata dall'amore, e grazie ad essa affronto le difficoltà, il dolore, la fatica ed i vari ostacoli per conseguire il bene di chi amo (me stesso o qualcun altro); la perfetta *phronesis* è irrorata dall'amore, e discerne le azioni che procurano il vero bene di chi amo (me stesso o qualcun altro).

⁵⁷ M. NUSSBAUM, *op. cit.*, p. 636. Per una teoria della virtù come amore cfr. G. SAMEK LODOVICI, *L'emozione del bene*, cit., pp. 151-176.

⁵⁸ J. NORIEGA BASTOS, *La reciprocità nella dinamica comunicativa del bene*, in L. MELINA, J. J. PÉREZ SOBA (a cura di), *Il bene della persona e la persona nell'agire*, Lateran University Press, Roma 2002, p. 195.

⁵⁹ Cfr. AGOSTINO, *De moribus Ecclesiae catholicae et de moribus Manichaeorum*, a cura di J. B. Bauer, Hoelder-Pichler-Tempsky, Vindobonae 1992, I, 15, 25, pp. 29-30; ID., *La città di Dio*, cit., XV, 22, p. 732.

Più precisamente, le azioni massimamente virtuose sono espressioni d'amore (verso me stesso o verso altri) o sono quelle che, in sé, nella loro prima identità, non sono espressioni dell'amore, però sono motivate e promosse da esso e perciò acquistano un'identità ulteriore⁶⁰, diventano a loro volta atti dell'amore: come dice Agostino, «sia che tu taccia, taci per amore; sia che tu parli, parla per amore; sia che tu corregga, correggi per amore; sia che perdoni, perdona per amore; sia in te la radice dell'amore [illuminato dalla ragione⁶¹], poiché da questa radice non può procedere se non il bene»⁶². L'amore, cioè, produce la trasfigurazione dell'intenzionalità che anima un'azione, «può assumere effetti e azioni che non sono immediatamente e specificamente designabili come espressioni d'amore; ma assumendole, servendosene, dando loro un nuovo ulteriore fine, le può far diventare espressioni d'amore»⁶³.

Così, se ogni atto perfettamente morale ha come fine una persona (in quanto è un atto di amore di sé o di un altro), allora, come dice Rosmini, ogni atto morale sorge in una persona per terminare ultimamente in una persona⁶⁴.

E – come dice Roberto Nebuloni – «il vertice della moralità non consiste nell'obbedienza alla legge, o nel senso del dovere, ma in un *ethos*, in un'attitudine per cui ci si apre all'altro e si tende all'amicizia e alla comunione con lui»⁶⁵. Il giovane Hegel dice addirittura che «se

⁶⁰ Sul piano teologico, poi, la virtù della carità è la radice e la forma (non la materia) di tutte le azioni virtuose, in quanto può ordinarle tutte all'amore di Dio, cfr. TOMMASO D'AQUINO, *De caritate*, in ID., *Le questioni disputate*, trad. it. di P. Lippini, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 2002, a. 3, pp. 289-301.

⁶¹ Spiegheremo fra poco il motivo di questo inciso.

⁶² AGOSTINO, *Commento alla Prima Lettera di Giovanni*, in ID., *Amore Assoluto e "Terza Navigazione"*, cit., 7, 8, p. 349.

⁶³ G. ABBÀ, *Felicità, vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*, Las, Roma 1995², p. 61.

⁶⁴ A. ROSMINI, *Principi della scienza morale*, in *Opere edite e inedite di Antonio Rosmini*, Anonima romana editoriale, Roma 1934-1976, vol. XXIII, p. 113 e ID., *Compendio di etica*, in ivi, vol. XXIX, n. 111, p. 60.

⁶⁵ R. NEBULONI, *Amore e morale. Idee per la fondazione dell'etica*, Borla, Roma 1992, pp. 51-52. Come dice anche S. Paolo: «il precetto: non commettere adulterio, non uccidere, non rubare, non desiderare e qualsiasi altro comandamento, si

l'amore non fosse l'unico principio della virtù, ogni virtù sarebbe nello stesso tempo un vizio»⁶⁶; poi smussa l'affermazione precisando giustamente: «l'amore è il compimento delle virtù»⁶⁷.

Esiste dunque – come dice Luigi Alici nel solco di Agostino – un rapporto fra *ordo amoris* e *ordo socialis*, nel senso che alla possibilità di lasciarsi guidare verso l'alto dalla forza gravitazionale dell'amore corrisponde la possibilità di dilatare anche in senso orizzontale la convivenza, reinterprestando la sfera del politico nei termini di una fondamentale amicizia civica⁶⁸.

Bisogna però riuscire a coinvolgere in questa sfera l'io odierno che, spesso, preferisce piuttosto «il possesso di una “zona franca”, virtualmente assolta dal peso di alienanti [così li percepisce] doveri sociali», cosa che «aggrava progressivamente il solco fra pubblico e privato, fra generale e individuale, fra esteriore e interiore: è la “terra di nessuno” della prossimità mancata»⁶⁹.

Per percorrere il territorio di una prossimità virtuosa è necessario coltivare un'attenzione premurosa verso l'altro, bisogna essere capaci di percepire gli aspetti salienti della sua condizione, anche quelli non manifesti, anche quelli tenuti nascosti, bisogna esser capaci di immedesimazione empatica: «il realismo» – come dice Iris Murdoch – è la «(capacità di percepire la realtà) richiesta per la bontà, è la capacità intellettuale di percepire ciò che è vero, e nello stesso tempo,

riassume in queste parole: amerai il prossimo tuo come te stesso. L'amore non fa nessun male al prossimo», *Rm* 1, 13, 8-10.

⁶⁶ G.W.F. HEGEL, *Scritti teologici giovanili*, trad. it. di N. Vaccaro, E. Mirri, Guida, Napoli 1972, p. 406. Che sarebbe un vizio è eccessivo; però non sarebbe virtù perfetta.

⁶⁷ Ivi, p. 408.

⁶⁸ E quest'ultima, agostinianamente, è «approssimazione analogica e imperfetta di quella *concordissima societas fruendi Deo et invicem in Deo* [AGOSTINO, *La città di Dio*, cit., 19, 13, 1, p. 964], che è l'ideale di massima comunione possibile alla quale l'amicizia possa aspirare» (L. ALICI, *L'altro nell'io. In dialogo con Agostino*, Città Nuova, Roma 1999, p. 132). In tal senso, Agostino riscatta la teoria dell'amicizia «dalle secche di un'elitaria teoria dei sentimenti, dove finirebbe per stemperarsi in un circolo autoreferenziale di esperienze prive di spessore civile» (ivi, p. 134).

⁶⁹ L. ALICI, *Il terzo escluso*, cit., p. 26.

di metter a tacere l'io». Esso stesso è un obiettivo morale, mediante cui «l'attenzione è diretta, contrariamente a ciò che avviene di solito, verso l'esterno, lontano dal sé», e «ciò che rende capace di dirigere l'attenzione in questo modo è l'amore»⁷⁰.

Qui evinciamo la necessità di coniugare amore e ragione, come già suggerito dalla parentesi inserita poc'anzi nel passo di Agostino. Abbiamo cominciato a notarlo fin dall'inizio: l'amore, che sostanzia la virtù-cura, non è mero sentimentalismo, non è mera profusione di sentimenti, bensì atto della volontà benefica, che deve essere illuminata dalla ragione e che richiede competenza. Competenza medica, nel caso dell'azione medica, competenza psicologica nel caso dello psicologo, competenza pedagogica nel caso dell'educatore, ecc. Va cioè rilevato che la ragion pratica informata dalla virtù della *phronesis* non è una mera capacità tecnica, però richiede anche delle competenze tecniche specifiche: per stare all'ambito medico, l'intervento di un chirurgo, per essere moralmente buono, richiede anche la specifica competenza chirurgica, pertanto un'operazione chirurgica realizzata senza le debite conoscenze tecniche è sbagliata anche dal punto di vista morale.

E si può dire che la cura virtuosa richiede al genitore in una qualche misura tutte o quasi queste competenze insieme: egli dev'essere, in qualche misura, insieme medico, psicologo, educatore, ecc.

Insomma, la cura è, non di rado, difficile; di certo è competente, è lavoro-impegno di cura, non è mero spontaneismo.

Cura, distanza e giustizia

Inoltre, un *ordo* esige giustizia, quindi anche una certa distanza, quella che è al servizio della buona prossimità, quella feconda per esercitare una prossimità virtuosa. Esige non già la distanza del distacco anaffettivo, bensì quella necessaria per conservare

⁷⁰ I. MURDOCH, *Su «Dio» e il «Bene»*, in ID., *Esistenzialisti e mistici, Scritti di filosofia e letteratura*, trad. it. di P. Corradi, il Saggiatore, Milano 2005, p. 351.

l'oggettività nel giudizio, onde poter cogliere il vero bene di una situazione, di una persona, di più persone coinvolte. Da un lato la cura virtuosa è quella che si particolarizza, che si conforma all'unicità del singolo. Dall'altro non deve restare alla mercé di sentimenti mutevoli e parziali che realizzano preferenze indebite per alcuni a scapito di diritti dovuti ad altri. In sintesi: «la giustizia [i soli doveri in astratto] che non si traduce nella cura rischia di restare astratta e impersonale, la cura che non presuppone il rispetto dei diritti rischia di essere paternalistica e particolaristica. Parafrasando Kant: i diritti senza la cura sono vuoti, la cura senza diritti è cieca»⁷¹.

In tal senso, se in generale l'azione è conseguenza dell'indigenza di un soggetto che avverte continuamente la sproporzione tra la propria volontà e il risultato conseguito, che sperimenta un'insoddisfazione che lo spinge nuovamente e continuamente ad agire⁷², viceversa l'azione virtuosa dell'amore è frutto di pienezza⁷³, dato che l'amore dona e *nemo dat quod non habet*.

Tra l'altro, se impostiamo, se collochiamo la nostra vita morale nella logica della legge e del dovere, allora

diventa primario individuare i limiti di ciò che può essere esigito alla libertà e stabilire ciò che è obbligatorio come minimo da rispettare. Se invece il fondamento della morale è l'amore, allora la logica che si impone è quella della ricerca di un'eccellenza. L'amore infatti non può accontentarsi della mediocrità, ma per sua natura vuole sempre il meglio per l'amato. E così si trova spinto a spostare sempre più avanti i limiti di ciò che gli è possibile, a cercare un «sempre di più»⁷⁴.

Se la virtù è il dispiegamento dell'amore, diventa chiaro che la virtù non richiede moderazione: come dice Luigi Alici, la legge dell'amore è l'eccesso (da non confondere con il disordine): «ha

⁷¹ M. REICHLIN, *op. cit.*, p. 115.

⁷² Cfr., per esempio, la vasta e articolata analisi di M. BLONDEL, *L'azione. Saggio di una critica della vita e di una scienza della prassi*, trad. it. di S. Sorrentino, San Paolo, Cinisello Balsamo 1993.

⁷³ L. MELINA, *Azione: epifania dell'amore. La morale cristiana oltre il moralismo e l'antimoralismo*, Cantagalli, Siena 2008, p. 17.

⁷⁴ *Ivi*, p. 121.

senso, infatti, lamentare un deficit di amore, mai un surplus»⁷⁵ di vero amore.

Il problema⁷⁶ è che noi siamo abituati da secoli di legalismo a pensare in modo erroneo l'uomo morale come colui che vive un'esistenza a colpi di senso del dovere. Lo pensiamo schiacciato dai divieti, *continuamente* motivato dalla pressione di obblighi, norme e imperativi. Ma l'uomo *pienamente* morale, piuttosto, vive motivato e slanciato dall'amore e le sue azioni virtuose sono espressioni di amore. I doveri ovviamente ci sono (e l'amore non prescrive di trasgredire un giusto e vero dovere), ma – seguendo André Comte-Sponville (con qualche distinguo rispetto a lui) – possiamo dire che il dovere prescrive ad un soggetto di compiere per ingiunzione quella stessa azione che l'amore giusto, se ci fosse, gli avrebbe già fatto compiere liberamente⁷⁷.

Inoltre, l'uomo morale compie molte azioni buone, che tuttavia non sono doverose: pensiamo a molti atti non doverosi di amicizia, a molti atti non doverosi di gentilezza e di generosità, fino all'eccellenza morale suprema e non doverosa: dare la vita per gli altri. La sfera dell'etica, infatti, è ben più ampia della sfera delle azioni che cadono sotto un dovere.

L'amore-cura-virtù si moltiplica

Torniamo al tema della finitezza. Quella accidentale è guarita o almeno lenita dalle virtù tramite cui si esprimono la sollecitudine e l'amore. Quella ontologica non può essere totalmente guarita, però può essere lenita dalle virtù che dispiegano la sollecitudine e l'amore. In particolare, la finitezza onto-psicologica è lenita dal riconoscimento affettuoso.

⁷⁵ L. ALICI, *Il «noi» come origine e come compito*, in ID. (a cura di), *Forme della reciprocità. Comunità, istituzioni, ethos*, il Mulino, Bologna 2004, p. 47.

⁷⁶ Cfr. S. PINCKAERS, *Le fonti della morale cristiana. Metodo, contenuto, storia*, trad. it., Ares, Milano 1992, pp. 26-64.

⁷⁷ A. COMTE-SPONVILLE, *Piccolo trattato delle grandi virtù*, trad. it. di F. Bruno, Corbaccio, Milano 1996, p. 258.

E il luogo cruciale della realizzazione di quella basilare cura che è il riconoscimento è la famiglia. Infatti, nelle famiglie riuscite vige la logica della gratuità al posto della legge bronzea del *do ut des* tipica delle relazioni economiche e professionali in genere, viene trasgredita la logica della prestazione e fiorisce quella della gratuità: il bambino neonato è amato e ben voluto non per la sua utilità bensì per il suo stesso esistere; l'anziano è custodito e venerato anche se non è più produttivo; quando un familiare si ammala non viene abbandonato a se stesso. Infatti, in una famiglia riuscita ognuno è amato e accettato per quello che è, compresi i propri limiti, e non per quello che *fa*, per ciò che produce o che possiede.

Insomma, la vita in famiglia costituisce la prima e originaria socializzazione della persona umana perché insegna a percepire e valorizzare ogni persona in se stessa e per se stessa, e non per l'utilità che riveste.

In una famiglia riuscita si esercitano, si esperiscono e si imparano molte virtù: la giustizia e la sollecitudine virtuosa verso i suoi membri, l'autorità servizievole dei genitori, l'obbedienza, il servizio amorevole ai più deboli perché piccoli o malati o anziani, l'aiuto reciproco nelle necessità della vita, l'accoglienza, la capacità di perdonare, ecc. Per questo la famiglia è la prima ed insostituibile educatrice alla cura ed alle virtù in generale⁷⁸.

Infine, poiché il riconoscimento virtuoso, in quanto forma dell'amore, vuole il bene dell'altro, compreso il suo bene morale, esso è fiducioso circa le potenzialità di bene, di virtù, dell'altro.

Ed il riconoscimento virtuoso-fiducioso, esercitato nella prossimità, può generare proprio la virtù come risposta. Molto sinteticamente⁷⁹, va rilevato, sulla scorta di un'abbondante letteratura empirica, che «se ci comportiamo come se ci aspettassimo il meglio dagli altri, essi,

⁷⁸ Sulla famiglia, in chiave filosofica, cfr. almeno D. PAGLIACCI, *L'amore tra autenticità affettiva e orizzonte comunitario: il vincolo familiare*, in L. ALICI (a cura di), *Forme della reciprocità. Comunità, istituzioni, ethos*, il Mulino, Bologna 2004, pp. 309-347.

⁷⁹ Per un approfondimento di questo discorso in rapporto alla fiducia cfr. G. SAMEK LODOVICI, *Virtue at the Crossroads of Experience, Reason and Trust*, in BOTTURI (ed.), *Understanding human Experience*, cit., pp. 81-101.

spesso, come risultato si comporteranno meglio»⁸⁰ e che non di rado «le aspettative di una persona circa il comportamento di una seconda conducono quest'ultima ad agire in modo da confermare le aspettative originali della prima»⁸¹.

Così, la cura virtuosa è una risorsa che non tende ad esaurirsi con “l'uso”, bensì tende ad accrescersi: più ce n'è, più tende ad essercene, sia perché appunto promuove i comportamenti positivi reciprocanti, sia perché l'amore benefico ricevuto favorisce la formazione di personalità morali capaci di amare – «nulla est maior provocatio ad amandum quam praevenire amando»⁸² –, sia perché i comportamenti umani, incluse le azioni virtuose, di cura e non solo, si imparano e si diffondono attraverso l'imitazione⁸³.

Insomma, la cura virtuosa può generare nell'altro proprio la capacità e il desiderio di prendersi cura di altri: la cura virtuosa può promuovere altra cura, può generare un circolo virtuoso. È proprio il caso di dirlo.

⁸⁰ J. BARON, *Trust: belief and morality*, in A. BEN-NER, L. PUTTERNAM (eds.), *Economics, Values and Organizations*, Cambridge University Press, Cambridge 1998, p. 411.

⁸¹ L. JUSSIM, *Self-fulfilling Prophecies. A Theoretical and Integrative Review*, «Psychological Review», n. 93 (1986), p. 429.

⁸² TOMMASO, *La Somma Teologica*, trad. it. di T. S. Centi, edizioni Studio Domenicano, II-II, q. 27, a. 1, p. 161.

⁸³ Ho argomentato lungamente questa tesi in SAMEK LODOVICI, *L'emozione del bene*, cit.

Prossimità ed etica del sentire *puro*. Sulla cura della distanza nelle relazioni di prossimità

Sergio Labate

«Non esistiamo mai solo per qualcosa o qualcuno, allentiamo la presa e non possiamo che distrarci – in modo continuo, involontario e spietato, anche dalle cose, dalle persone che amiamo»¹.

«La storia non è purtroppo avara di esempi che attestano come i ruoli di cura socialmente istituiti possano essere rapidamente e facilmente sovvertiti. Perché chi sa aiutare sa anche nuocere»².

Premessa

Che la prossimità sia un paradigma difficile è un dato non estrinseco tanto alla riflessione filosofica quanto alle molteplici esperienze di cura. Tale difficoltà si può dedurre dal tipo di relazione che è in gioco nella teoria filosofica come nell'esperienza etica. Tale spessore relazionale rende tale difficoltà una dote fortunata, poiché dipende in entrambi i casi da un'origine ben precisa, la sua collocazione all'interno della reciprocità asimmetrica³. In fondo, all'interno di una relazione in perfetta simmetria (ammesso che di fatto si possa dare), la prossimità è garantita nei suoi limiti e nelle sue trasgressioni. All'interno tuttavia di reciprocità asimmetriche, la prossimità cercata ci costringe alla ricerca di un equilibrio. Nei vissuti

¹ P. DI PAOLO, *Dove eravate tutti*, Feltrinelli, Milano 2011, p. 180.

² A. ZAMPERINI, *L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale*, Einaudi, Torino 2007, p. 136.

³ Sul tema cfr. L. ALICI, *Il terzo escluso*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2004.

di cura, in cui la reciprocità è affidata a una necessaria asimmetria⁴, questa ricerca si fa ancora più delicata e incerta: deve lavorare sugli spazi, non eccedere nella misura, non esser troppo parsimoniosa o troppo generosa. La prossimità difficile che si manifesta nella reciprocità asimmetrica della cura è allora sempre alla ricerca di una giusta distanza, senza la quale può diventare un eccesso di freddezza (scadere in un'estraneazione) o un eccesso d'immedesimazione (un'appropriazione), in ogni caso rovesciarsi nella sua intenzione etica, diventare una fonte di pesantezza e non d'attenzione.

D'altra parte, della prossimità – seppur difficile – non si può fare a meno, se non altro perché essa induce a ripensare le relazioni di cura nei termini di un avvicinamento e non di una messa a distanza, in termini etici e non soltanto in termini universalizzanti (o esclusivamente professionali). La cura ha pertanto necessità di riscaldarsi alla luce della prossimità, senza tuttavia perdere la *distinzione* che restituisce ciascuno al suo ruolo destinale e, per esempio in quella particolare esperienza dell'etica che incrocia la prassi medica, il medico alla necessaria *lucidità* del suo operare. È per questo che una giusta distanza appartiene al paradigma della prossimità e non vi si oppone affatto. In un certo senso anzi la garantisce, la rende possibile, la evoca all'interno di una relazionalità senza alcuna fusione o sostituzione.

Al contrario, mi sembra a grandi linee che nello scenario sociale contemporaneo vi sia certamente una forma di apologia della prossimità ma sempre in forma *sensazionale*⁵: si passa da una prossimità eccessiva ad un'indifferenza disarmante con la stessa facilità con cui si costruiscono e decostruiscono relazioni di valore, si

⁴ Come ricorda, a proposito delle esperienze di cura, Nussbaum: «Il genere di reciprocità in cui gli individui sono coinvolti ha i suoi periodi di simmetria, ma anche, e necessariamente, i suoi periodi di asimmetria più o meno acuta» (M. NUSSBAUM, *Giustizia sociale e dignità umana*, trad. it. di E. Greblo, il Mulino, Bologna 2002, p. 23).

⁵ Il sensazionale è qui usato nel duplice senso rilanciato da Tūrcke: in riferimento alla necessità di uno shock e in riferimento alla sua natura sensibile. Per un approfondimento di questa mia ipotesi di lettura della società contemporanea si veda la fondamentale opera di Ch. TÜRCKE, *La società eccitata. Filosofia della sensazione*, trad. it. di T. Cavallo, Bollati Boringhieri, Torino 2012.

eccede in una identificazione con il dolore delle vittime ma al contempo si preferisce ignorare di essere, in misura più o meno evidente, complici dei carnefici. La prossimità non è rimossa dalla scena sociale: essa serve anzi a esercitare una forma di controllo privilegiato delle emozioni, impedendo ogni «dissenso emotivo» e rendendo ogni individuo (smarrito nella sua atomizzazione) un vero e proprio «manager delle emozioni»⁶.

La scommessa di queste poche pagine è molto semplice. *Si tratterà di mettere in evidenza la continuità tra uno specifico paradigma filosofico della prossimità e la tesi già menzionata che interpreta il mondo contemporaneo nel segno della società eccitata; continuità che emerge in particolare in un'assunzione estremizzata di un'etica del sentire.* L'obiettivo è di far emergere luci e ombre a partire da cui costruire una *critica della prossimità*. Il riferimento critico va qui inteso come il tentativo di segnare i confini e i limiti entro cui la ragione che pensa la prossimità non ne suggerisca un uso improprio e, in tal modo, ne indebolisca la legittimità teorica e la fecondità esperienziale. Limitando quindi un campo assai esteso della ragione pratica contemporanea, si cerca semplicemente di rispondere alla seguente domanda: *a quali condizioni* la prossimità può essere individuata come una facoltà etica dell'agire umano? Per rispondere, propongo un ripensamento della coppia fondamentale prossimità-distanza alla luce dell'analisi di quella «malattia dell'essere» contemporaneo che è *l'indifferenza*.

La coppia prossimità-distanza si limita a rendere una dialettica sotto forma spaziale: ciò che è in gioco è la sistemazione di uno spazio. Quand'anche la prossimità non si opponesse a qualunque distanza, essere prossimi vorrebbe dire comunque limitare una distanza, accorciare lo spazio d'intervallo tra gli elementi che si approssimano. Lavorare sugli spazi non è che una condizione quantitativa della prossimità, all'interno di relazioni asimmetriche e di cura. Questa condizione quantitativa ha il pregio di restituire l'etica della prossimità ad un luogo ben preciso, ad una marcatura che possiamo definire lo spazio del sensibile, del contatto. Ovviamente

⁶ A. ZAMPERINI, *op. cit.*, p. 178.

questa sensibilità non va intesa in senso letterale, ma di sicuro permette di intercettare nella prossimità un'etica del contatto e di limitare un sovrappiù di spiritualizzazione e astrazione. Questa contestualizzazione della prossimità all'interno di un'etica del sensibile mi sembra il grande guadagno della filosofia contemporanea, come vedremo attraverso Levinas.

Non è mia intenzione misconoscere il positivo di tale approdo. Un'etica del sentire permette di umanizzare la prossimità rendendola incarnata. La mia impressione è tuttavia che quest'approdo nel riparo del sentire abbia come suo contraltare minaccioso una forma di analogia con la deriva del sentire tipica della *società eccitata*, tutta presa dal dovere di sentire senza più alcuna interdizione e, proprio per questo, incapace di dare persistenza al sentire, di renderlo un punto da cui ricostruire e non un luogo dentro cui smarrirsi⁷. Tale cortocircuito ipermoderno del sentire si può declinare nei termini di una prossimità incapace di aver cura della giusta distanza e pertanto sempre ad un passo dall'implodere, dall'eccedere, dal debordare rispetto alla sua originaria intenzione etica.

Così, è forse il caso di riconoscere che la radicalizzazione della prossimità sotto forma di sensibilità non l'ha messa al riparo da una dequalificazione etica. Una certa apologia del contatto, per esempio, ha svilito la pratica medica: la mano che tocca non sempre guarisce e non sempre accarezza e spesso, quand'anche guarisce, si dimentica comunque di accarezzare. Anche la sensibilità può diventare una forma di dominio dell'universale e, così, riproporre l'indifferenza di ogni logos disincarnato. La sostituzione di un'etica razionale con un'etica della sensibilità non basta a garantire la prossimità dai suoi eccessi e anche il sentire, se non ricondotto ad un nomos etico, rischia di riprodursi come sterile esercizio d'indifferenza. In sintesi: mi

⁷ Anche rispetto al passaggio da un'analisi sociale del sentire alla sua funzione biopolitica resta essenziale l'analisi di Türcke nel volume citato. In sintesi, secondo Türcke nella società eccitata la [bio]politica del sentire ha sostituito l'orizzonte etico con la teleologia economica: la politica usa, controlla e moltiplica occasioni di "economia del sentire", mascherandoli sotto forma di "etica del sentire". In ciò gli shock emotivi non rappresentano altro che forme rituali di conservazione dell'ordine costituito.

sembra che alla domanda precedente (*a quali condizioni* la prossimità – il *farsi prossimi* – può essere individuata come una facoltà etica dell'agire umano) buona parte della cultura contemporanea abbia risposto: a condizione di un recupero della sensibilità. Vorrei provare a fare un bilancio di questa risposta e, in parte, modificarla. Un'etica del sentire è una condizione necessaria ma non sufficiente a fare della prossimità una facoltà etica. In altri termini, la prossimità non è sempre sintomo di attenzione e il sentire non ci mette al riparo dall'indifferenza. Bisogna aver cura del sentire, perché esso possa dar luogo a un'etica della cura. Ma, contemporaneamente, una critica al sentire immediato (in altri termini senza interdizione, senza legge) rimanda ad una giusta distanza che sta nel cuore del lavoro che lo trasforma in autentico sentire umano.

Sensibilità e prossimità. Un paradigma filosofico esemplare

Il passaggio – attraverso una supposta continuità o una più eloquente rottura – di Levinas da *Totalità e Infinito* ad *Altrimenti che essere* è uno dei nodi più discussi dalla critica successiva. In termini piuttosto sommari, si sceglie comunque un punto di partenza storiografico – la critica di Derrida a Levinas⁸ – per sottolineare come le differenze sostanziali che emergono in quel passaggio sono dovute alla messa in questione da parte dell'autore di *Violenza e Metafisica*⁹. In tale contesto interpretativo, il nucleo di novità contenuto in *Altrimenti che essere* sarebbe essenzialmente legato al lavoro – sia teorico sia pratico, sia di contenuto sia di testimonianza – sul linguaggio. Opponendomi a questa vulgata, l'ipotesi da cui vorrei far partire queste mie brevi considerazioni è che il *novum* di *Altrimenti che essere* non risieda tanto nell'innovativa torsione del linguaggio filosofico, quanto in una radicalizzazione fenomenologica della

⁸ Sul tema cfr. G. FERRETTI, *La filosofia di Levinas. Alterità e trascendenza*, Rosenberg & Sellier, Torino 2010², pp. 311-322.

⁹ J. DERRIDA, *Violenza e metafisica*, in *La scrittura e la differenza*, trad. it. di G. Pozzi, Einaudi, Torino 1990, pp. 99-198.

sensibilità¹⁰. Tale radicalizzazione coinvolge anche il paradigma della prossimità, conducendolo verso esiti che si presteranno ad alcune obiezioni.

Le due posture, in effetti, vanno insieme. La questione posta da Derrida (come dire l'etica senza contaminarsi con il logos greco) resta sempre in evidenza sullo sfondo del tentativo levinassiano, che prova a rispondere mettendo al centro una genealogia fenomenologica della sensibilità. In tal senso mi trovo consentaneo con le letture secondo cui in *Altrimenti che essere* Levinas torna alla sua origine fenomenologica, radicalizzando la questione dell'intenzionalità e rovesciandola in un certo tipo di intenzionalità che si manifesta come *sensibilità*. La sensibilità, non il linguaggio, prende il posto dell'intenzionalità, secondo un movimento evocato mirabilmente nel titolo della secondo capitolo: *Dall'intenzionalità al sentire*¹¹. Nel sensibile noi ritroviamo una coscienza di qualcosa che precede e che sta letteralmente *dietro* la coscienza intenzionale.

Evidentemente, non è pertinente rispetto al tema principale di queste pagine una serrata difesa di questa ipotesi critica. Il compito che mi prefiggo è assai più modesto: mostrare alcune possibili eccessi di un modello *radicale* di prossimità al cui centro si colloca un'etica della *pura* sensibilità. Provo a svolgere tale compito attraverso due movimenti.

Il primo movimento è quello, già accennato, dall'intenzionalità alla sensibilità. È interessante, per cominciare, il fatto che nel testo di

¹⁰ È una tesi recentemente sostenuta anche da Vergani, che proprio a tale proposito evoca una forte consonanza di questo *locus* levinassiano con le ricerche ad esso coeve di Michel Henry. Cfr. M. VERGANI, *Levinas fenomenologo. Umano senza condizioni*, Morcelliana, Brescia 2011, pp. 107-117. Una recente interpretazione che riconosce la novità dell'indagine sulla sensibilità in *Altrimenti che essere*, mettendone in luce sia una tendenza «autoaffettiva» sia un contemporaneo spessore «eteroaffettivo», si trova in R. Pandya, *Sensibility and Subjectivity: Levinas' traumatic Subject*, in «Santalka: Filosofija», n. 1 (2010), p. 23.

¹¹ È evidente che l'antagonismo tra linguaggio e sensibilità è semplicemente funzionale all'argomentazione che svolgo. Quel che conta non è tanto individuare un'opposizione, quanto una priorità. Cfr. E. LEVINAS, *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, trad. it. di S. Petrosino, M. T. Aiello, Jaca Book, Milano 1983, pp. 29-76.

Levinas il termine “sensibilité” ricorre assai più che il termine “intentionnalité”¹². In realtà la sensibilità che Levinas enfatizza nulla ha a che vedere con i dati sensibili. In termini fenomenologici, infatti, il sensibile diventa un insieme di dati nell’istante in cui si espone alla coscienza intenzionale. In tal senso non avviene alcun rovesciamento, anzi «l’esposizione è un modo del *legein*»¹³. C’è quindi un duplice sentire: un sentire come modo dell’intenzionalità e un sentire come rovesciamento di essa¹⁴. Perché il sentire proprio dei dati sensibili non è sufficiente, secondo il filosofo franco-lituano? Perché il dato sensibile è un’esposizione all’evidenza, è un «mostrare» il proprio sentire. È un sentire già messo “in teoria”.

Dal punto di vista fenomenologico, dunque, il sentire non è in sé una garanzia dalla messa a distanza dell’intenzionalità e della coscienza. C’è anzi una sensibilità (*Empfindung*; quella dei vissuti sensibili) che appartiene all’esperienza della coscienza in quanto ne è al servizio¹⁵. Tale tipo di sensibilità non è controintenzionale

¹² Svolgendo una ricerca meramente quantitativa della ricorrenza terminologica, “*Intentionnalité*” ricorre poco più di quaranta volte, il termine “*Sensibilité*” ben più di sessanta.

¹³ D. FRANCK, *L’un-pour-l’autre. Levinas et la signification*, Puf, Paris 2009, p. 40. Sul tema cfr. anche il saggio di Levinas dedicato a *Dio e la filosofia*, in E. LEVINAS, *Dio che viene all’idea*, trad. it. di G. Zennaro, Jaca Book, Milano 1983, pp. 77-102.

¹⁴ È qui che si comprende tutta la distanza nell’interpretare la fenomenologia husserliana tra Levinas e Ricoeur. Per quest’ultimo la sintesi passiva è una delle soglie fenomenologiche per accedere alla relazione con l’altro, per Levinas invece la sintesi passiva appartiene all’*Empfindung*, alla sensazione e non alla sensibilità come *Empfindnis*. L’eterogeneità del duplice ordine del sentire non permette alla sintesi passiva di esercitare alcuna funzione mediativa.

¹⁵ Tale duplice ordine del sentire è ben spiegato da Vergani: «In senso generale, l’equazione che Levinas intravede nella fenomenologia della sensibilità husserliana lega tra loro sensibilità, sensazione e conoscenza. Dove la sensazione è il termine chiave che fa da ponte. La sensazione, sensibilità localizzata, anticipo e sorgente dell’intenzionalità è sensibilità finalizzata alla conoscenza. L’affettivo è informativo. La sensazione è sensibilità che mira a un contenuto. La sensibilità è in altri termini, secondo l’ottica di Husserl, sempre un momento della rappresentazione. In effetti Levinas distingue accuratamente tra due termini che utilizza Husserl: *Empfindung* e *Empfindnisse*. Le *Empfindnisse* indicano la localizzazione corporea della sensazione e dunque rispetto all’*Empfindung* marcano un elemento di maggiore ambiguità tra

semplicemente perché è *del tutto* intenzionale. La sua radice intenzionale viene individuata da Levinas nella sua capacità di *esporre un significato*. Potremmo tradurre: ogni vissuto sensibile *espone* un proprio significato, un significato che si manifesta sensibilmente e che rinvia a un soggetto che è esposto ad esso (che non può *non* sentire).

Si tratta così di «passare da un'esposizione come mostrazione (*monstration*) ad un'esposizione come vulnerabilità»¹⁶. La vulnerabilità definisce un sentire che non diviene mai dato, che si patisce *malgrado sé*:

Il malgrado sé segna la sua vita nel suo stesso vivere. La vita è vita malgrado la vita: in forza della sua pazienza e del suo invecchiamento. Il malgrado non s'opponne qui al grado, ad una volontà, ad una natura, ad una sussistenza in un soggetto, che una potenza estranea verrebbe a contrariare. [...] La temporalizzazione come lasso - la perdita del tempo - non è precisamente né iniziativa di un io né un movimento verso un qualunque *telos* dell'azione¹⁷.

La forza filosofica della sensibilità viene custodita, secondo Levinas, in tale deposito sensibile che rovescia l'intenzionalità del sé, il sentire malgrado se stessi. Ma è il caso di soffermarci proprio sui motivi per cui tale duplice registro della sensibilità viene descritto nei termini dell'esposizione. La sensibilità che mostra, l'abbiamo già scritto, è un *esporre un significato*, parlare. L'esteriorità dell'intenzionalità fenomenologica si rovescia nell'esposizione del *malgré soi*.

L'esperienza paradigmatica (o metaforica) di tale particolare evento è l'invecchiamento. Nell'invecchiamento noi ci sentiamo senza possibilità di agire su noi stessi. L'invecchiamento definisce il farsi sentire del tempo come perdita del tempo, né «iniziativa di un io» né «movimento verso un qualunque *telos* dell'azione». Non c'è così nella sensibilità dell'invecchiamento alcun modo di essere *soggetti* del sentire. Non s'invecchia a causa propria, come non si sente perché si decide di sentire. Così il sentire autentico è preservato nella sua

sentire e sentito, una difficoltà nell'individuare il punto dove i due elementi della correlazione cominciano e finiscono» (M. VERGANI, *op. cit.*, p. 110).

¹⁶Ivi, p. 41.

¹⁷E. LEVINAS, *Altrimenti che essere*, cit., pp. 65-66.

purezza da quest'impossibilità del passaggio attraverso se stessi. Nessuno decide o è libero di invecchiare, nessuno comprende o giustifica l'invecchiamento. Allo stesso modo, nessuno *preferisce* invecchiare. Non c'è alcun *telos* in questa sensibilità, alcun desiderio. Non si sente per *fare* qualcosa (l'innamoramento, per fare un esempio chiaro, non è un sentire degno dell'invecchiamento: l'innamorato piega il suo sentire ad un *telos*. La sua passività si trasforma subitaneamente in un desiderio, in un tendere verso, in un'intenzione di. È quella condizione che Levinas definisce più volte «l'ambiguità dell'amore»¹⁸). Qui il sentire si può recuperare solo come ciò che è già *stato* sentito. Il che vuol dire che questa passività – irriducibile all'azione di un soggetto – è un'attività cui siamo necessariamente soggetti.

Quest'azione della sensibilità definisce la sua radicalità e anche, in parte, la sua capacità di rispondere alle obiezioni di metodo poste da Derrida. Si può riconoscere ciò che precede ogni tema e ogni detto: poiché esso non è affidato all'ineffabilità, ma a quella zona d'ombra che *si fa sentire anche troppo* e che – ecco il senso di quell'oscura e ricorrente formula levinassiana: «passività più passiva di ogni passività» – è così attiva che nessuno può astenersi dal patirla. Nessuno può astenersi dall'invecchiare, nonostante gli eventuali buoni propositi: non esiste alcuna guarigione contro tale sentire. Mentre la malattia (anche la malattia dell'animo, la fatica di essere se stessi) si mostra e si espone per poter essere guariti, il sentire puro richiede la cura di una vulnerabilità senza alcuna tentazione di guarigione¹⁹.

Ma c'è prima un sentire la cui esposizione, proprio perché non si può mostrare, si può evocare nei termini della vulnerabilità. Essa non va intesa come una semplice *possibilità* del sensibile. Essere vulnerabili non significa poter essere feriti ma esserlo già da sempre. L'irrevocabilità del proprio esser vulnerabile è connessa propriamente

¹⁸ Cfr. E. LEVINAS, *Totalità e infinito*, trad. it. di A. Dall'Asta, Jaca Book, Milano 1977, pp. 261-263.

¹⁹ Per una lucida delineazione dell'irriducibilità di cura e guarigione cfr. G. TAGLIAVIA, *Il dolore, una ferita incurabile?*, in *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità, responsabilità della cura*, a cura di L. Alici, Aracne, Roma 2011, pp. 45-50.

all'impossibilità di mostrare la propria ferita. Essa c'è, ma si deve sentire senza potersi mai mostrare. Il fatto che ci sia necessariamente vuol dire che l'etica non può alcun anticipo sulla ferita, non può prevenire o aver cura che il *vulnus* non si compia. Non possiamo mostrare i sintomi a nessun medico (o guaritore o amico), nessuno può lenire tale dolore. Questa sensibilità è pura proprio in quanto non consente esercizio di consolazione. Il suo valore filosofico – quello che Levinas ricerca, giustifica, rafforza – è questa impossibilità di recuperarne una dimensione etica, se non per una derivazione necessaria. È evidente che, come tutti sappiamo, lo sforzo è orientato a costruire un'etica della sensibilità (o della vulnerabilità). Ma quest'etica della vulnerabilità va intesa come genitivo soggettivo, mai oggettivo.

Non si può aver cura della vulnerabilità del soggetto, anche perché essa consiste proprio nel fatto che non ci si può sottrarre dall'etica. Nessuno può soffermarsi su questa esposizione, anche soltanto per consolarla o per acquietarla. Certo, poi c'è *tutto il resto*. E *tutto il resto* è l'etica come filosofia prima. Ma è tutto ciò che resta a partire da tale sentire *spietato*, «in pura perdita». È perché non c'è consolazione possibile *per questo* che c'è consolazione necessaria *per tutto il resto*. La vera obiezione all'etica di Levinas non è che essa sia impossibile, ma che essa sia disperata²⁰. È all'interno di questa sensibilità spietata che, in *Altrimenti che essere*, accediamo al tema della prossimità.

Il secondo movimento pone la prossimità al centro di tale sensibilità pura. Si dà una corrispondenza tra il duplice registro della sensibilità e il manifestarsi della prossimità, che è anch'esso doppio²¹.

²⁰ Del resto è lo stesso Levinas a definire il proprio tentativo nel segno di «un'escatologia senza speranza per sé» (E. LEVINAS, *La traccia dell'altro*, trad. it. di F. Ciaramelli, Pironti, Napoli 1979, pp. 31). Sul tema cfr. anche E. LEVINAS, *Quaderni di prigionia e altri inediti*, trad. it. di S. Facioni, Bompiani, Milano 2011, pp. 217-218.; S. LABATE, *La regola della speranza. Dialettiche dello sperare*, Cittadella editrice, Assisi 2011, pp. 25-130.

²¹ La descrizione di questo secondo movimento si ritrova per esteso nel terzo capitolo, il cui titolo sintetizza alla perfezione il contenuto: *Sensibilità e prossimità* (E. LEVINAS, *Altrimenti che essere*, cit., pp. 77-122).

C'è una prossimità spaziale che più volte Levinas definisce come «la prossimità delle cose». Il suo privilegio consiste nell'aver le cose sott'occhio, nella donazione di senso tipica della visione. Come è ovvio, la questione non è semplicemente della natura di ciò cui si è prossimi: la prossimità delle cose è un modo della prossimità che coinvolge anche gli altri esseri umani e che, in sintesi, è fatto anche di un'irriducibile distanza che *sporca* la purezza del sentire. Tale distanza è lo spazio della visione, della donazione di senso, dell'intenzione. Ma è anche – mi si perdoni il salto repentino di contesto linguistico – lo spazio della diagnosi, della parola, della differenziazione senza estraniamento. Per Levinas si tratta invece di annichilire questa distanza («prossimità come soppressione della distanza»²²) per accedere alla «prossimità di un prossimo (*proximité d'un prochain*)»²³, laddove «la prossimità significa in quanto prossimità e non in quanto esperienza della prossimità (*expérience de la proximité*)»²⁴.

Eccoci quindi al nucleo del paradigma levinassiano della prossimità: quali condizioni deve rispettare la prossimità per non decadere in una semplice esperienza? La prima condizione è la presenza di un prossimo, certamente. Ma quando un prossimo è davvero tale? Non si tratta semplicemente di lucidare lo sguardo, di avere buone intenzioni, di aver cura dell'altro. Tutte forme di etica che, se ben interpretate Levinas, si fermerebbero alla mera esperienza della prossimità. Semplificando: c'è un primo passo etico da compiere per accedere alla prossimità e che consiste nel trattare l'essere umano come fine e non come mezzo. Ma tale imperativo non garantisce che

²² E. LEVINAS, *Altrimenti che essere*, cit., p.81.

²³ Sul tema di tale doppio statuto della prossimità cfr. E. LEVINAS, *Linguaggio e prossimità*, in ID., *Scoprendo l'esistenza con Husserl e Heidegger*, Raffaello Cortina editore, Milano 1998, pp. 253-276. È utile ricordare che tale saggio contiene, proprio a riguardo della prossimità, un rinvio esplicito ad *Altrimenti che essere*: «ma, naturalmente, non inaccessibile all'esperienza, perché altrimenti non ne avremmo nemmeno potuto parlare. Quest'accessibilità all'esperienza così come il privilegio della tesi dossica possono però essere chiariti solo a partire dalla prossimità stessa. Ma di ciò parleremo in un altro lavoro» (p. 265 nota 7).

²⁴ Ivi, p. 96, nota 10 (ma ricorre anche in *Altrimenti che essere*, per esempio a p. 95).

quest'etica sia un'etica della prossimità, dal momento che il *rispetto* per l'altro può ancora esercitarsi nella *distanza* da lui²⁵. Anche l'imperativo kantiano appartiene ad una ragione, segna i confini di un'esperienza della prossimità, non di una prossimità. Affinché un prossimo si renda presente come tale (come *Autrui*) è necessaria la fine della distanza e il contatto puro della sensibilità²⁶. La condizione della «prossimità di un prossimo (*proximité d'un prochain*)» è così la sensibilità pura, che abbia ridotto ogni scarto o distanza; si spiega così il privilegio accordato in *Altrimenti che essere* al fenomeno della maternità²⁷:

La sensibilità è esposizione all'altro. [...] Come se la sensibilità fosse precisamente ciò che ogni protezione e ogni assenza di protezione suppongono già: la vulnerabilità stessa. [...] Ma allora l'inquietudine del perseguitato non sarebbe altro che una modificazione della maternità, del "gemito delle viscere" ferite in coloro che esse portavano o porteranno? Nella maternità significa la responsabilità per gli altri – che arriva fino alla sostituzione agli altri... la maternità – il portare per eccellenza – porta ancora la responsabilità per il perseguitare del persecutore. Piuttosto che natura – ancor prima che natura – l'immediatezza è questa vulnerabilità, questa maternità, questa pre-nascita o pre-natura cui risale la sensibilità²⁸.

²⁵ Si può anche dire il contrario, per la verità. Anche il mettere a distanza è uno dei modi della strumentalizzazione del prossimo.

²⁶ «Avvicinarsi, approssimarsi non significa sapere o avere coscienza di qualcosa. Nel contatto, le cose sono prossime, ma in tutt'altro senso rispetto a quello in cui sono ruvide, pesanti, nere, piacevoli o persino esistenti o non esistenti. Il modo in cui esse sono "alte" in carne ed ossa non caratterizza la loro manifestazione, ma la loro prossimità. Un'idea o un valore può darsi intuitivamente in modo originario, ma non si può accostare un'idea. Ciò è possibile solo con il sensibile. Il sentito è definito proprio da questa relazione di prossimità» (E. Levinas, *Scoprendo l'esistenza*, cit., p. 266).

²⁷ Ci avverte dell'importanza del rovesciamento compiuto attraverso l'analisi della maternità Chaliel: «La possibilità stessa di un capovolgimento, nella realtà del Reale, della virile persistenza in sé del proprio essere, in una responsabilità gratuita per altri – la possibilità dell'amore e, quindi, della giustizia -, *non è forse [...] la femminilità stessa dell'Umano?*» (C. CHALIER, *Le matriarche. Sara, Rebecca e Lea*, Prefazione di E. Levinas, pp.15-17; cit. in M. VERGANI, *op. cit.*, p. 255).

²⁸ E. LEVINAS, *Altrimenti che essere*, cit., p. 95.

C'è un passaggio fondamentale che si manifesta in queste parole del filosofo. Un passaggio che plasticamente rappresenta tutta la novità di *Altrimenti che essere* rispetto alle opere precedenti. Sia sufficiente qui richiamare la descrizione della paternità contenuta nelle pagine centrali di *Totalità e Infinito*. In quella descrizione l'elemento determinante sembrava essere la slegatura, la *separazione* tra il padre e il figlio, tra il medesimo e l'altro. L'intrigo della responsabilità si manifestava in questa prossimità interrotta da una certa irriducibile distanza, che permetteva all'io di essere «nel figlio, un altro. La paternità dimora in un'identificazione di sé, ma anche in una distinzione nell'identificazione»²⁹.

Attraverso la maternità, invece, si assiste ad un vero e proprio capovolgimento della struttura stessa della prossimità: essa è ormai depurata da ogni distanza, da ogni mediazione. Ma cosa garantisce la prossimità da ogni mediazione? Dove è possibile ancorarla se non nell'immediatezza del sensibile? Sono tante le coppie di parole che Levinas usa ossessivamente in queste pagine e che ruotano tutte intorno a questa sensibilità purificata: prossimità e distanza, certo; ma anche: immediatezza e mediazione, impressione ed espressione. Tutte, ormai dovrebbe risultare chiaro, servono a definire un modello di prossimità che, per salvarsi dalla freddezza della distanza, si affida ad una sensibilità senza scampo: l'etica della prossimità è garantita da un'etica del sentire puro.

Conseguenze etiche e applicazioni antropologiche

La risposta di Levinas alla domanda circa le condizioni di un'etica della prossimità è chiara ed è, nelle pagine di *Altrimenti che essere*, consacrata nel segno di un primato del sentire. L'intento filosofico di Levinas – quello di ritrovare una dimensione concretissima dell'umano che sia al riparo dall'arbitrio dell'uomo³⁰ – non permette

²⁹ E. LEVINAS, *Totalità e Infinito*, cit., p. 275.

³⁰ Cfr. R. VISKER, *The Inhuman Condition. Looking for Difference after Levinas and Heidegger*, Kluwer, Dordrecht-Boston-London 2004, pp. 79-186.

di confondere questa posizione con le perversioni tipiche della “prossimità sensazionale” dell’epoca contemporanea. Ma, allo stesso tempo, dobbiamo riconoscere che vi è una strana convergenza, almeno nella risposta a quella domanda.

Non voglio né discutere la pertinenza filosofica di quest’interpretazione né sopravvalutare (e in fondo falsificare) il ruolo effettivo del contributo filosofico di Levinas in relazione al primato di quest’etica della sensibilità da cui sono partito. Sostengo semplicemente che quella strana convergenza ci permette di vedere con più chiarezza *alcune conseguenze etiche di una prossimità emendata da ogni distanza e condizionata ad un’etica del puro sentire.*

Una prima conseguenza è che una prossimità così ossessiva non supera il rischio di mostrarsi alla fine del tutto indifferente. A prima vista il contrario della prossimità è tanto la distanza quanto l’indifferenza. L’indifferenza definisce quello stadio emotivo per cui noi, impotenti o incapaci di sentire, finiamo per mostrarci indifferenti nei confronti del reale. Esercitiemo l’arte del distacco, appunto: che ci permette di introdurre «stati di negazione» e di stare in mezzo a situazioni in cui urge l’esercizio della responsabilità etica in uno stato di deserto emozionale³¹. Si dirà: contro tale pericolo bisogna rafforzare la prossimità, mettendola in salvo da ogni arbitrio, da ogni eventualità dell’esercizio dell’indifferenza. Proprio quel che ha tentato di proporre Levinas.

Il punto è però che un’etica del sentire *puro* soffoca la prossimità, così che noi siamo costretti ad una responsabilità che diventa un esercizio rovesciato dell’irresponsabilità. Siamo già prossimi, aldilà di noi stessi e di colui a cui ci approssimiamo. Così la nota critica rivolta a Levinas, secondo cui la prossimità, poiché si riferisce a tutti, è indifferente nei confronti della storia concreta di colui che in carne e ossa mi sta dinanzi, può essere addirittura raddoppiata: tale soggetto responsabile esercita una prossimità che, in quanto al di là delle sue forze e malgrado se stesso, è forse più un destino che una vita. In

³¹ Cfr. S. COHEN, *Stati di negazione. La rimozione del dolore nella società contemporanea*, trad. it. di D. Damiani, Carocci, Roma 2002.

fondo è una prossimità che non ha bisogno di alcuna cura, *va da sé*. Il *malgré soi* definisce una prossimità così stretta da risultare indifferente sia nei confronti della concreta espressione d'altri sia nei confronti della vita concreta di colui che si trova ad esercitarla.

Tuttavia il vero punto in cui questa prossimità si mostra indifferente e, tutto sommato, sfiduciata è proprio nell'intreccio con una sensibilità che viene interpretata esasperandone l'elemento passivo. Qui la medesima risposta porta alle medesime conseguenze. In fondo, nella proposta di Levinas, la apoditticità della prossimità si fonda sulla necessità del sentire: *dobbiamo* essere prossimi perché *non possiamo* non sentire. L'etica del sentire precede ogni soggetto del sentire stesso, fino a diventarne punto di annodamento. Questa passività o esposizione è il motivo principale per cui il sentire garantisce la prossimità. Sentire sarebbe precisamente non poter agire su ciò che si sente. Così noi non possiamo scegliere di esser prossimi, come non possiamo scegliere di sentire, di provare dolore, di invecchiare, di portare con dolore nelle viscere l'altro. Sentire, in tal caso, vorrebbe dire non avere né lo spazio né il tempo per poter elaborare ciò che sentiamo, esprimerlo (espressione vs impressione pura), averne cura. Una prossimità senza distanza è una prossimità senza cura. Che *va da sé* e, per questo, *deve* essere del tutto indifferente. C'è un duplice pregiudizio in tale movimento. Un pregiudizio eccessivamente fiducioso nei riguardi del sentire e uno eccessivamente sfiduciato nei riguardi della libertà umana.

Il primo pregiudizio – che agisce già nella critica di Derrida a Levinas – consiste nel ritenere che solo il sentire immediato può rappresentare un'alternativa positiva alla violenza del logos, in quanto suo diretto rovesciamento³². L'effetto di tale pregiudizio è dimenticare che *il sentire non è in sé etico. È arduo infatti distinguere tra il sentire immediato e il sentire pulsionale*: nell'indifferenza, per esempio, non

³² Il che implica anche il riconoscimento che sia la critica di Levinas all'ontologia sia la controcritica di Derrida sono del tutto sommarie: non fanno distinzioni, costruiscono un bersaglio polemico con una rigidità artefatta: di quale ontologia si parla, e di quale logos? È chiaro altresì che le loro posizioni preferiscono un guadagno teoretico ad una sottigliezza storica: ma fino a che punto la teoresi può modificare la storia?

c'è solo un deserto emotivo ma c'è anche un sentire che procede da parti rimosse di noi e che ha una forte tensione distruttiva.

Possiamo così giungere ad un primo guadagno: l'immediatezza del sentire non permette alcuna declinazione personale. E, di conseguenza, non può darsi un'etica del sentire puro. Il sentire puro non designa *in sé* un ordine, non è sufficiente a garantire un'etica. Ancor di più questa debolezza etica diventa predicato della prossimità, se fondata sul sentire di tale tipo. Senza alcuna mediazione, il rischio è quello di separare la vita affettiva da ogni esperienza morale (e quindi, in Levinas, di neutralizzare la portata morale della sua filosofia *annichilendo* l'etica in una filosofia prima).

Il secondo pregiudizio è nei confronti dell'essere umano in quanto *soggetto di prossimità*. E se in Levinas esso è esplicito, assai meno esplicito è nei vissuti della prossimità affidata al sentire puro. Nella sua purezza risuona infatti l'annientamento della distanza a partire da cui l'essere umano può *farsi* prossimo e non soltanto *patire* il proprio compito etico. Può rispondere e non soltanto reagire all'ingiunzione dell'altro. Il primato accordato al sentire maschera così una sfiducia radicale nei confronti della prossimità come facoltà di un agente morale. Una condanna antropologica risuona silenziosamente in questa enfasi del sentire puro. La demistificazione di tale condanna mi sembra compito assai urgente. Mi limito, per mostrare tale urgenza, a segnalare un *topos* culturale che presuppone il pregiudizio antropologico appena descritto.

Il nesso tra etica del sentire e paradigma della prossimità è spesso rintracciato attraverso il riferimento all'empatia. È interessante il tragitto culturale che tale riferimento ha percorso nell'ultimo secolo³³. L'empatia era, in origine, un concetto interno alla tradizione fenomenologica e volto ad indagare le strutture gnoseologiche, morali, affettive dell'esperienza intersoggettiva. Riadattando la distinzione terminologica levinassiana, nella tradizione fenomenologica l'empatia ha a che fare con la prossimità in quanto ne definisce i vissuti affettivi: essa chiarisce qualcosa del significato della prossimità solo in quanto

³³ Sul tema cfr. A. PINOTTI, *Empatia. Storia di un'idea da Platone al post-umano*, Laterza, Roma-Bari 2011.

approfondisce «l'esperienza della prossimità». Dal punto di vista fenomenologico, non si dà empatia se non all'interno di tale spazio legato all'esperienza vissuta (*Erlebnis*). È all'interno di questa cornice fenomenologica che sono intervenute le ricerche sulle origini neuro-biologiche dell'empatia.

Ora, ben oltre i loro giusti intenti, mi sembra che vi sia stata una “naturalizzazione ipertrofica” dell'empatia. La necessaria attenzione alla conoscenza delle basi neuro-biologiche dell'empatia³⁴ è diventata una riduzione della complessità antropologica di tale esperienza morale. Persino «l'empatia nervosa cede il passo all'empatia neurale»³⁵. Temo tuttavia che la continuità tra l'empatia fenomenologica e i «neuroni specchio» sia molto meno evidente di quel che crediamo. La naturalizzazione dell'empatia non ci salvaguarda dai rischi morali dell'indifferenza e dal cattivo uso della prossimità. La scoperta dei neuroni specchio non ci mette al riparo dalla possibilità che l'essere umano non si comporti da agente morale. Tuttavia è evidente che la naturalizzazione ipertrofica dell'empatia mette in pratica quel pregiudizio antropologico: dobbiamo accontentarci di riconoscere all'uomo d'essere un animale morale (che possiede capacità empatiche innate attraverso i neuroni specchio), sperando che questa chimica primordiale – che in quanto tale noi possiamo soltanto *patire* – rappresenti, *malgrado noi stessi*, una soluzione all'indifferenza morale che domina la scena sociale dentro cui gli usi filosofici dei neuroni specchio si moltiplicano. Così «l'empatia neurale» irrompe sempre di più sulla scena di un «deserto sociale», come giustamente sottolinea Zamperini³⁶. Anche l'empatia finisce così per ridursi ad una forma di prossimità pura, ad un sentire immediato che non permette alcun lavoro di attribuzione morale al sé.

I limiti di una prossimità la cui condizione etica sia il sentire puro sono ormai evidenti. I due pregiudizi antropologici che ho

³⁴ Per un'equilibrata esposizione delle basi neuro-biologiche delle emozioni cfr. A. DAMASIO, *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.

³⁵ Cfr. G. RIZZOLATI, C. SINIGAGLIA, *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.

³⁶ Ivi, pp. 34-36.

sommariamente esposto permettono infatti di individuare alcune contraddizioni di un modello di prossimità come quello presentato.

Una prima contraddizione è che questa prossimità non contiene un recupero del contatto, nonostante i suoi intenti. Un'etica del contatto infatti non può essere ridotta ad un riferimento al tatto come senso privilegiato della prossimità. Certo, nel significato comune che assegniamo al contatto vi è questa legatura sensibile. Una prossimità che passa attraverso il contatto sembra manifestare una specifica funzione del tatto: quella di poter fare a meno di ogni distanza – condizione necessaria degli altri sensi. È proprio per questo che nelle pagine di *Altrimenti che essere* dedicate alla maternità si fa riferimento al primato del contatto sulla visione o persino sull'ascolto. Tuttavia, riflettendo meglio, c'è davvero un contatto immediato? Il tatto permette di consumare o di abitare la distanza? Ancora una volta la maternità viscerale che Levinas assume a paradigma della prossimità non mi sembra contenere tutta la profondità che appare invece nell'espressività del mondo (e pertanto nel contatto come espressione di prossimità di due corpi). Per utilizzare, non a caso, una categoria levinassiana che in *Altrimenti che essere* è quasi assente, si potrebbe dire che tale contatto viscerale non ammette alcuna carezza: è una prossimità simbiotica, non intenzionale. È una prossimità immediata e senza alcuna possibilità di mediazione: il contatto è diventato *un'impressione* pura, non *un'espressione* di una relazione etica. Riconoscere invece un potere espressivo al contatto (come del resto faceva la fenomenologia della carezza nelle precedenti opere) è evocare la prossimità come un modo di aver cura della distanza.

Allo stesso modo una prossimità così condizionata dal sentire puro mi sembra perda la dimensione umana dell'intimità. Certo, a prima vista essa sposta il centro dell'attenzione dall'esteriorità del sentire alla sua interiorità. Non solo perché, come avviene in Levinas, tale prossimità si compie letteralmente al riparo dall'esteriorità del mondo, ma anche perché proprio l'immediatezza del sentire localizza la prossimità in una scena del tutto interiore. Del resto anche nella società eccitata il corpo non è diventato il segno del suo sentire interiore, piuttosto che l'avamposto del suo pudore? Una legge sociale

sembra essersi imposta: una strana *parresia* che non consiste nel governo della propria interiorità ma nella sua esibizione pubblica³⁷. Così interiorità e esteriorità, come pubblico e privato, s'intrecciano e si confondono in nome della dignità del sentire immediato. Il sentire puro *impone* di mettere in comune la nostra vita interiore. Anche il modello levinassiano di prossimità, pur riconoscendone le migliori intenzioni, si nutre della stessa imposizione. Nessuno può mai uscire dalla prossimità, essendo essa affidata una passività così sensibile e originaria.

Tuttavia la necessità della messa in comune dell'intimo espone tale prossimità alla minaccia della violenza. Basti pensare alla pratica medica: in essa il sentire appare inevitabilmente esposto. L'asimmetria comporta la necessità di doverci scoprire. Ma tra il medico che guarisce la malattia e non si prende cura del malato e il medico che non rinuncia alla dimensione empatica c'è, a volte, la necessità di una prossimità *controllata*, in cui l'irruzione necessaria nell'interiorità – attraverso il racconto di ciò che è segreto, il contatto impudico con il corpo – si accompagna al garbo del preservare l'intimità. A volte, ben più in generale di tal esempio, si è molto più

³⁷ Ricordo, a tal proposito, proprio all'interno delle splendide pagine dedicate al tema della *parresia* e del governo di sé, una geniale illuminazione di Foucault, che, interpretando Kant, definisce il privato «non un certo ambito di pratiche, ma precisamente un certo uso delle nostre facoltà». Questo uso consisterebbe in una corretta relativizzazione del proprio ruolo pubblico: «siamo i pezzi di una macchina situati in un determinato luogo, con un ruolo preciso da svolgere, mentre altri pezzi della macchina svolgono ruoli diversi. Ed è in questa specifica misura che noi funzioniamo non come soggetti universali ma come individui. E dobbiamo produrre un uso particolare e preciso della nostra facoltà all'interno di un insieme a cui si è attribuita una funzione globale e collettiva. È questo l'uso privato» (M. FOUCAULT, *Il governo di sé e degli altri*, trad. it. di M. Galzigna, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 42). Ecco, mi pare che la questione sia precisamente questa: non cedere alla tentazione per cui il soggetto della prossimità comprende se stesso e la prossimità a lui assegnata come universale. Una prossimità non è mai *universale*, mentre un'apologia della prossimità senza distanza finisce per essere una forma di esibizionismo della prossimità (questa critica mi pare feconda anche nei confronti di Levinas).

prossimi rispettando la distanza e non abolendola³⁸. La cura particolare dell'intimità diventa così una parte eticamente rilevante della vita della prossimità: consiste proprio nel non far patire all'altro la necessità del con-sentire. Lo scrive molto bene Føessel: «L'intimità non designa soltanto l'interiorità, in opposizione all'esteriorità, ma ella rinvia a tutto ciò che il soggetto intende preservare dallo sguardo degli altri»³⁹.

Conclusioni

La sensibilità pura appare, alla fine di questo percorso, una condizione necessaria ma non sufficiente a scandire e intercettare la qualità etica delle relazioni di prossimità. In effetti, piuttosto che semplificare quella difficoltà da cui siamo partiti, il ricorso al sentire e la sua conseguente riduzione ad uno stato di purezza ha complicato il discorso.

Ciononostante, credo che questa conclusione decostruttiva offra anche una fecondità ancora da compiere. Non si tratta infatti di criticare la via maestra del sentire ma di mettere in luce il prezzo da pagare per quella riduzione. Non esiste un'etica del sentire *puro* e, probabilmente, non esiste un'etica della prossimità *pura*. Lo statuto relazionale di una prossimità autentica rimanda pertanto a un intrecciarsi paziente che solo una filosofia rispettosa dell' "impuro" può descrivere. Che cosa significa, in questo caso, un ritorno ad un'etica del sentire "impuro"? In sintesi, credo che significhi non dimenticare che, per il suo stesso statuto, il sentire non è mai diretto né univoco. Il sentire non è un principio, pur se esso *sta* sempre al principio. La prossimità si scandisce piuttosto attraverso una

³⁸ Alla perdita dell'intimità corrisponde anche la perdita dell'estraneità radicale, perdita altrettanto importante e che tralascio per esigenza di sintesi. È la critica a Levinas proposta recentemente (e con molta finezza) in B. WALDENFELS, *Estraneo, straniero, straordinario. Saggi di fenomenologia responsiva*, Rosenberg & Sellier, Torino 2011, pp. 83-86 (Waldenfels si riferisce in modo particolare al capitolo di *Altrimenti che essere* dedicato a *La sostituzione*).

³⁹ M. FØESSEL, *La privation de l'intime*, Seuil, Paris 2008, p. 68.

complessa (e intermittente) temporalità del sentire, che si stratifica a partire da un punto di partenza del tutto affettivo. È questa stratificazione del sentire che stabilisce la sua dimensione propriamente etica e permette alla prossimità di essere un modello di risposta e non una semplice reazione ad uno stimolo o ad una pulsione. Sia il ricorso levinassiano alla sensibilità sia la riduzione così diffusa della vita affettiva al naturalismo o all'emotivismo sembrano invece mancare di sottigliezza, a partire da una definizione troppo univoca e diretta del sentire, che finisce per confondere persino il sentire etico con una pulsione etica.

Un'attenzione maggiore agli strati del sentire perde, probabilmente, quella oppositività radicale che il sentire sembrerebbe possedere nei confronti di una filosofia del cogito. In altri termini: senza la sua purezza, il sentire non vale a rispondere alle obiezioni di Derrida. Ma, con la sua purezza, il sentire diventa un mero rovesciamento dell'astrazione del cogito e si gioca ogni possibilità di dire qualcosa di prezioso della vita morale degli esseri umani. Ciò che trasforma un fatto in un'esperienza morale è infatti precisamente il ricorso a quel miscuglio che sposta il sentire da una purezza astratta (che in sé non appartiene neanche alle semplici pulsioni, per il fatto stesso che esse sono cariche d'intenzionalità) ad un cammino di preferenze, aderenze, attribuzioni, responsabilità. L'etica non s'identifica col sentire ma con il cammino delle sue stratificazioni, con la *cura* delle passioni⁴⁰. La giusta premura levinassiana è non trasformare tale *cura* in un'ennesima versione del *controllo*, che è il vero punto debole del progetto moderno⁴¹. Ma aver cura del sentire è sempre qualcosa di *più* (non di *differente*) del puro sentire.

La semplice (e troppo spesso dimenticata) distinzione di reazione e risposta mi pare ancora utile, a questo proposito. Qual è infatti la funzione della risposta, se non quella di aver cura del sentire? La capacità di risposta permette di riconnettere il puro sentire ad

⁴⁰ E. PULCINI, *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, Torino 2009, pp. 232-243.

⁴¹ Consiglio, per un approfondimento del nesso cura-controllo-modernità in chiave narrativa, il meraviglioso romanzo di G. M. TAVARES, *Imparare a pregare nell'era della tecnica*, trad. it. di R. Francavilla, Feltrinelli, Milano 2011.

un'attribuzione personale dell'affettività. La capacità di rispondere trasforma il sentire in un con-sentire o in un dis-sentire, in ogni caso in un'esperienza morale che iscrive il sentire in una prossimità concreta. Il sentire diventa una presa di posizione sul mondo, richiede una cura, indica una preferenza di valore, promette una prossimità temporalmente protesa e capace anche della giusta e necessaria distanza tra chi risponde e chi interroga, tra chi dona e chi riceve (questa giusta distanza restituisce ciascuno alla salutare intermittenza dei ruoli, rende la prossimità una facoltà umana e non una faccenda spietata, come appare in alcune pagine di Levinas): «Siamo ora preparati a cogliere la principale differenza fra i vissuti dello strato personale dell'affettività e quelli degli strati vitale e sensoriale. Non è nel semplice sentire i valori negativi e positivi delle cose, ma nel consentire e dissentire nei confronti di questi valori, che ciascuno incontra se stesso»⁴².

Sia la proposta teorica di Levinas sia i fenomeni privilegiati della società eccitata corrispondono invece a questa incapacità di lavorare sul sentire per trasformarlo in consentire e dissentire. Nel caso della società eccitata, l'analisi è prevedibile e ormai scontata: l'apologia del sentire immediato è una conseguenza della fine della funzione istitutiva del divieto (l'emancipazione come individualizzazione anti-edipica). Ma la severa prossimità di Levinas non è che un rovesciamento di questa *hybris* del sentire: l'uomo sembra condannato ad una responsabilità senza interdizione. L'etica diventa il luogo privilegiato in cui l'essere umano sperimenta la fatica di essere se stesso, condannato a sentire il peso di «non fare ciò che *deve* fare» (e non più, come nel caso della colpa, di «fare ciò che non deve fare»⁴³).

Il sentire puro rende la prossimità una scena dentro cui sperimentiamo desideri e responsabilità così spietati da renderci incapaci di lavorare. Al contrario, una prossimità umana si nutre di questa giusta distanza, che è una figura di transito, una soglia che permette di lavorare sul sentire, rendendo il diritto alla propria intimità

⁴² R. DE MONTICELLI, *L'ordine del cuore. Etica e teoria del sentire*, Garzanti, Milano 2003, p. 115.

⁴³ A. EHRENBURG, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, trad. it. di S. Arecco, Einaudi, Torino 1999, p. 43.

e alla tessitura rispettosa dei tempi e dei modi di ciascuno. Forse, se il sentire è la condizione per accedere alla sfera della prossimità, la distanza è la condizione per aver cura di tale prossimità, attraversando la sua salutare difficoltà senza più l'angoscia di doverla *riparare*. Perché la cura non corrisponde ad «un'arte della riparazione» ma, piuttosto, «è un'arte della separazione»⁴⁴.

⁴⁴ Ivi, p 60.

PARTE SECONDA
Relazioni di cura

La cura incerta di donne e uomini vulnerabili

Ivo Lizzola

Una nuova esperienza di malattia e di cura

L'esposizione alla debolezza

L'esperienza della cura assume non di rado i tratti della esposizione alla debolezza irreparabile, a una fragilità insopprimibile e non celabile. In fondo è una esposizione alla verità più propria della condizione umana, ma diventa difficile sostenerla quando si manifesta in condizioni nelle quali pare quasi impossibile intravedere varchi verso il futuro, coltivare il senso del possibile, vivere ancora il desiderio. Quando chiede l'esposizione di un corpo, di una mente, di una storia prostrata a gesti ed a presenze chiamate a sostenere, accogliere, contenere. Ma esposizione alla fragilità propria è anche quella vissuta da chi porta presenze e gesti tecnicamente raffinati, ma poco più che impotenti, davanti a corpi la cui figura si dissolve e nei quali la vita esita e sfinisce.

Tale esposizione è di tanti operatori della cura, di operatori sociali dell'area della marginalità, di tanti educatori. Ma, al fine, è di ogni donna e di ogni uomo, di ogni trama familiare e di prossimità. Il nostro tempo ha diffuso di nuovo questa esperienza, nei luoghi quotidiani dove la vita fiorisce e a volte geme, e nei luoghi dove concentriamo il potere delle tecnoscienze a disposizione della medicina. E il nostro si fa, così, tempo di disvelamento della vulnerabilità propria delle figlie e dei figli d'uomo.

A volte accoglienza ed esposizione si toccano, una non teme l'altra, non teme d'essere colta nell'altra¹. Accogliere chi mi si presenta o accanto a me si mostra nella irreparabile debolezza, nella

¹ Cfr. S. PETROSINO, *La scena umana. Grazie a Derrida e Lévinas*, Jaca Book, Milano 2010.

insopprimibile (e non celabile) fragilità d'una ferita, d'una malattia, d'uno sfinire pare quasi impossibile. Pare solo rivelare la mia impotenza di fronte alla sua integrità ormai compromessa. Così come è avvertito, pare quasi pesante e ingiusto il confidare che la mia condizione ferita, di “resto” di umanità sfigurata possa trovare un qualche riparo, una qualche accoglienza presso altri. Pare solo una pretesa prepotente.

Eppure nelle case, nelle strutture sanitarie e d'accoglienza, nei centri e nelle residenze assistenziali, negli *hospice* dove l'esposizione e l'accoglienza s'allacciano l'una all'altra nei corpi, negli sguardi e nelle mani di donne e uomini fragili e capaci, le vite toccano il loro ritrovarsi sul limite nella loro origine, nella cura. Lì si impara di nuovo a sentire il tempo, a sentire l'altro². Lì si apprende un nuovo sapere della propria costitutiva vulnerabilità. Non nella prospettiva del controllo e della risposta (attraverso i saperi e le tecniche diagnostiche e terapeutiche, con i loro protocolli ed interventi) ma in quella della presenza e della responsabilità. Che chiedono la partecipazione al gioco della interpretazione, della ricerca del significato, del ridisegno dei desideri.

Questo nostro tempo del disvelamento dell'evidenza della vulnerabilità che ci lega in consegne reciproche, in affidamenti e presenze gli uni agli altri, è un tempo nel quale scopriamo la nostra originaria filialità. Infine, in esso “torniamo tutti figli”, in mano d'altri, nella cura. Saprà una convivenza, un'umanità di generazioni diverse, così vincolate e vicine, dipendenti e consegnate, ritessere vita e dignità, cura e legame dalla vulnerabilità, dalla filialità e dall'esilio? Oppure s'aprirà una grande, nuova soglia evolutiva segnata da tragiche sacrificialità?

Il tempo della malattia

Sono ingiuste la malattia, l'invalidità, l'infermità nel corpo e nella mente? Certo, sono ingiuste. Ed è giusto farvi fronte, combatterle,

² Cfr. E. LEVINAS, *Il tempo e l'altro*, trad. it. di F. P. Ciglia, Il Melangolo, Genova 1997.

cercare di ridurle, di contrastarle. Ma l'ingiustizia resta e resiste sia perché l'azione di contrasto è dolorosa, crea dipendenze e "spoliazioni", sia perché è azione destinata comunque a non essere risolutiva. Elaboriamo, allora, retoriche di purificazione consolatorie o "edificanti", oppure retoriche di resistenza "eroica" dal sapore amaro e freddo. Oppure, ancora, accentuiamo le derive di una dissennata insistenza terapeutica o tecnologica. Ma è la nuova fenomenologia della malattia e della vulnerabilità che rivela il limite delle retoriche diffuse e, forse, indica sentieri verso i quali incamminarsi.

L'esperienza di malattia e fragilità entra da qualche decennio nei giorni di tante donne e uomini, per permanervi a lungo. Destruzione progetti e condizioni di vita e chiede di cercare e provare nuove strutturazioni, inediti equilibri. Oppure strategie per stare negli squilibri, nei nuovi limiti e nella dipendenza. Sono le possibilità della medicina di frontiera, della rianimazione e della riabilitazione, della farmacologia e della tecnologia medica ad allungare i tempi di malattia, a portare a lunghe cronicizzazioni, a gestire prolungate dipendenze da farmaci.

Cambia il senso e l'orientamento della cura, della terapia: non è più intervento risolutivo, tanto meno "salvifico"; a volte "stabilizza" a fatica, più spesso rallenta o cerca di contrastare processi. La diagnostica e l'indagine genetica nello svelare precocemente la presenza di patologie ne permettono, certo, il "trattamento" ma aprono anche a una convivenza a volte prolungata con il proprio essere "minati", con il proprio finire. E ciò, per essere portato, richiede adeguate risorse culturali, psicologiche, affettive e relazionali.

Da qualche decennio vediamo svilupparsi nuove ricerche d'umanità e nuova immaginazione sociale nelle numerose storie familiari segnate dalla presenza della fragilità, come nelle storie di donne e di uomini che apprendono a continuare a lavorare, a esercitare ruoli, a studiare e a formarsi. A vivere in società, a esercitare responsabilità e cura d'altri pur nell'evidenza di loro nuovi o persistenti limiti. Intrecciando tutto questo alle terapie, alla cura di sé.

Il tempo del vivere si fa, così, luogo di ricerca e di coglimento di nuovi significati, di nuove attenzioni, d'una nuova destinazione dei beni e delle presenze. D'un nuovo gusto delle relazioni con le cose e le persone. Anche con il proprio corpo. Si danno lente e sorprendenti

riabilitazioni al desiderio e al futuro mentre si provano e si trovano nuovi ritmi e nuove collocazioni, ridislocazioni e risimbolizzazioni affettive dei ruoli (familiari e sociali), ridisegni di storie e progetti personali.

In tutto questo non è raro acquisire la messa a fuoco di altro di sé, di altre dimensioni personali, di nuove energie e sensibilità. Si può dare una possibilità d'essere anche diversi da quanto scoperto e vissuto di sé: in “nuova nascita” direbbe María Zambrano.

Tutto l'operare, il dire, il disegnare alleanze terapeutiche e comunicazioni nelle realtà della cura e dell'assistenza, come in quelle di ogni prossimità e vicinanza, viene “compromesso” in questa ricerca di forme nuove della vita personale, familiare, della convivenza. Una “compromissione” che può assumere la forma del *dono del tempo*, della tessitura impegnativa d'una abitabilità comune del tempo. Quello che si dà, e che si può aprire³.

La stessa relazione tra le generazioni viene provocata con forza, e trova tensioni e densità inedite. Cura, presenza, consegna, separazione, invio: sono alcune delle dimensioni esistenziali che le nuove fenomenologie della vulnerabilità fanno emergere come forme di incontro e riconoscimento decisivo in un tempo che silenziosamente torna ad essere scandito di generazione in generazione⁴.

Sulla scena della cura

Sulla scena della cura si dà sempre un delicato gioco di proiezioni, di assimilazioni, di suggestioni, di abusi, di giustificazioni, di rispetto, di dedizione. Occorre apprendere sul campo cosa farsene della propria onnipotenza e, insieme, come ritessere nella evidenza del limite, e anche del finire, delle possibilità di desiderio. Anche dei momenti di gioia, legati a esperienze di dare e ricevere tra chi è presente, legati

³ Cfr. G. BERTOLINI, (a cura di), *Scelte sulla vita. L'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva*, Guerini, Milano 2007.

⁴ Cfr. R. MANCINI, *Il senso del tempo e il suo mistero*, Pazzini, Rimini 2005; I. LIZZOLA, *Di generazione in generazione. L'esperienza educativa tra consegna e nuovo inizio*, FrancoAngeli, Milano 2009.

alla fioritura di attività gratuite, leggere, non vincolate. Nelle quali ci si chiama alla vita in una specie di amicizia. Sono luoghi e momenti di un apprendimento della vita: in essi a volte matura non solo l'accettare ma piuttosto l'integrare la mortalità ed il desiderio, e il gusto dei gesti. Riuscendo, così, ad addomesticare le paure e la depressione.

Nella cura ci troviamo quasi sempre là dove non aspettavamo di trovarci, presso una sofferenza che può essere gemellata con la possibilità di trascenderla, di trasformarla, almeno un poco. Occorre apprendere a guardare in faccia l'intollerabile, a non indietreggiare. Per una madre, ma come tante madri e tanti padri di figli disabili si tratta di poter giungere a dire: «come madre non scelgo di dare senso all'handicap [...], l'handicap si è imposto e io mi reinvento facendo rinascere mio figlio tappa dopo tappa»⁵. Anche tante figlie e figli di genitori dementi o sfiniti possono sperare di maturare questo.

Certamente la cura diventa una sfida alla responsabilità cui ci sentiamo chiamati. Ma non è solo questo, diventa un'arte nella quale si esercita un "desiderio mitigato", un desiderio rispettoso della persona ferita e rispettoso del proprio limite.

È preziosa la tessitura di un ambiente di relazioni, di scambi e riflessioni nel quale ospitare le domande e gli incontri attorno alla sofferenza e alla debolezza. Un ambiente di cura nel quale fare spazio e riunire famiglie e reti di prossimità, aiutare orientamenti per chi vive nelle relazioni educative, professionali e lavorative, per chi condivide esperienze sociali con chi è segnato dalla debolezza.

È preziosa la creazione di inedite realtà e relazioni vitali, quasi "zone franche" nelle quali possono avvenire cose che rischiano d'essere negate ed eluse nelle istituzioni della cura quando la logica che presiede le relazioni è quella tecno-efficientistica, segnata da protocolli, linee guida e consensi informati. Eluse anche nei luoghi e negli incontri d'una assistenza intrisa di intenzionalità consolatoria e compassionevole. Logica ed intenzionalità di separazione e di fuga.

Queste "zone franche" possono garantire rispetto e salvaguardia in una situazione nella quale si vive una invasione, una irruzione della

⁵ J. KRISTEVA, J. VANIER, *Il loro sguardo buca le nostre ombre*, trad. it. di A. Piovanello, Donzelli, Roma 2011, p 35.

diagnosi e delle terapie. E possono aiutare a contenere e dare direzione al dilagare delle emozioni, delle immaginazioni, possono aiutare i traghetamenti verso condizioni nuove, e la elaborazione di visioni e di strategie di vita inedite. Le esperienze dell'angoscia, dello smarrimento, della paura hanno bisogno di essere espresse, depositate, ospitate e così pure l'esperienza di un silenzio che curi l'intimità, che non lasci spazio alla falsificazione di tante parole, e non sia distacco.

Serve una zona franca anche per la messa a fuoco e l'esame attento e sereno di vissuti contraddittori e ambivalenti, come quelli di colpa e risentimento, di imputazione e di riconoscimento, di distruttività e di dubbio. La distanza è radicale, la relazione al limite dell'impossibile, ma ancora si offre la prova di abitare insieme il tempo, e di creare uno spazio di vita comune. Con appassionata e dolorosa lucidità⁶.

Nei varchi dell'esperienza si riconquista il senso di saperi e di servizi, si coglie l'emergere di virtù pratiche, quotidiane, e di significati universali. Certo, emergono anche i fondi oscuri di autodistruttività e disperazione, a contenimento dei quali resta e resiste la possibilità dell'amicizia, della comunione.

«Vi ricordate qualche anno fa? Eravamo tutti impegnati a fronteggiare la malattia, a lottare, a provare a resistervi perché non l'avesse vinta. E ci facevamo coraggio, cercavamo alleanze e strade possibili. Ottenendo anche buoni risultati e legandoci molto. Questi mesi, invece, sono molto diversi, c'è una delicatezza nuova e la passione ha preso respiro. Stiamo ancora molto insieme, c'è da fare, certo. Ma la nostra è diventata come una convivenza amorosa»⁷. Nella stagione declinante della cura dell'inguaribilità questa può essere la maturazione.

Vulnerabilità e dignità

Come sostiene lucidamente Julia Kristeva, «l'umanesimo è cresciuto censurando, espellendo tale vulnerabilità insita nell'uomo»,

⁶ Cfr. M. CHIODI, *L'enigma della sofferenza e la testimonianza della cura*, Glossa, Milano 2003.

⁷ V. BONANDRINI, *I giorni e l'evento*, a cura di I. Lizzola, W. Tarchini, CENS, Cernusco (Mi) 1996, p. 55.

cercando di combatterla e vincerla. Anzitutto con lo sforzo della scienza e con la sua promessa di rimediare domani ciò che non è rimediabile oggi⁸. Vincere il male (il bisogno, la malattia, la morte) è stata la direzione degli sforzi delle scienze mediche, sociali e umane. Ciò ha indebolito le risorse culturali, etiche, psicologiche e spirituali delle donne e degli uomini di fronte al limite, all'impossibilità, alla mortalità. Indebolito è stato ogni tentativo di elaborare un'etica capace di coesistere con la vulnerabilità ed il limite.

Ci si sforza di “curare“ la fragilità, le debolezze insuperabili, le cronicità e le disabilità attraverso il progresso scientifico e un sostegno responsabile e personalizzato. Ma si resta poco capaci di sostenere l'impegno di cure sulla lunga distanza, con una filosofia in grado di integrare la vulnerabilità endogena degli esseri viventi in generale e dell'essere umano in particolare.

Tra non molti anni (ma già oggi si sente qualche voce) ci si potrebbe chiedere perché tutti i falliti e i feriti per nascita o per incidente debbono aver diritto all'assistenza sociale. Ci si potrebbe chiedere se ha senso investire tempo e denaro nella cura dell'irreparabile. Sono molti i casi di assicurazioni che non intendono pagare i trattamenti di patologie “non curabili” negli Stati Uniti.

La modernità ha provato a “vaccinare” (con risultati molto incerti) contro il pregiudizio, il razzismo, l'intolleranza nei confronti delle minoranze e della diversità. Ma ha lasciato scoperti nei confronti della vulnerabilità manifesta, della debolezza irreparabile della malattia che sfigura e chiede cura fedele e prolungata nel tempo. Di fronte a questo occorre avere maturato la capacità di «integrare la morte nella vita»⁹.

La dignità umana così come è pensata da filoni forti del pensiero occidentale, si esprime ed è riconoscibile nella libertà, nella autenticità, nell'autonomia, nella razionalità¹⁰. Non può certo, così intesa, rispecchiarsi nella figura di donne e uomini resi fragilissimi, dipendenti, incapaci, limitati nelle relazioni incapaci di buon uso della

⁸ Cfr. J. KRISTEVA, J. VANIER, *op. cit.*, pp 8-10.

⁹ Ivi, pp. 31, 85.

¹⁰ Cfr. P. VALADIER, *Dignità della persona e diritti dell'uomo*, in A. Pavan (a cura di), *Dire persona. Luoghi critici e saggi di applicazione di un'idea*, il Mulino, Bologna 2003.

ragione, e di buon governo di sé, portatori di disturbi psichici e distorsioni nel comportamento. Donne e uomini indegni, dunque?

Se ascoltiamo le grandi tradizioni sapienziali e morali conservate nei testi sacri e nei miti antichi della nostra cultura sentiamo richiamare una dignità degli uomini e delle donne che va rispettata e riconosciuta non tanto, non in primo luogo, là dove questi presentano le qualità e i tratti più elevati e nobili (lì già rifulge, e orienta). La sapienza antica chiede invece di serbarla, di ricercarla, di richiamarla con forza proprio là dove donne e uomini perdono la loro “altezza”, proprio nei momenti in cui perdono la “forma umana”. Dove sono deturpati dalla miseria o dallo smarrimento esistenziale, dove sono prostrati dalla malattia o resi vulnerabili e incapaci dalla invalidità. Lì non c’è autonomia e autosufficienza; non c’è abilità dei gesti o capacità della mente che “manifesti” la dignità umana. Queste condizioni sono avvicinate o attraversate da molti, se non da tutti nell’arco della vita. Queste condizioni sono specchio della nostra costitutiva vulnerabilità, della fragilità nella quale siamo nati, e siamo cresciuti, affidati nelle mani d’altri.

La “forma umana” quando si sfigura è del tutto affidata: alla sollecitudine di altri uomini e altre donne, e alle istituzioni di convivenza che essi si danno per la cura e per la giustizia. Edipo nella tragedia di Sofocle afferma, alla fine della sua parabola, che “è proprio quando io non sono niente che divento veramente un uomo”. È questa anche l’indicazione del “servo sofferente” di Isaia. È la nostra “comune indegnità”, la debolezza e il degrado che è nelle nostre possibilità e (in momenti e con intensità diverse) nella nostra realtà: è questa che ci può fare incontrare in una relazione che riconosce, e manifesta e dà dignità. La dignità è una relazione.

Ma è dalla parabola del samaritano¹¹ che ci viene anche un’altra indicazione: chi incontra lo sconosciuto “senza qualità” e ne ha cura in nome dell’umanità vinta e sfigurata, diventa portatore, dà prova di dignità. Noi ci onoriamo riconoscendo un uomo, una donna, in chi è sofferente e sfigurato nel corpo e nella psiche, senza ridurlo alla sua sofferenza, in chi è nella miseria fisica, psicologica, morale senza

¹¹ Cfr. Lc 10.

ridurlo alla sua condizione, alla sua deficienza. La dignità viene a noi, in essa ci riconosciamo, ci incontriamo.

La dignità umana è da vedere e sostenere in (e tra) donne e uomini non perfetti, non “puri” nei gesti, non del tutto limpidi nelle intenzioni. Vulnerabili. Occorre vederla e sostenerla, richiamarla operosamente, in responsabilità, da vulnerabili. In ciò onoriamo noi stessi serbandoci memoria e fedeltà a quanto dobbiamo ad altri d’esserci, d’esser formati in identità, sapere e dignità. Nati figli tutti e capaci di nascere di nuovo, di riscattarci, di onorarci nell’incontro fraterno.

Una attesa di comunità

Paul Ricoeur ha scritto che la malattia è una “attesa di comunità”: forse, a volte, quel che resta in una alleanza attorno alla condizione di fragilità estrema dove si ricongiungono resistenza e resa è una “comunione amorosa”. I corpi esposti sono anche corpi offerti alla vicinanza. A volte lo restano a lungo, con i segni della loro storia, con le paure e le tensioni generative, con le capacità e l’impotenza dei loro gesti.

Se la malattia è “attesa di comunità” ogni comunità reale si svela, in presenza della malattia, vulnerabile. Il timore crea separazione, crepe nella fraternità, deleghe agli specialisti della cura. Quando la debolezza irrevocabile si manifesta, il patto sociale è posto di fronte alla paura del deficit, alla ferita narcisistica, alla castrazione¹². È di fronte alla mortalità che abita ognuno: se ha promesso felicità, assenza di dolore, disponibilità di beni inesauribili, piacere, apertura ad ogni esperienza e movimento, risposta ad ogni bisogno e soddisfazione dei desideri, così come si pongono, non può che viverli sconfitta. Ospitando reazioni difensive di rigetto, di indifferenza, di arroganza, o di volontà d’eliminazione del limite estremo attraverso l’eutanasia.

La vulnerabilità estrema e i limiti della vita possono essere trasformati in comunità. Ma questo a condizione che la debolezza che si rivela irreparabile non venga negata, e neppure esaltata, ma venga

¹² Cfr. J. KRISTEVA, J. VANIER, *op. cit.*, pp. 25-26.

invece accolta. E riecheggi nelle ferite di ognuna delle donne e degli uomini presenti sulla scena della cura, li porti in presenza e in verità dentro un tempo inedito.

La vicinanza si dà solo attraversando un passaggio nel quale si viene sradicati dalle certezze, esiliati dalle appartenenze. E messi in ascolto serio della estraneità che è dentro ognuno di noi. E della vulnerabilità che è in ogni “avvicinanza” ad altri. La privatizzazione della sofferenze e del morire, così come la sua medicalizzazione, negano uno spazio di vita comune a questi passaggi decisivi di umanizzazione.

Solo in una trama di vita comune si può continuare a sentire la cura, a guardare insieme nel buio, nel mistero, a reggere di fronte all’ingiustizia del male e del finire. Una vita comune nella quale riuscire ad accettare che non possediamo mai l’altro: dobbiamo lasciarlo essere (nella gioia dei momenti della sua pienezza d’essere!) e poi dobbiamo lasciarlo andare.

Donne e uomini vulnerabili e finiti provano a vivere nella gioia, occhi negli occhi, anche quando lo sguardo limpido ed esposto, o tremante può dare timore e angoscia. Come quando ci guarda un bambino, o chi amiamo o chi muore. Occorre lasciarsi guardare, restare nella distanza ma non sottrarsi, provare a tollerare l’esperienza d’esilio evitando la fuga. Lasciarsi guardare da uno sguardo che la cura ha reso aperto.

La cura e la possibilità di una azione deponente

Una “rottura instauratrice”

La relazione di cura ci obbliga a guardarci con una certa trasparenza, e a volte non è quello che desideriamo. Vederci con trasparenza è una esperienza dalla quale, tendenzialmente, cerchiamo di ripararci assumendo delle maschere: i ruoli, le sicurezze, la coltivazione di una ‘immaginazione’ degli altri nei nostri confronti. Nella relazione di cura tutto questo viene per lo più ‘lacerato’, e noi ci difendiamo attivando delle resistenze (ci sono preziose pagine di

Andrea Canevaro sulla relazione d'aiuto e sulle "resistenze")¹³. E questo riguarda tutti quanti sono coinvolti sulle scene della cura.

C'è, poi, un'altra dimensione della relazione che provoca sofferenza ed è quella che cogliamo più immediatamente. È legata al gioco tra intrusione ed esposizione: facciamo sempre "invasione" nell'altro, inizialmente per come noi ce lo rappresentiamo, nella diagnosi, nel piano terapeutico, nella definizione dei bisogni, nel rilevare le sue mancanze o i suoi deficit. Operiamo, anzi, una doppia invasione: attraverso la nostra rappresentazione dell'altro e, poi, attraverso l'azione, l'intenzionalità terapeutica e riabilitativa che attiviamo nei suoi confronti¹⁴.

Quando questo succede avviene un piccolo terremoto, ci troviamo su una faglia: operatori e pazienti, assistenti ed ospiti, e pure le reti familiari e di prossimità, tutti ci sentiamo scossi, a volte piuttosto violentemente, e colti dalla necessità di ricostruire un paesaggio abitabile.

Ecco a volte cosa chiede la cura: lo sforzo di provare a ricostruire (perché quel che è rotto lo è una volta per tutte) un paesaggio abitabile insieme a chi si incontra. È certo necessaria la scossa perché si apra la possibilità di costruire un paesaggio abitabile, un tempo abitabile e accogliente, nuovo per chi si incontra. Ma questo si rivela un tempo complesso, inedito, che suscita anche timore perché non siamo certi di poterlo "percorrere": può essere questo il motivo per cui ci sentiamo spinti a camminare insieme.

Il tempo e il luogo della cura si pongono, allora, come quelli di una "rottura instauratrice", per usare una espressione cara a Michel de Certeau quando parla della fede (anzi della debolezza del credere) e a Paul Ricoeur quando parla del perdono nel suo *La memoria, la storia e l'oblio*¹⁵. Nella vita una rottura instauratrice è una realtà nella quale ci si ritrova, non è frutto di una costruzione.

¹³ Cfr. A. CANEVARO, A. CHIEREGATTI, *La relazione d'aiuto*, Carocci, Roma 1999.

¹⁴ Cfr. G. BERTOLINI (a cura di), *op. cit.*

¹⁵ Cfr. M. DE CERTEAU, *La debolezza del credere. Fratture e transiti del cristianesimo*, trad. it. di S. Morra, Città Aperta, Troina (Enna) 2006; P. RICOEUR, *La memoria, la storia, l'oblio*, trad. it. di D. Iannotta, Cortina, Milano 2003.

Quando noi cominciamo a riconoscerci dentro lo spazio creato da una rottura instauratrice, cominciamo ad essere nella possibilità o nella necessità di una nuova nascita. Si potrebbe dire che nella cura si diventa attivi e vivi solo dopo che è avvenuta questa rottura, dopo che, per un certo momento, un paziente, un operatore si è sentito perso. È la stessa esperienza quella che vive chi cura e chi è curato: sentire un certo sperdimento. Come è reciproca l'intrusione.

Non avere paura

Nella relazione con la fragilità e la debolezza insopprimibile della malattia, con la sofferenza del corpo e della psiche, con la frattura della colpa e della ferita sofferta o subita le donne e gli uomini sono chiamati a stare senza timore. A non avere paura.

La condizione che sperimentano molti operatori della cura, molti educatori di fronte a condizioni esistenziali dure e difficili, dove la sofferenza e la malattia si impongono fino a togliere il fiato, è quella di essere ridotti quasi alla impotenza. Le loro competenze, i loro saperi, le loro organizzazioni sono messe alla prova, quasi messe in un angolo.

Le risposte che le persone provano a dare a questa esposizione sono diverse.

Alcune rimandano alla propria fatica esistenziale in cerca di uno spazio interiore e sociale in cui poter rielaborare l'immersione nella fragilità umana nelle sue manifestazioni estreme. Altre rimandano a una sorta di autodifesa che porta a tenersi distanti, a non lasciarsi toccare: confortati in questo dalla possibilità di rifugiarsi nell'uso di tecniche e strumenti che permettano di mantenersi, appunto, a una giusta distanza di sicurezza.

Altre reazioni, infine, esprimono l'essere sorpresi, amareggiati, soli nel momento in cui si tocca con mano che la società - che spesso ha "costruito" la sofferenza, il disagio profondo, la stessa patologia e che, in ogni caso, è responsabile del fare spazio alla fragilità costitutiva dell'uomo - non vede e si organizza per non vedere, si ritrae, delega la sofferenza umana a professionisti dell'assistenza e della cura.

In questi nostri anni – senza che si abbiano a disposizione adeguate risorse etiche, culturali e psicologiche – il disagio, vissuto e incarnato

dai fragili, penetra nella vita di chi si occupa di loro, in maniera spesso violenta e improvvisa, come una sorta di epidemia in cui i “mali di vivere” si ingarbugliano, si intrecciano, si incastrano gli uni negli altri. Questo mentre paiono rinforzarsi le ideologie dell’efficienza e del “successo”, i cui vessilli spesso impediscono la visione chiara e distinta delle ferite dell’altro. Sembra che sbagliare, inciampare, stare male, trovarsi smarriti in una colpa o in un errore, siano calamità naturali da evitare, come la morte.

Nel lavoro di cura, in molto lavoro sociale, si è portati di fronte a un volto, in prossimità a una “nudità umana” che è «mendicità, ma anche una strana autorità disarmata, ma imperativa, che mi interpella in qualità di io responsabile di questa miseria»¹⁶. Prima di essere sguardo, l’altro è volto, eccede il mio potere, segna una «impossibilità di sottrarsi che non è servitù ma elezione»¹⁷.

Potremmo dire che l’ansia del controllo mortifica l’attenzione, perché la schiaccia sotto un pesante fardello fatto di classificazioni e diagnosi, di tecniche e strumenti che assorbono a tal punto le energie degli operatori da lasciarne poche per l’incontro con l’altro.

È una tendenza molto diffusa questa, di cercare riparo nell’oggettività di un sistema “asettico”, o nel controllo di un linguaggio o di una tecnica che non obbligano a mettersi in gioco. Lo si vede in tantissimi luoghi, i più diversi: i reparti ospedalieri, i luoghi della riabilitazione, i servizi psichiatrici e gli istituti di pena, i consultori e i servizi per il disagio adulto o per la disabilità grave.

Eppure è proprio da dentro le trame faticose, e intimorite, di queste relazioni di cura che silenziosamente, diffusamente e con forza va emergendo una declinazione nuova degli esercizi dei saperi e dei poteri che prova ad assumerne il limite. Su questo si costruiscono gli incontri, le possibilità di un incontro umano. Fatto di presenza, di dialogo, di ascolto; e di interpretazione del senso dei giorni, di impegno per mantenere abitabili i giorni.

¹⁶ E LEVINAS, *Fuori dal soggetto*, a cura di F. P. Ciglia, Marietti, Genova 1992, p. 7.

¹⁷ E LEVINAS, *Dall’altro all’io*, a cura di A. Ponzio, trad. it. di J. Ponzio, Meltemi, Roma 2002, p. 150.

Su queste frontiere della cura può nascere una pratica inedita di contesti condivisi (e comunionali) di relazione e di responsabilità: una costellazione di “cellule etiche” nella convivenza, nelle quali donne e uomini, portatori di bisogni o di capacità e responsabilità, si richiamano ad agire come soggetti morali¹⁸.

Capaci e vulnerabili

Ricompresi, ingaggiati dalla prova, a volte rappacificati, a volte nella condizione di vulnerabilità, le donne e gli uomini riconquistano un senso più pieno e ricco del loro essere in possibilità, della propria libertà, della capacità di destinazione e di cura. Che è la loro capacità di iniziare. Essi, nella piena evidenza del limite, e della loro “passività” (o meglio: della loro *esposizione*), possono abitare un tempo dove si intrecciano crisi e trapassi, esaurimento di ragioni e di disegni, incertezza dei destini. Sostenendo condizioni del vivere percepite come impotenza, come incertezza di destino.

Già nel 1950 Paul Ricoeur tracciava una linea di riflessione che sarebbe arrivata fino agli scritti degli ultimi mesi della sua lunga vita attorno al carattere fluttuante, incerto e titubante (*flottant*) dell’entrare nell’umano, rivelato dalla “passività irriducibile” che è propria del solo fatto di essere in vita¹⁹. Passività come recettività, come ciò che è dato di vivere prima dell’esercizio della volontà: trovarsi in vita, appunto, grazie, con e tra altri.

Le motivazioni e gli sforzi delle donne e degli uomini non assumono la forma del controllo e della sovranità: «la vita sfugge, si sottrae da tutte le parti al giudizio e al controllo; non si regna su di essa». ²⁰ Sono parole che colgono molto della condizione umana nella nostra contemporaneità.

Precarietà e fragilità rinviano alla figura della vulnerabilità. La vulnerabilità non è la precarietà ma può essere ripensata a partire da

¹⁸ Cfr. I. LIZZOLA, *L’educazione nell’ombra. Educare e curare nella fragilità*, Carocci, Roma 2009, pp 93 ss.

¹⁹ Cfr. P. RICOEUR, *Filosofia della volontà I. Il volontario e l’involontario*, trad. it. di M. Bonato, Marietti, Genova 1990.

²⁰ Ivi, p. 385.

essa. La vulnerabilità designa la persistenza della precarietà nel processo di umanizzazione della vita.

Questo è tempo opportuno perché sulla soglia della vulnerabilità, della cura, dell'esposizione, della solitudine che la vita offre ed apre continuamente, nell'incertezza e nella fragilità incontrate in sé e in altri, le donne e gli uomini vengono spinti a legarsi tra loro. Donne e uomini vulnerabili possono trovare senso e giustizia nell'incerto, possono scrivere storie e riconoscimenti nella precarietà, possono serbare dignità e consegna nel limite e nel finire.

È la vulnerabilità che fa sì che l'autonomia sia la condizione di possibilità, di potere. È generativo, allora, il “paradosso dell'autonomia e della vulnerabilità” proprio della condizione umana. Un'antropologia dell'uomo capace non può essere chiarita che da una antropologia dell'uomo vulnerabile. È proprio da dentro la prova del negativo, dell'impossibilità, dell'impotenza che prende senso la tensione all'autonomia, al ritrovare sé. Tensione che si libera dall'incondizionatezza e che non si cerca come assoluta (senza legami).

La vulnerabilità riapre così le diverse figure della forza e della potenza umana. Apre la possibilità di una *azione deponente* propria di donne e uomini che soffrono e sopportano, che agiscono e che iniziano. Che non si fanno sopraffare dal timore e dalla paura²¹.

Si può essere capaci da fragili, si può essere fragili pur se capaci. Lo fanno i bambini ed i nostri adolescenti quando sono chiamati precocemente in compiti di cura, d'assistenza attenta verso chi nella rete familiare (o di vicinato, o nel gruppo classe) è più fragile, è malato, è disabile. Ed ogni infanzia ed adolescenza oggi è nella condizione di accompagnare percorsi di malattia e vecchiaia di nonni e prozii, o di vivere prossimità a differenze e disabilità.

È un'occasione formativa preziosissima. Da piccoli, nel proprio limite, si è attivati in capacità di cura, anche in capacità educative, preziose per i propri vecchi, per i propri compagni, per i più piccoli a noi affidati (nei centri estivi, nelle società sportive, nei centri diurni).

²¹ Cfr. I. LIZZOLA, *Incerti legami. Orizzonti di convivenza tra donne e uomini vulnerabili*, La Scuola, Brescia 2012, pp 45-49

L'azione deponente

La capacità di cui si è dotati, o alla quale ci si forma nel tempo con impegno e sforzo, non è qualcosa che vince e cancella la fragilità. A questa resta sempre legata, spesso in modo fecondo. Sarà proprio un esercizio da fragili delle competenze e delle capacità acquisite che permetterà d'essere recettivi e in ascolto, attenti e capaci di cura e salvaguardia. Riuscendo ad evitare il possesso rapace, la dura freddezza, l'intervento risolutivo i riduzionismi a calcoli e valutazioni settoriali.

Donne e uomini capaci e consapevoli di non controllare né di poter determinare tutto sviluppano quella che, sulla scia ricoeuriana, potrebbe essere definita *azione deponente*. Azione deponente è azione che accompagna e rispetta, senza presa troppo forte, o desiderio di ricomposizione. Non nasce né cerca criterio di efficacia in un'intenzionalità, nel controllo tecnico, in una progettazione. Lascia essere, pur se non "lascia stare": resta discosta ma non abbandona.

"Depone a favore", potremmo dire, perché sostiene credendo e rappresentando (e richiamando) ciò che è risorsa, ciò che può essere, il desiderio possibile (ancora possibile) nella vita o nelle situazioni prostrate, segnate da ferite e fallimento. Attiva deposizione "a favore", espressa nella pratica, nel coinvolgimento e nel richiamo. Azione di inizio, dunque, in attesa operosa di maturazioni, di messe in gioco e scelte.

L'azione deponente è azione, è movimento di presenza e di cambiamento, di creazione di spazi comuni di riconoscimento e responsabilità. Segna delle modalità testimoniali più che forme di protagonismo. Genera processi complessi che superano le condizioni presenti e che muovono in modo anche un poco imprevedibile e autonomo verso forme di vita e relazione, verso significati e valori condivisi. Coinvolge in un gioco di interpretazione e ridescrizione i soggetti interessati, convocati o incontrati.

L'impotenza che si sente è accolta, e la pratica è una prova di risposta, di ricerca dentro ciò che la vita offre e chiede. Come un compito e un impegno, come un'occasione e un dono nel presente, vissuto e scoperto anche come evento.

L'azione deponente non prende forza da una dimostrazione di ciò che è più giusto, o più efficace e conveniente, o migliore. La ricava invece dall'attestazione²² di ciò che le persone che la sviluppano credono. E che mostrano vivendola. Criteri di valore, attenzione all'altro, riconciliazioni e incontri: ciò che le donne e gli uomini vogliono attestare si svela in ciò che sono in grado di realizzare, di raggiungere. Ciò per cui è bello proporre una responsabilità condivisa.

È attestazione del realmente possibile, e della bontà che porta con sé per le persone coinvolte. Questo indipendentemente dal pieno compimento e senza l'illusione di poter disporre di sé, degli altri e del mondo. È attestazione contro il nichilismo e contro l'adattamento sofferto: nel coraggio dell'azione, dell'esistenza, delle relazioni.

Questo agire è vicino al generare: vi è richiamato il creare, certo, ma insieme il fare spazio, il sentirsi attesi, il cogliere i segni. Ed anche l'essere attraversati, trasformati. Perché la creazione non diventi dominio, o solo ostentazione di sé.

È anche questione di sguardo: di guardare alla possibilità, non alla probabilità, di aiutare a far nascere ciò che matura attorno a noi, e che necessita di responsabilità e cura. Apre il tempo e chiede tempo, quello nell'attesa e nella veglia, nella salvaguardia. Poi ciò che nasce ti lascia, prende una vita sua, di fronte ed oltre la tua.

Un inedito paradigma relazionale

Una reciprocità asimmetrica

La cura può aprire a un paradigma relazionale inedito, più alto rispetto a quelli legati alla utilità, allo scambio, all'immagine, all'efficacia, alla eguaglianza al diritto. Nella cura si dà una reciprocità asimmetrica.

La reciprocità asimmetrica è una relazione nella quale non avviene uno scambio alla pari, o il semplice riconoscimento d'una eguaglianza di fronte al diritto. Nella cura le condizioni di chi è ferito e di chi cura

²² Cfr. P. RICOEUR, *Filosofia della volontà I. Il volontario e l'involontario*, cit.

sono distanti, radicalmente diverse: e c'è spazio per una soggezione o per una disposizione.

Eppure tutto questo, nella cura, non impedisce la generazione di un dare-avere, di una scambievole destinazione d'attenzione e gesti, d'offerte e riserbi. Ed è dal fragile che vengono dettati i ritmi e i movimenti, perché il dare cura possa ritrovare il dono della mitezza.

Una reciprocità asimmetrica può generarsi solo se pensieri e movimenti si collocano nella logica della “preferenza” assegnata all'altro, della attenzione ai movimenti della vita. Occorre porsi in una dimensione nella quale indebolire la tentazione del controllo e della requisizione del senso e della parola da parte della competenza e della tecnologia medica. Incapaci, per altro, di dire davvero “cosa sta avvenendo”.

Questa reciprocità asimmetrica, questa danza di donne e uomini capaci e fragili, vulnerabili, avviene nel ritrovamento di una parola che torna all'origine. Scrive María Zambrano che «la vita ha bisogno della parola, della parola che sia il suo specchio, che la rischiarì, che la potenzi, che la innalzi e, al tempo stesso (ove necessario, e portandola in giudizio), che dichiari il suo fallimento». La parola trova il suo senso solo «nella simbiosi piena con la vita»²³. Questa parola a volte “turbina priva di nido” perché la vita si è fatta durezza e prova, restrizione o esilio, malattia o abbandono. Solo se il mondo, le relazioni, gli ascolti si fanno abitabili, la parola trova il suo destinatario.

La parola è itinerante, esiliata. Può entrare dove i saperi e i poteri non entrano: entra nella notte della prova, nello sperdimento; e nella fragilità, nella semplicità, nell'amicizia. Nel ristagno del tempo e nel consumo del corpo, il desiderio può ancora trovare forma, e il futuro può trovare spazio, se chi è con noi ed ha cura di noi è capace di una danza relazionale delicata, difficile e controcorrente: la danza della “reciprocità asimmetrica”.

Certamente i gesti della cura si fanno a volte molto faticosi, anche perché portano il segno d'una promessa mancata (“io non ti lascerò”,

²³ M. ZAMBRANO, *Chiari del bosco*, trad. it. C. Ferrucci, B. Mondadori, Milano, 1997; cfr. ID., *Per una storia della pietà*, «aut aut», n. 279 (1997), pp 63-69.

“io ti guarirò”), mentre provano una fedeltà diversa (“io sono qui”). La soglia su cui ci si incontra pare essere quella d’una *fluership*, d’una fioritura spontanea e imprevedibile. Come un dono, una “attività non vincolata”. Una reciproca ospitalità nella pagina di vita che si è aperta e offerta, nella quale si è - come dire? - insostituibili.

La cura si reincontra come formazione dell’uomo. Più volte, tutte le volte che nella fatica e nella ferita ci riprendiamo, o che facciamo i conti con un limite acquisito, o che ci troviamo a finire e a prendere congedo, la realtà della cura crea un tempo e un contesto nel quale ci formiamo, di nuovo, alla fraternità. Cerchiamo di dare forma nuova al tempo della vita, ai gesti, alle parole.

Ma come può nascere fraternità tra sconosciuti nella crisi presente della sensibilità simbolica e della coscienza morale? Ci sono dimensioni della fraternità che nelle condizioni attuali vengono messe a prova, indebolite; eppure sono proprio tra quelle necessarie per tracciare percorsi di umanizzazione, di rassicurazione e riconoscimento, di costruzione di una vita comune da dentro l’evidenza della vulnerabilità.

Si tratta di dimensioni che Michael Paul Gallagher, in uno scritto sulla post-modernità e la parabola del seminatore chiama “le tre d”: disposizione, decisione, dramma (o differenza)²⁴.

Per la disposizione serve una iniziazione al senso del nuovo (desiderabile perché giusto e umano, e bello, piacevole), e al senso del mistero (ben oltre il senso dell’azzardo e del magico che spesso sostituiscono il mistero banalizzandolo) dentro il quotidiano esercizio della libertà.

Decisione è decisione personale; azione e presa di posizione. Presa di distanza da riti e modi di pensare cui ci si è abituati, uscita concreta da stili di vita superficiali e scontati. È scelta. Scegliere, poi, è sempre scegliere qualcuno, o per qualcuno. È un verbo che impegna, che colloca in una relazione profonda con altri e con il futuro: figlie e figli chiamati alla “vita comune” in fraternità. Nessuno escluso.

²⁴ Cfr. M. P. GALLAGHER, *Una freschezza che sorprende: il Vangelo nella cultura di oggi*, EDB, Bologna 2010.

Differenza è portare una specificità, e prendere parte. Ci vuole coraggio e ci vuole umiltà; chiede la forza di essere differenti: di vivere vita e relazioni nel loro essere anche dramma, agonismo e confronto. A volte conflitto con le culture dominanti.

Un passaggio nel buio

O si passa attraverso questo momento di “notte scura” o non ci si ritrova in una situazione e in una relazione di cura. Bisogna perdersi per ritrovarsi, bisogna sicuramente perdere l’esclusivo riferimento a se stessi per ritrovarsi di nuovo, e recuperare sé all’interno dell’interrogazione, della costruzione reciproca, del ridisegno di sé presso l’altro, dell’ospitalità dell’altro presso di sé.

Dobbiamo passare attraverso la “notte scura”: in essa possono celarsi gli elementi più belli del nostro disporci ad altri, ma anche le tentazioni più forti e sottili della violenza da esercitare su altri. Quella che può assumere le forme “benevolenti” del conoscere noi il bene dell’altro; quella della barriera dura ed efficientissima della pura applicazione di tecniche, protocolli e linee guida che neutralizza in una affaccendata indifferenza l’altro fragile che si affida a noi.

Sicuramente la notte scura ci “obbliga” a una certa raffinatezza nell’usare la forza (a volte nel fare violenza): abbiamo a disposizione tutta una serie di apparati forniti dalle scienze mediche, diagnostiche, sociali, umane, psicologiche. In esse possiamo trovare anche strumenti che permettono di uscire dalla notte scura ‘per via di violenza’ o di indifferenza²⁵.

È per questa dimensione anche drammatica che coinvolge, ripeto, ognuna ed ognuno di quanti si fanno presenti nelle scene della cura, che occorre operare perché si realizzino buoni accompagnamenti. Perché si realizzino quei momenti riflessivi di riconoscimento, di riesame, ed anche di decisione e di riorientamento che in una intervista Ricoeur chiamava “cellule del buon consiglio”²⁶.

²⁵ Cfr. I. LIZZOLA, *L’educazione nell’ombra*, cit.

²⁶ Cfr. P. RICOEUR, Y. PELICIER, *Etica e vivere bene. Conversazione con Paul Ricoeur*, in AA. VV., *Il male*, Cortina, Milano 2000, pp 1-14.

Il malato è, certo, «insostituibile nel suo confronto con la sofferenza e con l'orizzonte della propria morte», ma proprio qui, per quanto possibile, «la solitudine deve essere compensata da una *cellula del buon consiglio*»²⁷. Il filosofo francese recentemente scomparso precisa: «Davanti alla accettazione della mortalità, per esempio, il rapporto fra malato, l'équipe medica e la famiglia costituisce una cellula del buon consiglio». Non è l'istituzione astratta, non è la folla nella via, e non è nemmeno la solitudine, ma qualcosa che, rispetto alla malattia, potrebbe essere ciò che l'amicizia è nelle relazioni che si instaurano in uno stato di buona salute, e cioè un rapporto di condivisione quotidiana.

La parola e le tecniche

La parola è decentrante, è amante, è legata alla misteriosità feconda del silenzio, cerca l'innocenza, ha pudore, e nostalgia. È parola che scende, che di nuovo si piega, si curva sulla vita, sulla storia di uomini e donne: non argomenta, non prova a spiegare, a dimostrare. È parola che con *pietas* straordinaria entra nelle pieghe dell'ordinario quotidiano e svela ciò che può essere luce, che rende leggibile l'esperienza umana, anche la più contaminata. Una parola capace di reggere l'esposizione sul nulla, e di lottare, mite e fragile, contro l'abbandono, contro la privatizzazione della malattia e del morire, contro il falso mito della tecnica risolutiva.

La tecnologia è un linguaggio, costruisce e determina un linguaggio, uno sguardo sulla malattia, un supporto per il tempo della malattia e della cura. Può “assorbire” e “ridurre” tutto il campo comunicativo. Ci può essere il rischio che questo avvenga, specie nelle strutture sanitarie, si possono verificare derive in questo senso.

Ma la tecnologia non può uccidere la parola: può a volte creare un ambiente, una relazione nella quale la parola resta sussurrata o resta un poco abbandonata, senza molto ascolto. D'altra parte è proprio il

²⁷ P. RICOEUR, *Etica e vivere bene*, in AA.VV., *op. cit.*, pp 4-8.

controllo di saperi esperti e di tecniche che permette e legittima la relazione tra le diverse figure di operatori sanitari e le persone malate.

Dentro questo incontro nasce, sempre insopprimibile, una parola: a domandare, interpretare, a cogliere la condizione umana di vulnerabilità. Condizione che ospita attese di prossimità e compagnia, come di ricerca di senso, consegna e memoria, destinazione e racconto.

Diagnosi, prognosi, terapia – nelle quali così grande parte e spazio hanno gli apparati tecnologici – si danno sul limitare di un incontro tra storie personali, nel quale una storia in particolare è chiamata a una prova (un ridisegno, una ricapitolazione, una reinterpretazioni) dei suoi gesti, delle scelte, dei ruoli, dei pensieri, degli affetti. Incontro difficile e complesso, ma non eludibile. La tecnica e la tecnologia permettono, (possono permettere), insieme sia la distanza e il pudore, che la vicinanza e lo scambio²⁸.

Una appropriazione della malattia e del morire (una presa di controllo sul limite di ciò che non si riesce a controllare e risolvere) da parte di un ambiente tecnologicamente sofisticato e attrezzato, capace di forti insistenze terapeutiche, può incontrare per qualche tratto quelle storie di malattia nelle quali prende il sopravvento il sogno della delega, o il desiderio della fuga e della rinuncia. Per un tratto solo. Occorrerà sorvegliare molto bene quegli equilibri difficili e importanti sui quali si gioca il possibile scivolamento in una riconsegna, quasi abbandonica seppur tecnicamente assistita, del morire ai margini della struttura sanitaria o agli spazi privati, alle famiglie.

La memoria del corpo e la consegna

Memoria d'infanzia

La memoria in noi, fin da bambini e bambine, è anzitutto memoria del corpo. In alcuni piccoli e piccole d'uomo già subito è diventata

²⁸ Cfr. I. LIZZOLA, *Soglie, fratture, prossimità: l'esperienza della cura nelle terapie intensive*. in G. BERTOLINI (a cura di), *op. cit.*, pp 51-130.

quella di un corpo fragile²⁹. Ma anche le nostre memorie sono quelle di corpi fragili, che hanno incontrato altri corpi e hanno trattenuto la memoria della cura o della trascuratezza; la memoria delle carezze o del senso di solitudine e di smarrimento, del freddo, della fame che i nostri corpi piccoli hanno pure sentito. Nei corpi noi abbiamo sentito la cura, la vicinanza: che è stata prevalente perché se siamo in vita ha vinto la cura.

Però dentro ai nostri corpi, da subito, si è manifestata anche la distanza, il senso di abbandono, il senso di rischio d'abbandono, l'esposizione nostra agli altri. Questi hanno mantenuto, prevalentemente, la promessa, ma qualche volta non l'hanno mantenuta. Il senso di unicità che proviamo tutte le volte che i nostri corpi tornano a farsi fragili – e siamo rinchiusi nei nostri corpi – è un senso di unicità che sfiora subito il senso di abbandono, di solitudine radicale. Nel dolore noi, anzitutto, proviamo una solitudine radicale; poi proviamo a trattenere tra i denti un poco di quella memoria della cura che si era manifestata, e che continuiamo ad alimentare. Aspettiamo che la promessa di quella cura venga mantenuta di fronte a questo presente di desolazione.

Ma non è semplice, perché i nostri corpi quando diventano fragili o abbandonati o vengono reclusi sono corpi che vivono prevalentemente la distanza, lo strappo. Ci portano lontano: le memorie dei corpi fragili sono sempre le memorie di un esilio. L'esilio provato da chi vive la sofferenza e il dolore in prima persona; distanza e estraneità che prova chi vorrebbe tanto, pur esitando, farsi vicino, provare a curare e si trova in un tempo completamente altro, e vive in un corpo che prova sensazioni completamente altre da chi vorrebbe curare³⁰.

Non pochi medici raccontano di questa esperienza; soprattutto tante infermiere e infermieri raccontano di questo, perché la prossimità del corpo per loro è continua. È come se si provasse ad incontrarsi da più lontano, quasi abitando delle isole di un arcipelago che deve provare di nuovo, da capo, a ritessere le comunicazioni. E non sappiamo se

²⁹ Cfr. R. DE MONTICELLI, *Dal vivo. Lettera a mio figlio sulla vita e sulla felicità*, Rizzoli, Milano 2001.

³⁰ Cfr. I. LIZZOLA, *Incerti legami*, cit., pp 66-69.

troveremo in tempo l'isola dell'altro, se avremo risorse a sufficienza per reggere il viaggio sopra l'oceano.

Non lo sanno le madri se riusciranno a raggiungere i figli e le figlie fragilissime. Non lo sanno neppure le persone che amano profondamente se riusciranno a raggiungere là, nell'isola della sofferenza e dello smarrimento, i propri cari amati. Eppure proviamo i viaggi e proviamo a tracciare i solchi in corpi tessuti di memorie.

Le memorie sono sempre memorie d'infanzia; sono sempre memorie di quando noi abbiamo vissuto l'esposizione, e la nostra vita era così fragile che non sapeva se sarebbe riuscita a nascere del tutto. C'è anche della gioia profonda in queste memorie, una specie di senso di sicurezza, e di ebbrezza, di libertà. Ma a volte resta, soprattutto, il senso di una grande fragilità. Lo proviamo quando, fragili e feriti, “torniamo in infanzia”, con una consapevolezza nuova, più dolorosa di quella della prima infanzia.

Sono importanti questi nuovi “passaggi” in infanzia anche se sono dolorosi. E quando ci troviamo di fronte alle ultime infanzie dei nostri cari, dei nostri padri e delle nostre madri diventati figlie e figli affidati alle nostre mani, questo diventa opera ancor più delicata. È come se si ricapitolasse tutto. E allora, sì, noi ricordiamo la nostra infanzia, quella nella quale noi eravamo affidati a loro, che adesso sono esilissimi affidati a noi. La memoria è memoria d'infanzia, anzitutto.

La parabola del quotidiano

Nella cura noi riusciamo a narrare anche parabole del quotidiano. Il nostro presente, la nostra quotidianità può diventare capace di ospitare dei gesti che si fanno per sempre, che vorrebbero ospitare una capacità di segno ultimo, esprimeva ciò che resta, una volta per tutte. Gesti come sigilli dell'infinito.

Qualche volta ci capita di vivere qualcosa di simile con i nostri figli quando proviamo a spiegare loro le cose importanti della vita, quando proviamo a compiere un gesto che vuole rappresentare una specie di piccolo sigillo, che mettiamo loro in mano, perché li orienti poi nella

vita. Ci capita nei momenti festivi e gioiosi. Ci capita nei momenti che assomigliano a dei congedi, quasi a degli appuntamenti sull'a venire³¹.

Non sappiamo se ci rivedremo ancora: l'appuntamento ha tutta la densità del "potrebbe essere l'ultima volta che ci vediamo", e allora ci diamo un appuntamento. Quando la vita quotidiana diventa questa, punteggiata da piccoli sigilli di infinito, la vita quotidiana è come se si trasfigurasse.

Il senso del lavoro, il senso delle cose, il senso delle risorse economiche, il senso degli spazi domestici, il gusto del provare a fare qualche passo insieme, qualche passo ancora possibile, il significato di un pasto, del prendere respiro, il bisogno di trovare delle armonie – la musica ha un'importanza decisiva - il provare a tornare a sentire la musica dei giorni: ecco tutto questo viene trasfigurato, è come se trattenesse e un poco svelasse una sua verità ultima.

Chiamati alla cura ci chiediamo se saremo capaci di far nuove le cose. Lo diventiamo, capaci, a patto di sapere guardare negli occhi questi momenti. Quando il quotidiano diventa una parabola noi sentiamo una connessione particolarissima tra la fragilità e la libertà. La libertà la proviamo soltanto gli uni di fronte agli altri. Potremo forse dire che una dimensione della libertà, della responsabilità la troviamo soltanto quando riusciamo a stare presenti di fronte al farsi lontani di quanti ci sono affidati nella cura.

Quando consegniamo i nostri racconti o consegniamo i nostri corpi alla cura sentiamo una grandissima esposizione e non abbiamo alcuna certezza circa il fatto che gli altri coglieranno questa esposizione, si faranno prossimi e la sosterranno. È una relazione al limite dell'impossibile, come dicono alcuni grandi filosofi come Paul Ricoeur o María Zambrano. Però le donne e gli uomini sono capaci di questo tentativo. Allora la notte oscura viene attraversata e viene permesso di nuovo di incontrarsi sull'alba. Le memorie sono degli appuntamenti sull'alba, non sono solo il passato. Alla fine la memoria dell'infanzia e la memoria della cura emergono come memoria di futuro, come memoria di vita.

³¹ Cfr. I. LIZZOLA, *Di generazione in generazione*, cit., pp 67-68.

C'è chi ha definito la speranza “memoria di futuro”: a ricordarci che noi siamo ciò che è atteso da noi, che noi siamo un'attesa³². È debole e delicata la speranza, non è forte come la certezza o la previsione. L'attesa è molto più fragile, è molto più mite. Ma quando dentro di noi torna a farsi spazio la memoria di futuro, la memoria dell'alba, allora ci ritroviamo in comune umanità, in una sospensione nella quale ci aspettiamo gli uni gli altri, pur fragili, con i saperi della cura e con i nostri corpi e le loro memorie.

Capaci, però, di tornare a narrare di nuovo la vita, un'altra volta. Perché possiamo consegnarla. Al fine la memoria costituisce una consegna. La memoria non diventa il racconto esemplare di una vita che noi chiediamo di imitare o di erigere a monumento. Noi speriamo che altri non debbano passare attraverso i dolori, le fratture e le sofferenze nostre. Noi non ci sentiamo poi così fieri di tante pagine della nostra memoria. Noi abbiamo toccato la nostra miseria, la nostra, però, memoria di una dignità che ha resistito, spesso grazie ad altri, che ci hanno guardato aspettando da noi cose nuove.

Molte volte la memoria del futuro per noi è stata serbata in mani d'altri. Noi tocchiamo, abbiamo toccato, la nostra piccolezza, la nostra debolezza, ma tocchiamo, abbiamo toccato l'attesa su di noi, che ha permesso la cura, l'esposizione, l'affidamento, l'uso di capacità.

Nel compimento dei giorni

C'è un prezioso passaggio nell'Antico Testamento, nel quale si dice che solo quando un uomo è consumato fino in fondo allora spererà. E nel Nuovo Testamento, nella Lettera ai Corinzi, si dice che la forza si manifesta pienamente nella debolezza («quando sono debole, è allora che sono forte»³³).

A volte ci sono dei passaggi in cui abbiamo consumato tutte le ragioni possibili e anche tutte le nostre forze, la nostra capacità di controllare noi stessi ed il mondo. Quando questo è consumato allora

³² Cfr. G. MARCEL, *Il mistero dell'essere*, trad. it. di G. Bissacca, Borla, Roma 1987; ID., *Homo viator*, trad. it. di L. Castiglione e M. Rettori, Borla, Roma 1980.

³³ 2 Cor 12, 7-10.

possiamo, in qualche modo, riuscire a guardare con occhi sgombri, e allo stesso tempo aperti, il tempo come un tempo nuovo nel quale incontrarci di nuovo, in un nuovo inizio, tra noi. In una fedeltà che rischiamo di avere perduto, avendola delegata a una serie di tecniche e a saperi di ruoli e servizi che ci legano in società, ma che ci proteggono anche dal dolore degli altri e dalle loro storie. Ecco, quando avremo consumato fino in fondo la forza e il potere del nostro sapere e di noi stessi, allora potremo reincontrarci in umanità. Avviati verso “quell’inizio che è dopo ogni consumo” come annota Maria Zambrano apparendo dall’esilio. Vi è un inizio che è dopo ogni consumo: consumo d’un pensiero che sospeso e incerto si fa concavo, e di un gesto che si avvicina pur sapendo che non riuscirà a compiersi, e resterà sconfitto. Sarà solo fedeltà.

Memoria del futuro è cogliere che c’è un’attesa sul nostro potere, c’è un’attesa sul nostro sapere, c’è un’attesa sulle nostre tecniche, c’è un’attesa sul modo in cui noi usiamo le risorse ed educiamo i nostri figli. È l’avvenire possibile, umano che attende ancora, e scompagina e consuma. Ma c’è un’attesa per la quale dobbiamo essere capaci, un poco, di vivere fino in fondo la consumazione.

È l’atteggiamento di chi semina, non di chi raccoglie; di chi pensa di disperdere perché altri ritrovino, non di chi trattiene e serba; di chi continua a vegliare l’alba anche quando si trova nella notte, non di chi vuol fare luce. Di chi attende. E ci sono tante donne e tanti uomini che nelle loro vite quotidiane o nei loro esercizi di cura vivono questo.

La nostra è un’identità narrativa: ogni donna, ogni uomo è una storia, una storia unica. Quando diciamo storia, parliamo per lo più di un passato, un presente e un futuro; indichiamo fatti, avvenimenti, impossibilità di ritornare sul passato, peso del presente, costruzione del futuro. Le storie delle donne e degli uomini non sono così. L’unicità delle storie delle donne e degli uomini è che, in ogni momento della storia vissuta, si ricapitola il passato e prende forma un futuro nuovo³⁴.

³⁴ Cfr. M. ZAMBRANO, *I beati*, trad. it. di C. Ferrucci, Feltrinelli, Milano 1992; ID., *Spagna, Pensiero, poesia e una città*, trad. it. di F. Tentori, Città Aperta, Troina (Enna) 2004.

In una possibilità di origine, di generazione continua. Se non fosse così le donne e gli uomini non riuscirebbero a riprendere dall'estremo margine una possibilità di futuro, non sarebbero capaci di perdonare il passato e di riscoprirlo, di risignificarlo di nuovo. Reincontrando persone, riconciliandosi. Le nostre storie hanno una densità tale che, pur essendo uniche - poche decine d'anni per alcuni, qualche anno in più per altri - è come se ospitassero e rivivessero la storia di tutte le donne e gli uomini nel corso della storia, e le loro avventure. Noi siamo figli del nostro tempo, ma siamo anche figli del tempo. Nelle nostre storie noi torniamo a rinarrare anche ciò che abbiamo già scritto e narrato; lo rivisitiamo, così, e ne cogliamo e consegniamo nuovi significati.

La dura inevitabile domanda sul perché la malattia? perché io? pare a volte avvelenare il tempo vissuto e troncare il futuro. Eppure il “perché?” della malattia e della ferita può, via via, iscriversi nel modo e nel tempo del futuro anteriore. Io “sarò stato”, “avrò scelto”, “avrò detto”, “mi sarò fatto vicino”. Il futuro è ancora possibile, non è spezzato. Segue le trame della buona consegna, delle “ricapitolazioni” delle memorie e dei racconti: in questo posso anticipare il “rimettere la vita”. Consegnandola, dedicandola, anche nella gratitudine.

La relazione di cura: il punto di vista del medico

Fausto Santeusanio

Premessa

In un volume che raccoglie i contributi di un “Colloquio di etica” in cui si affronta il tema della “*prossimità*”, l’intervento di un medico può apparire singolare. Tuttavia ritengo che in un contesto multidisciplinare qual è il tema trattato, anche il punto di vista del clinico sulla *relazione di cura* può inserirsi utilmente. La mia trattazione è frutto di una lunga esperienza vissuta in ospedale, ha quindi un taglio pratico e viene indirizzata soprattutto al rapporto medico-paziente con tutte le implicazioni che ne possono derivare nella relazione di cura.

Che cosa è cambiato nella professione del medico con la medicina moderna

Negli ultimi decenni profondi mutamenti nella nostra cultura e società hanno inciso in modo determinante sulla professione del medico (Gigli, 2004). La scienza medica si è arricchita di nuove conoscenze e nuove metodologie, raggiungendo dei traguardi impensabili fino ad alcuni anni or sono. Si sono rese necessarie nuove specializzazioni che si distinguono nettamente dalle discipline tradizionali. Questi mutamenti hanno consentito di facilitare in modo straordinario le procedure di diagnosi e di terapia, e di risolvere difficili problemi di ordine clinico. Il decorso di talune malattie e la stessa prognosi sono notevolmente migliorati con un significativo allungamento della vita media, non disgiunto in genere dal mantenimento di una buona qualità di vita.

Si tratta senza alcun dubbio di una grande rivoluzione della medicina e di uno straordinario progresso della scienza che è in

continuo divenire; pertanto dobbiamo essere grati a tutti coloro che con il proprio impegno nel campo delle scienze e in particolare della biologia e della medicina hanno contribuito alla realizzazione di traguardi impensabili sino ad alcuni anni or sono. Pur tuttavia queste acquisizioni hanno introdotto una serie di nuovi problemi, cui non siamo ancora ben preparati, e soprattutto hanno modificato il ruolo del medico nell'esercizio della sua professione. Dinanzi alle attuali frontiere della medicina si è sentita l'esigenza di una nuova disciplina, la *Bioetica*, che si è proposta alla professione medica per fornire indicazioni di ordine etico e per controllare la correttezza delle applicazioni in clinica dei nuovi mezzi di diagnosi e di terapia (Reich, 1978).

La nuova cultura che pervade la professione medica mette anzitutto a rischio il rapporto medico-paziente e la visione unitaria del malato, con la conoscenza della sua storia personale, nei vari aspetti di ordine etico, psicologico, sociale, familiare e religioso. L'esercizio della professione medica viene attratto dalla convinzione di poter risolvere i problemi clinici solo con le conoscenze scientifiche e con le sofisticate tecnologie disponibili sia per la diagnosi che per la terapia (Cagli, 1997a).

Non è soltanto il progresso scientifico che viene a minare il metodo clinico tradizionale ed il rapporto medico-paziente, ma anche la organizzazione sanitaria, ovvero il modello organizzativo attuale della sanità, di tipo aziendale, che pone il medico dinanzi a situazioni di burocrazia spersonalizzante, estranea alla sua tradizione etico-professionale. Si sta andando, infatti, verso una divaricazione tra le finalità del sistema sanitario e quelle della medicina (Cavicchi, 2000a). Nella conduzione delle Aziende Sanitarie prevale l'aspetto economico con un controllo sempre più rigoroso dei comportamenti professionali.

Accanto a questa situazione occorre rilevare che anche la posizione del malato è mutata, rispetto al passato, essendo egli divenuto un soggetto più consapevole e più esigente nelle aspettative di potersi giovare delle nuove possibilità per la soluzione dei suoi problemi di salute: egli pone comprensibilmente la salute al primo posto tra i valori, esige con maggior forza che in passato l'affermazione dei propri diritti, ma anche pretese più elevate e talora esagerate, attendendosi dalla medicina risultati miracolistici. Allora ci si chiede

qual è oggi il ruolo del medico, che sembra aver perduto una posizione dominante e carismatica rispetto al passato quando esercitava la professione come una vocazione, nel rispetto dei vari Codici e Regolamenti e di un'etica profonda che ha le sue origini molto antiche, già nel giuramento di Ippocrate. Si comprende quindi come questa nuova cultura della professione medica abbia già comportato una crisi del metodo clinico tradizionale (Cagli, 1997b).

Le conoscenze della medicina si sono progressivamente ampliate ed hanno reso necessario lo sviluppo di specializzazioni sempre più settoriali; di conseguenza, il medico è portato a rinunciare alle proprie capacità e conoscenze per affidarsi agli ausili del laboratorio e delle nuove tecnologie, ponendo più attenzione alla malattia che alla persona, mentre la figura del clinico ed il metodo clinico è sempre più oscurata e trascurata. In sintesi si perde la visione unitaria del malato e della sua storia personale e soprattutto viene profondamente mutato il rapporto medico-paziente, così ricco di significato e di valori (Scandellari, 2000).

Parlando di relazione di cura, per poter interpretare il senso della professione del medico nel nostro tempo, dobbiamo partire da una rivalutazione del metodo clinico, certamente scosso dai mutamenti delle nuove acquisizioni scientifiche e dalla politica sanitaria, ma ancora essenziale nell'esercizio della professione medica. La clinica deve rimanere il centro unitario dello scibile medico sia per analizzare i fenomeni che la natura spontaneamente offre nel malato, sia per dare la giusta interpretazione ai dati di laboratorio e strumentali. La disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati favoriscono l'atteggiamento del medico di rinunciare alle personali capacità di conoscenza e di cultura medica nell'impostare un iter di diagnosi e di cura, anzi proprio per la disponibilità di mezzi sempre più raffinati, ci si può convincere, erroneamente, anche della scarsa utilità di giungere ad una diagnosi esatta. Questi elementi portano ad una eccessiva spersonalizzazione della medicina moderna, prevale cioè l'atteggiamento del medico di considerare i malati egualmente reattivi dinanzi alla malattia e quindi di preoccuparsi più di riconoscere e sezionare la malattia che di considerare la storia ovvero la patobiografia della persona malata (Scandellari, 2000; Federspil, Vettor, 2000).

Ci sono altri aspetti che minano il rapporto medico-paziente: oggi il medico ha bisogno degli specialisti che gli diano pareri sempre più dettagliati, mentre la stessa organizzazione ospedaliera nelle sue strutture funzionali in qualche modo emargina e limita il ruolo del medico, spesso scavalcato e spersonalizzato da quei settori che costituiscono le unità funzionali di una struttura sanitaria, quali i reparti di degenza, il day-hospital, il day-service, gli ambulatori specializzati per cure o indagini particolari (Cagli, 1997c; Antiseri, Cagli, 2008). Anche il malato si presenta con un altro atteggiamento nei confronti del medico, forte di una cultura diversa che in passato, favorita dalla divulgazione di conoscenze nel campo della medicina grazie alla diffusione dei mezzi di comunicazione oggi disponibili. Il medico ha così perso gradualmente la caratteristica di figura dominante e carismatica. L'avvento infine della Medicina Basata sull'Evidenza (MBE) (Sackett, 1992) ha contribuito a mutare ulteriormente la posizione del medico, deresponsabilizzandolo in qualche modo. Alla base di questa nuova disciplina metodologica stanno l'esigenza di rispettare il metodo scientifico e la tutela del medico nei confronti del paziente. Sulla base delle evidenze che emergono in medicina dagli studi clinici le società scientifiche propongono linee-guida, che hanno una maggiore o minore forza di evidenza e alle quali il medico cerca di attenersi per avere maggiori sicurezze nel suo operato e per non esporsi ad eventuali rivendicazioni medico-legali, in conseguenza di errori professionali (*Medicina difensiva*). Questo aspetto verrà approfondito più avanti.

La crisi del metodo clinico ha quindi influenzato e modificato la pratica medica degli ultimi anni. Proprio per questo va riaffermato il ruolo centrale del medico, al quale rimane affidato il compito essenziale di indirizzare le procedure diagnostiche e fornire un'interpretazione unitaria dei dati clinici (Santeusano, 2009; Baldini, Malavasi, 2004). L'esperienza acquisita da un medico durante l'esercizio della professione è importante, ma gli si richiede un aggiornamento continuo più che in passato, perché oggi molto più che ieri la comprensione patogenetica di una malattia, e soprattutto l'introduzione di nuovi mezzi per la diagnosi e la terapia esigono uno studio continuo e la consultazione dei più attuali testi e riviste di medicina, con il prezioso ausilio dei mezzi informatici. Se è vero che

la sintesi viene affidata al medico internista o al medico di famiglia che si avvale delle consulenze specialistiche, anche lo specialista non deve limitare la sua osservazione clinica all'apparato che lo riguarda più direttamente, ma deve allargare la sua prospettiva di medico specialista proprio per evitare errori diagnostici e terapeutici derivanti da una eccessiva parcellizzazione dell'esame clinico (Cagli, 1997b; Baldini, Malavasi, 2004a).

In questo senso è un errore, come è successo nel nostro paese negli ultimi decenni, indirizzare subito i medici neolaureati verso strutture cliniche specialistiche, ancor prima di aver affrontato un adeguato tirocinio clinico in reparti di medicina interna o anche presso ambulatori dei medici di medicina generale per una loro più completa formazione medica. Il nuovo ordinamento formativo dei corsi delle scuole di specializzazione di area clinica sta cercando di colmare, almeno in parte, queste lacune avendo inserito un corso, il cosiddetto "tronco comune", che tutti gli specializzandi devono ora frequentare prima di immergersi nelle specifiche attività proprie di ciascuna scuola.

Centralità della clinica e metodo clinico

La diagnosi esige un lavoro mentale acuto: diagnosticare vuol dire ri-conoscere, applicando ad ogni singolo caso le nozioni acquisite, consapevoli che i malati sono tutti diversi fra di loro. Al medico si richiede un'analisi logica del malato, perché la medicina è anzitutto una scienza, non un'arte. Al medico interessa una logica naturalistica: tutto sta nel sapere, nell'osservare e nel concludere. Di conseguenza il cosiddetto "occhio clinico" non è intuizione per sé o divinazione, ma è frutto della conoscenza della natura: grazie all'esperienza e alla conoscenza si acquista la capacità di vedere rapidamente e rettamente le relazioni dei fatti clinici e di giungere per una analisi logica a svelarne l'origine (Scandellari, 2000; Federspil, Vettor, 2000; Cagli, 1997b; Baldini, Malavasi, 2004; Baldini, Malavasi, 2004a).

Il metodo clinico fondato tradizionalmente sull'anamnesi, l'esame obiettivo e la scelta, condivisa dal paziente, delle procedure di diagnosi e di terapia, rimane tuttora essenziale (Baldini, Malavasi, 2004a). Bisogna essere molto diligenti nel raccogliere i dati

anamnestici, esercitando il buon senso e facendo buon uso del dubbio e della critica. La storia deve essere fedele ai fatti e scevra di giudizi affrettati. Stessa importanza va attribuita all'esame obiettivo, che consente di analizzare i segni fisici che il medico può raccogliere con l'uso dei suoi sensi, secondo procedure tradizionalmente ben codificate. Grazie a questo approccio il medico potrà formulare delle ipotesi che necessitano di verifica attraverso la esecuzione di appropriati esami di laboratorio e strumentali. Ne deriva un certo numero di risultati e di informazioni che sta al medico valutare ed interpretare, in modo da formulare una diagnosi e impostare la terapia più appropriata.

Al medico si chiede la capacità di una sintesi, rimettendo insieme i vari tasselli raccolti. Naturalmente è sempre possibile l'errore, che va inteso come esperienza utile e positiva, perché assicura il progresso della conoscenza individuale del medico, ma anche della medicina in sé. L'errore può essere del medico per i suoi limiti umani, ma può essere dovuto anche alle conoscenze non complete della medicina (Federspil, Vettor, 2000; Baldini, Malavasi, 2004a). Certamente il rispetto delle regole logiche e del metodo può porre rimedio o correggere l'errore del medico, così come all'errore della medicina può porre rimedio solo il progresso delle conoscenze.

La clinica e il metodo clinico ancor oggi rimangono la base della professione medica, come centro unitario dello scibile medico, in quanto la clinica deve avvalorare i risultati che vengono dalla ricerca condotta nei vari laboratori (Baldini, Malavasi, 2004a). La clinica rimane fondamentale anche oggi pur con i mutamenti già ricordati della medicina, e con l'ausilio delle nuove tecnologie. Oggi per facilitare il compito del medico nell'esercizio della sua professione, si propone modernamente l'aiuto dei sistemi esperti informatici. Sono programmi che riproducono in un computer un modo di ragionare di un gruppo di esperti di fronte ad uno specifico problema clinico.

Ma viene spontaneo chiederci se la situazione attuale, l'aumento delle conoscenze, una medicina che ha bisogno di soddisfare esigenze di consultazioni specialistiche e di rispondere alle esigenze di una medicina di massa, possono realmente affidare la soluzione dei problemi clinici all'uso dei sistemi esperti, con il rischio di eclissare il metodo clinico tradizionale. In realtà, l'esigenza di un attento esame

critico di una maggiore mole di dati è ancora fondamentale. L'impegno del medico è ancora più difficile perché deve interpretare informazioni sempre più numerose. La difficoltà del medico sta nell'interpretare il metodo clinico come quella capacità di muoversi tra due livelli, l'uno della corretta metodologia nell'esame del malato e l'altro del rapporto interpersonale fra due individui. Nessuna macchina, nessun programma può sostituirsi all'uomo per questo importante ruolo né si potrà mai delegare la medicina ai programmi informatici e agli esami strumentali, agli algoritmi, alle linee guida, anche se questi nuovi strumenti, ben usati, sono indubbiamente di grande utilità per l'esercizio della professione medica (Cagli, 1997b).

Il medico e la Medicina Basata sull'Evidenza (MBE).

Vorrei ora tornare con qualche altra considerazione sulla Medicina Basata sull'Evidenza. Questa, proposta da Sackett nel 1992 (Sackett, 1992), è un nuovo modo di insegnare ed esercitare la pratica clinica. Ha certamente costituito un'originale acquisizione nel campo della medicina ed ha condotto la medicina clinica in un ambito sempre più rigorosamente scientifico. Certamente la MBE deve essere considerata una metodologia ulteriore in grado di migliorare il comportamento clinico del medico perché può dare fondamento scientifico alle decisioni prese in campo diagnostico e terapeutico. Prevale l'aspetto epidemiologico, e le previsioni che una terapia sia efficace o meno, o che esista una correlazione fra fattori indesiderati ed evento clinico, sono espresse in termini di probabilità e di rischio. La MBE privilegia le categorie generali rispetto alle osservazioni particolari e propone l'applicazione di procedimenti diagnostici e terapeutici standardizzati. Questo potrebbe essere un limite ed entrare in contrasto con la professione del medico che deve trattare casi singoli. Ed anche i pazienti vivono spesso la propria malattia in modo personale, in rapporto alle loro caratteristiche biologiche, ai trascorsi patologici, all'appartenenza a gruppi sociali o etnici differenziati (Federspil, Vettor, 2000; Antiseri, Timio, 2000; Brunetti, 2000).

Il procedimento diagnostico, come per ogni altro settore di indagine scientifica si fonda sul principio ipotetico-deduttivo. Nell'esercizio corretto della medicina nessuna metodologia può sostituire il rapporto

personale del medico con il singolo paziente e tanto maggiore sarà la conoscenza della patologia sistemica e della fisiopatologia, tanto più il medico sarà in grado di interpretare i sintomi e i segni di una malattia. Formulare una diagnosi significa **ri**-conoscere nel paziente la reale presenza di specifici meccanismi fisiopatologici responsabili dei sintomi e dei segni della malattia: di qui la necessità di una buona preparazione del medico, sia clinica che di base nell'affrontare un procedimento diagnostico.

Nella diagnosi differenziale più ipotesi e teorie vengono analizzate e confrontate, proprio come la ricerca scientifica che procede per tentativi ed errori. Il procedimento diagnostico sarà sottoposto ad una analisi anche sulla base dei dati fisici, strumentali e di laboratorio. In questo iter ipotetico-deduttivo, la MBE può svolgere un ruolo di attendibilità e di efficacia sul valore delle varie tecnologie poste al servizio della diagnosi. Al contrario appare dannoso per la formazione del medico il procedimento di tipo induttivistico – anche se tuttora ritenuto valido da alcuni epistemologi – che consiste nella registrazione passiva di osservazioni non inserite in schemi mentali precostituiti che configurino una o più ipotesi diagnostiche. Questa procedura trova spesso la sua espressione in chi frettolosamente o per mancanza di cultura, accumula una lunga serie di esami, spesso inutili, richiesti con disagio e talora con rischio per il paziente, e con costi più elevati per il Servizio Sanitario Nazionale. Quindi, pur con qualche voce discorde, non appare il metodo da preferire e va scoraggiato (Federspil, Vettor, 2000; Baldini, Malavasi, 2004a; Antiseri, Timio, 2000).

La MBE, grazie alla realizzazione di studi clinici di ampia portata per la numerosità delle casistiche e la lunga durata delle osservazioni, ha fornito indicazioni per più corretti indirizzi terapeutici. Si deve però aggiungere che non è corretto accettare passivamente le conclusioni di tali studi che possono avere dei limiti intrinseci. Infatti le coorti di popolazioni di questi studi devono essere omogenee e vengono quindi arruolate sulla base di criteri di inclusione e di esclusione. In tal modo la popolazione selezionata non è in genere rappresentativa della popolazione generale e di conseguenza le indicazioni terapeutiche non possono essere automaticamente

applicate ad una popolazione necessariamente più eterogenea di quella studiata.

In concreto, la popolazione odierna che maggiormente richiede cure mediche è sempre più anziana, mentre gli studi clinici sperimentali, almeno sino a tempi recenti, non includevano persone al di sopra di 75 anni. Altri limiti degli studi MBE riguardano i possibili errori del disegno sperimentale, la violazione del protocollo da parte dei pazienti, il condizionamento dell'industria farmaceutica nella progettazione degli studi stessi. Quindi l'interpretazione dei risultati deve tener conto anche di questi elementi: il medico non li deve accettare acriticamente, ma deve essere in grado di verificare nelle linee-guida basate sulla MBE, la correttezza del suo ragionamento clinico delle sue ipotesi diagnostiche. In definitiva, spetta al medico, grazie alla sua esperienza e preparazione scientifica, operare criticamente delle scelte, anche se queste vanno sempre discusse e concordate con il paziente nel rispetto della sua autonomia.

Rapporto medico-paziente

Da quanto è stato fin qui detto appare molto importante il recupero del rapporto medico-paziente, sempre più minato dalla medicina moderna. Anzitutto va inteso come un atto di fedeltà subordinata del medico ai valori assoluti della persona umana, in modo che ne possa emergere un atteggiamento di prossimità e di fiducia. Nell'esercizio della professione medica si esige una costante valorizzazione di tale rapporto, essendo portati quasi inconsapevolmente a trascurarlo (Scandellari, 2000; Cagli, 1997b; Antiseri, Cagli, 2008; Baldini, Malavasi, 2004a). Chi come me ha vissuto una lunga esperienza nella professione medica ricorda che fino ad alcuni decenni or sono il rapporto medico-paziente era impostato su una *visione paternalistica*, il cosiddetto *paternalismo ippocratico* (Cattorini, 2010; Cattorini, 2008). Il medico si assumeva il compito di prendersi cura del malato e di provvedere alla sua salute senza tener conto della opinione sua e dei familiari.

Oggi tale concezione è ampiamente superata anche per la migliore cultura acquisita dalla popolazione in generale sulle conoscenze mediche e sulla rivendicazione sempre più insistente del *principio di*

autodeterminazione. Peraltro tale modello appare incompatibile con il sistema sanitario moderno che pone dei limiti all'operato del medico. Oggi purtroppo tende ad imporsi il *modello contrattualistico* (Cattorini, 2010) che ci viene dalla tradizione pragmatica anglosassone. È basato su un accordo, più o meno esplicito, fra due soggetti consenzienti. Con esso si vuole riaffermare il principio di autonomia del malato per le decisioni che riguardano la sua salute.

Tuttavia si possono innescare reazioni di ritorsione quando il paziente non è soddisfatto dell'operato del medico: il paziente ed i suoi familiari si affidano spesso a procedure medico-legali per ottenere un indennizzo per errori medici, incoraggiati spesso da professionisti, avvocati e medici, che operano sempre più numerosi in questo settore della medicina legale. Tale prassi, ormai diffusa, impone al medico un atteggiamento di difesa o almeno di prudenza (Cattorini, 2010) (*medicina difensiva*), da un lato con la stipula di consistenti polizze assicurative, dall'altro abbondando in richieste di esami e in terapie al fine di limitare i rischi di errori. Da un lato si determina un eccesso inutile di costi per la Sanità ed una esposizione dei malati ad esami non privi di effetti collaterali, dall'altro il rapporto medico-paziente viene fortemente incrinato e non può certo favorire una richiesta di aiuto da parte del malato né consentire al medico un atteggiamento di disponibilità umana oltre che professionale. Ecco perché oggi si avverte la necessità di riscoprire in termini più umani il rapporto medico-paziente, basato sul principio dell'*alleanza terapeutica* (Cattorini, 1997) e su un'etica personalistica, ove l'attenzione è centrata sulla persona e sui suoi valori (Cattorini, 2008; Cattorini, 1997).

Alleanza terapeutica

Con questo modello si esige da un lato un rapporto di fiducia del paziente nei confronti del medico e della sua libertà morale, dall'altro il rispetto della intangibilità della vita e della dignità della persona. Il medico può assumere così un atteggiamento di prossimità nei confronti del paziente tale da facilitare un rapporto di fiducia reciproca (Cattorini, 2010; Binetti, 2010a; Binetti, 2010b). La malattia evoca una nuova percezione nel malato che ne viene turbato, perché si tratta

dell'irruzione di un male che non ancora è ben riconosciuto. Il medico deve introdursi in modo empatico per comprendere insieme al paziente una vicenda patobiografica e facilitare la condivisione di decisioni più consone e coerenti. In questo l'alleanza terapeutica è fondamentale, perché il medico deve aiutare il paziente a scegliere bene in autonomia, che non è arbitrario potere di scelta, ma è dare un senso agli eventi imprevisi.

Allearsi significa quindi sintonizzarsi con il desiderio di vita e di salute del malato, al fine di valorizzare le sue propensioni, le sue opzioni morali e decidere con lui quale trattamento sia clinicamente indicato nell'interesse della persona malata. Il modello dell'alleanza di cura appare quindi il più rispondente alle esigenze di un malato nella scelta delle soluzioni di cura. Si pone come relazione con coinvolgimento personale, cioè un contagio emotivo, trasmesso da un sofferente a chi lo prende in cura: si tratta di uno spontaneo fenomeno empatico fra due interlocutori. L'alleanza comporta uno scambio di promesse. Il clinico deve curare una persona e non soltanto eseguire un intervento tecnico o rimettere in ordine un organo malato. Per questo il processo assistenziale va deciso con il malato, in base non soltanto a fattori biomedici, ma anche ai valori che sono in gioco. Il medico promette di agire nel maggior interesse del malato, di informarlo, di soddisfare il suo desiderio di essere aggiornato sull'andamento della malattia. Il malato a sua volta promette che intende curarsi, seguire le prescrizioni, di essere sincero, di dire la verità in merito a quello che avverte o prova nell'esperienza della sua malattia.

Al centro di queste promesse c'è la cura della persona sofferente, attuata attraverso procedure terapeutiche proporzionate all'identità e alla condizione di chi soffre. Il concetto della proporzionalità della cura è fondamentale e supera il binomio ordinario/straordinario. Il giudizio di proporzionalità implica la valutazione di ciò che appare congruo per il complessivo bene della persona e deve fondarsi su fattori sia biomedici che personali, in particolare su una valutazione dei disagi e dei rischi, della qualità della vita, del prolungamento della vita, delle possibilità di successo. Di per sé questi elementi rendono impossibile definire in modo tecnico, impersonale, a priori che cosa sia utile o futile, che cosa sia, in casi estremi, accanimento terapeutico.

L'alleanza fra medico e paziente ha quindi dinamiche vivaci e mutevoli, perché evolve nel tempo, si arricchisce di rivelazioni di senso, che la storia di quel rapporto registra ed interpreta. Si impara a conoscersi meglio. All'inizio l'itinerario clinico è spesso indeterminato per la possibilità di evoluzioni imprevedibili e le promesse del medico sono inevitabilmente generiche. Grazie alla comunicazione si conosce meglio il malato da un punto di vista psicologico e soprattutto morale.

Spetta al medico costruire una narrazione comune, in cui gli atti di cura possano assumere il senso più umano possibile. Non bisogna peraltro cadere in un tecnicismo semplice delle decisioni e per questo può valer la pena porsi alcune domande su come dare il significato più profondo alla storia di una persona malata o trovare la via più giusta di cura, anche quando si prospetta la fine di una esistenza qualunque siano le convinzioni personali, sia morali che religiose. In tal caso si può far luce sul significato dei singoli gesti, per accompagnare il malato nelle sue decisioni. In sintesi una persona viene meglio compresa in un contesto di alleanza, quando si assume un atteggiamento di prossimità e di fiducia: il medico deve intendere la sua relazione con il malato in modo sincero, senza pretendere di possedere una chiave interpretativa univoca per comprendere le richieste formulate dal malato in modo libero e coerente.

In questo delicato processo di comunicazione il medico deve saper ascoltare il malato in modo da conoscere ciò che egli porta con sé oltre la malattia (Binetti, 2010a). Il dialogo è essenziale per fornire le giuste informazioni e per decidere insieme le procedure di diagnosi e di terapia. Esso ha tre scopi fondamentali per essere eticamente valido: deve assicurare una corretta informazione con responsabilità e rispetto dei valori della persona; decisionale, con autonomia del paziente che rivendica legittimamente il diritto primario sulla propria salute; terapeutico, quando è inserito in un processo di cura. Quando il paziente si sente ascoltato e creduto aderisce più volentieri alla proposta terapeutica ed acquisisce aspettative più reali sulla efficacia terapeutica. Anche la visita risulterà più soddisfacente per entrambi, il medico ed il paziente.

Si potrebbe parlare anche di un effetto "*placebo*" implicito nella visita medica di per sé e nel rapporto corretto fra medico e paziente

(Scandellari, 2000a). Possiamo riconoscere tre componenti dell'effetto placebo così inteso, che sono la capacità di convincimento da parte del medico sull'efficacia terapeutica di un determinato farmaco prescritto, l'aspettativa di successo da parte del paziente ed infine lo stesso rapporto medico-paziente inteso come alleanza terapeutica. È evidente che queste componenti danno maggiore fiducia al paziente che accetta più volentieri la terapia e la attua rigorosamente nel rispetto delle raccomandazioni del medico, anche riguardo ai comportamenti e agli stili di vita, con risultati superiori, scientificamente documentati. Molti degli insuccessi terapeutici infatti derivano dalla scarsa adesione da parte del malato alle prescrizioni del medico e quindi da una discontinuità di cura e da una scarsa fiducia in quello che viene proposto o da una incapacità a modificare certe abitudini comportamentali.

Il medico e le decisioni di fine vita

Il rapporto medico-paziente e più specificamente una relazione di cura fondata sull'alleanza terapeutica diventano straordinari, sebbene più difficili da attuare, quando si devono affrontare le problematiche di fine vita come l'assistenza ad un malato terminale. Anche su questo delicato ambito ha inciso molto la medicina moderna con le sue tecnologie avanzate, ponendo una serie di problemi etici (Santeusanio, 1998). Il medico deve saper distinguere fra eutanasia e accanimento terapeutico. Entrambe queste procedure sono contrarie non soltanto all'etica cristiana, ma anche alle norme giuridiche tuttora vigenti e al codice di deontologia professionale, quindi all'etica medica. Il malato, soprattutto in questa fase della vita, ha bisogno di una figura di riferimento quale è quella del medico, non solo per le cure, spesso palliative, ma anche per un accompagnamento morale e spirituale e per la salvaguardia dei principi fondamentali di *autonomia e di beneficalità*, che fanno da riferimento alla visione personalistica della vita. Grazie al primo principio il paziente deve essere in grado di decidere liberamente come vivere gli ultimi giorni, secondo i suoi principi e le sue convinzioni. Per questo deve essere informato sulla sua malattia, sia pure nei termini adeguati al caso, quando deve fornire

un consenso consapevole per gli atti medici proposti. In virtù del principio di beneficiabilità il medico deve assicurare il massimo bene al malato, astenendosi da pratiche sia di accanimento terapeutico che di accelerazione della fine, promuovendo invece le appropriate ed efficaci cure palliative.

Il dialogo è fondamentale perché rassicura, dà fiducia ed aiuta a prendere le decisioni. La solitudine per un malato terminale è la sofferenza peggiore, forse superiore anche a quella fisica, ed è la ragione principale ben dimostrata, per cui alcuni invocano l'eutanasia. Il dialogo può essere semplicemente ascolto, perché consente di capire e di interpretare i sentimenti e le sofferenze di quel malato, che vuole essere ascoltato. I malati terminali sono spesso angosciati e privi di speranza, mentre questa virtù deve essere sostenuta da chi lo assiste: devono sperare in qualcosa di concreto per poter vivere la loro esperienza. Non è certamente l'illusione di false aspettative di guarigione o di remissione di malattia, ma può essere la speranza di non soffrire grazie alle cure palliative, di riconciliarsi con gli altri, di poter risolvere problemi familiari, infine per chi ha fede di guardare al soprannaturale. Il medico, insieme alle altre figure di sanitari e agli stessi familiari, può garantire così un accompagnamento dignitoso del malato sino all'ultimo giorno di vita.

Preparazione del medico ed alleanza terapeutica

Per una medicina più umana

In una medicina che ha avuto dei progressi conoscitivi e tecnologici impressionanti negli ultimi decenni in una progressione che continua giorno dopo giorno e che attrae soprattutto i giovani medici, deve comunque rimanere il dovere di preparare i medici non solo da un punto di vista strettamente scientifico-professionale, ma anche della formazione bioetica in rapporto alle nuove e difficili sfide che la medicina moderna propone continuamente. Ciò comporta non solo una adeguata competenza del medico in campo professionale di ordine culturale, scientifico, tecnologico, ma anche una coscienza dei valori che vanno riaffermati ancor più oggi con una formazione di tipo *etico-*

umanistico e con una coerenza del comportamento bioetico e nella convinzione di dover accettare, anche con umiltà, la collaborazione con il personale medico, in particolare con gli specialisti e i medici di medicina generale, ed anche con il personale infermieristico, i familiari dei pazienti e gli stessi malati.

A questo riguardo vorrei aggiungere che sono molto preziose anche per il lavoro del medico le *Associazioni di Volontariato dei Pazienti*, suddivise in categorie a seconda delle problematiche cliniche interessate (ad esempio: *Associazioni dei pazienti affetti da diabete, da malattie tumorali, da sclerosi multipla ecc.*, che sono tutte malattie complesse). Queste associazioni hanno un grande ruolo sociale quando sono costituite da un elevato numero di pazienti, che si riuniscono con un loro statuto e con obiettivi precisi, perché riescono ad ottenere finanziamenti per il miglioramento dell'assistenza, ad incidere sulle decisioni a livello istituzionale per la promulgazione di leggi e di provvedimenti efficaci a livello sia dei governi regionali e sia, ancor meglio, del governo nazionale, e a migliorare l'assistenza attraverso i servizi ospedalieri ed ambulatoriali rendendoli più umani e meglio attrezzati. Ormai vi è una grande esperienza in tal senso soprattutto per le malattie più diffuse e disabilitanti.

L'altro punto cui vorrei fare riferimento riguarda la costituzione di gruppi di lavoro per un approccio multidisciplinare nei confronti di casi clinici più problematici e complessi dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Il gruppo multidisciplinare riunisce esperti in specifici settori della medicina e consente di discutere insieme le situazioni cliniche più difficili e condividerne le scelte di diagnosi e di terapia. È un modo più moderno e più adatto ad esercitare la professione medica, divenuta sempre più complessa, ad un livello di maggiore competenza, consentendo decisioni cliniche ponderate e più sicure. Il paziente si sente meglio assistito dal suo medico e si affida con maggiore fiducia alla medicina e a chi ha cura di lui.

Quale formazione del medico viene auspicata

La scuola di medicina e delle altre discipline sanitarie nel nostro paese forniscono una buona preparazione soprattutto in ambito teorico, ma, tranne alcune eccezioni, tendono a trascurare la

formazione etico-umanistica del medico e delle altre figure professionali sanitarie. Gli stessi studenti avvertono questa lacuna e sentono l' esigenza di una formazione di bioetica. Gli studenti ed i giovani medici non possono infatti fare a meno durante il loro percorso formativo di una buona conoscenza delle nozioni fondamentali di questa disciplina e di abituarsi per tutta la durata dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione, alla discussione di casi clinici con forti implicazioni bioetiche, prendendo lo spunto proprio dai casi di malati ricoverati nelle corsie degli ospedali.

Ce lo ricorda l'insegnamento di Augusto Murri, grande clinico di origine marchigiana, scomparso nel 1931, che svolse la parte più importante della sua carriera quale Direttore della Clinica Medica dell'Università di Bologna. Egli diceva che non si può concepire un medico mediocre e che la Scuola di Medicina con i suoi maestri deve saper formare dei buoni medici, in grado di dare ai malati quanto ci sia di meglio umanamente possibile. E per questo Murri, contro la tradizione del passato, sostenne un insegnamento attento alla formazione logica e metodologica, oltre che etica dei suoi allievi. Qui è l'attualità del suo insegnamento (Leone, 1994; Santeusano, 1998).

Nella formazione del medico sotto il profilo etico-umanistico una buona guida rimane senz'altro il *Codice di Deontologia Medica*, pubblicato dalla Federazione degli Ordini dei Medici, nella sua ultima versione, nel dicembre 2006. Il codice rivendica la piena autonomia del medico nello svolgimento della sua professione, e ne stabilisce bene i confini etici. Si propone a favore di una cultura positiva della professione medica, e riafferma il netto rifiuto dell'eutanasia e dell'accanimento terapeutico. Si ribadisce ancora il ruolo centrale del medico nella tutela della salute, fondato sul rapporto tra medico e paziente, con il paziente che mantiene la propria centralità nel processo assistenziale.

In questi ultimi anni è stato pubblicato, con il patrocinio di società scientifiche italiane e della Federazione degli Ordini dei Medici, un documento bene articolato che trae lo spunto da articoli scientifici apparsi nel 2002 su «Lancet» e su «Annals of Internal Medicine», che analizza con grande autorevolezza il problema della professione medica nell'era moderna e fornisce una guida di comportamento del medico e del suo modo di porsi nei confronti dei pazienti, nel rispetto

dei principi sacrosanti della centralità del benessere del paziente, dell'autonomia dei pazienti e della giustizia sociale. Si è proposto di consegnare tale documento a tutti i medici neolaureati quando si iscrivono all'Ordine dei Medici (*Carta della professionalità medica*, 2002).

Conclusioni

La professione medica è divenuta oggi molto più complessa che in passato, per il progresso scientifico ampliatosi in maniera esponenziale negli ultimi decenni, con una forte valenza tecnologica, che richiede una preparazione del medico sempre più esigente. Sono cresciute parallelamente le problematiche di ordine etico con la richiesta talora di decisioni difficili per particolari situazioni cliniche in rapporto alle frontiere che la scienza continuamente apre. Ma la medicina per sua natura mantiene ancora i fondamenti ispiratori del ben noto giuramento di Ippocrate, una medicina quindi centrata sulla persona e sul rispetto dei suoi valori immutabili. Per l'esercizio di una medicina più *umana* oggi si richiede al medico, fin dagli anni dei corsi universitari, un continuo aggiornamento non solo sotto il profilo scientifico e professionale, ma anche etico-deontologico, cioè quella formazione umanistica, tanto cara ai medici della tradizione passata. La introduzione istituzionale da oltre 10 anni dell'obbligo per il medico di una Educazione Continua in Medicina documentata e certificata conferma un'esigenza da cui non si può più prescindere.

Vorrei concludere il mio testo con un appello tratto da una prolusione del mio antico Maestro e clinico medico, prof. Paolo Larizza, dell'Università di Perugia, tenuta al termine della sua prestigiosa carriera: «Quale medicina prenderà il sopravvento? La Medicina succube dei congegni elettronici e delle macchine automatizzate, la medicina dei freddi ingranaggi e dei gelidi responsi, o la Medicina dell'amore e del dolore, della comprensione e della solidarietà, nella quale una parola, un sorriso valgono a riaccendere la fiaccola della speranza che rincuora o della fede che illumina? Il mio auspicio è che si torni a privilegiare la Clinica con le sue intuizioni,

con i suoi coinvolgimenti umani, con il suo altruismo e la sua nobiltà fatta di amore, dolore e comprensione» (Larizza, 1990, p. 424).

Mi fa piacere riflettere ed invitare a riflettere su questo appello accorato di un vecchio clinico, nello stile di altri tempi, ma illuminate dallo spirito della saggezza e dell'esperienza di chi doveva fare affidamento sulla propria abilità, intelligenza ed anche sulla propria cultura umanistica per giungere ad una diagnosi corretta ed impostare la giusta terapia, ancorché spesso poco efficace, almeno fino a pochi decenni or sono.

Bibliografia

- ALICI, L., D'AGOSTINO, F., SANTEUSANIO, F., (1998): *La dignità degli ultimi giorni*, San Paolo, Milano.
- ANTISERI, D., CAGLI, V., (2008): *Dialogo sulla diagnosi*, Armando Editore, Roma, pp 17-79.
- ANTISERI, D., TIMIO, M., (2000): *La Medicina Basata sulle Evidenze. Analisi epistemologica*, Memoria, Cosenza, pp 75-135.
- BALDINI, M., MALAVASI, A. (2004): *La difesa della centralità della clinica*. in MURRI, A., (2004), pp 79-84.
- BALDINI, M., MALAVASI, A., (2004a): *La metodologia clinica*, in MURRI, A., (2004), pp 63-77.
- BINETTI, P., (2010), *Il consenso informato*, Edizioni Magi, Roma.
- BINETTI, P., (2010a): *La comunicazione medico-paziente*, in BINETTI, P., (2010)., pp 137-154.
- BINETTI, P. (2010b): *L'alleanza terapeutica*, in BINETTI, P., (2010), pp 155-168.
- BOSCIA, F. M., SAPONARO, M. B., (2009): *Riumanizzare l'assistenza socio-sanitaria in Italia*, Levante Editori, Bari.
- BRUNETTI, P., (2000): *Prefazione*, in ANTISERI, D., TIMIO, M., (2000), pp 9-14.
- CAGLI, V., (1997): *Elogio del Metodo Clinico. Mutamenti e problemi della medicina "al letto del malato"*, Armando Editore, Roma.
- CAGLI, V., (1997a): *La situazione attuale*, in CAGLI, V., (1997), pp 103-127.
- CAGLI, V., (1997b): *La crisi*, in CAGLI, V., (1997), pp 73-92.
- CAGLI, V., (1997c): *Entro il metodo, oltre il metodo*; in CAGLI, V., (1997), pp 141-161.
- CATTORINI, P., (1997): *Alleanza terapeutica*, in *Dizionario di teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino, pp. 30-37.
- CATTORINI, P., (2008): *Salute e cure mediche. Quale etica?*, «Nuntium», n.1 (2008) pp 229-233.

- CATTORINI, P., (2010): *La persona del malato e la bioetica della cura: una sfida per la città*, in SAVI, M., (a cura di), (2010), pp. 17-51.
- CAVICCHI, I., (2000): *La Medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Torino.
- CAVICCHI, I., (2000a): *La tentazione tecnocratica*, in CAVICCHI, I., (2000), pp. 38-40.
- FNOMCEO (Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri), (2006): «La Professione: medicina, scienza, etica sociale. Il nuovo codice di deontologia professionale. Trimestrale della Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri».
- FONDAZIONE ABIM, FONDAZIONE ACP-ASIM, FEDERAZIONE EUROPEA DI MEDICINA INTERNA, (2002): *Carta della Professionalità Medica*. (documento elaborato dagli articoli pubblicati da «The Lancet», n. 359 (2002), pp. 520-522; «Ann Int Med», n. 136 (2002); pp. 243-246).
- G. FEDERSPIL, G., VETTOR, R., (2000): *La Diagnosi Clinica tra Logica e Retorica*. in GALLI, G. (a cura di), (2000), pp 123-145.
- GALLI, G. (a cura di), (2000): *Interpretazione e diagnosi*, Istituti internazionali e poligrafici internazionali, Pisa-Roma.
- GIGLI, G. L., (2004): *I cambiamenti in atto della Medicina*, «Orizzonte Medico», n. 5, pp. 41-46.
- LARIZZA, P., (1990): *Verso la Medicina degli anni 2000: quale Medicina?*, «Il Giornale di Clinica Medica», n. 41, pp. 403-424.
- LEONE, S., (1994): *Placebo*, in LEONE, S., PRIVITERA, S., (1994), pp. 719-721.
- LEONE, S., PRIVITERA, S., (1994): *Dizionario di Bioetica*, Edizioni EDB-ISB, Acireale.
- MURRI, A., (2004): *Dizionario di Metodologia clinica*, Antonio Delfino Editore, Roma.
- REICH, W. T., (1978): *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, New York.
- SACKETT, D. L., (1992): *Evidence-based Medicine: a New Approach to Teaching the Practice of Medicine*. «JAMA», n. 286, pp. 2420-2425.
- SANTEUSANIO, F., (1998): *Il medico di fronte alla morte*, in ALICI, L., D'AGOSTINO, F., SANTEUSANIO, F. (1998), pp 9-50.
- SANTEUSANIO, F., (2009): *Rivalutazione della centralità del ruolo del medico nell'assistenza*, in BOSCIA, F. M., SAPONARO, M. B., (2009), pp 73-79.
- SAVI, M., (a cura di), (2010): *Per una bioetica della cura*, Mattioli 1884, Fidenza.
- SCANDELLARI, C. (2000): *Diagnosi di malattia e interpretazione del malato*. 147-156, in GALLI, G. (a cura di), (2000), pp. 147-156.
- SCANDELLARI, C.,: (2000a) *Augusto Murri, clinico medico*, in GALLI, G. (a cura di), (2000), pp 223-227.

La relazione di cura: il punto di vista del malato

Maria Teresa Russo

La malattia, crisi biografica ed epistemologica

Càpita che si viva tutta una vita senza imbattersi in una malattia che invece a un certo punto prenderà per te la faccia del destino. Càpita di essere felici senza saperlo, di dare generosamente senza pensare di essere generosi e càpita di scoprire che la gratitudine è un sentimento raro poco sentito e poco praticato; càpita di essere delusi da qualcuno che non ti aveva illuso ma solo incidentalmente sfiorato. Càpita di veder rovesciata l'esistenza in un attimo e càpita che per essere ancora un po' simile a quel che eri prima, ci vogliano mesi e mesi di pazienza e di attesa¹.

L'incipit dell'ultimo romanzo autobiografico di Gina Lagorio, colpita da un ictus, esprime con efficacia una verità che chi esercita l'arte medica dovrebbe sempre aver presente: esistono tante malattie quanti sono i malati. Senza nulla togliere alla *consistenza reale* delle malattie, non certo puri nomi bensì fenomeni oggettivamente osservabili, va però rilevato che esse *appartengono* al malato in modo del tutto originale, entrando a comporre la trama della sua esistenza. Se si intende comprendere quale tipo di prossimità il malato chieda a chi si prende cura di lui, la riflessione su questo aspetto è indispensabile. Vissuta e interpretata a livello individuale, la malattia non si configura soltanto come un puro accidente – qualcosa che càpita, appunto – o come una semplice *reazione patologica*, ma è essenzialmente una *realtà personale* e una *risposta biografica*. La rottura della continuità dell'esistenza, il cambiamento profondo nella percezione dello spazio e del tempo, la trasformazione nei rapporti con gli altri, la mutata relazione con le cose e con il mondo familiare: tutto questo costituisce per il malato la *sua*, intrasferibile esperienza della malattia. La filosofa statunitense S. Kay Toombs, malata di sclerosi

¹ G. LAGORIO, *Càpita*, Garzanti, Milano 2005, p. 2.

multipla, ha fornito una fenomenologia dettagliata di questi cambiamenti, osservandoli progressivamente su di sé e individuando nell'esperienza della perdita il sentimento fondamentale di malattia². La perdita di integrità, la perdita di certezza, la perdita di controllo, la perdita di libertà, la perdita del mondo familiare, costituiscono il riflesso biografico dell'entità nosografica classificata dalla scienza medica.

Integrità significa trasparenza del corpo rispetto all'io, che invece la malattia viene a rendere opaco, introducendo un sentimento di estraneità e di minaccia, come se il corpo si ergesse improvvisamente come elemento perturbante della propria identità. Il corpo diventa un "di fronte" e si trasforma nel punto di orientamento della nostra attenzione, occupando tutta la scena. Al centro del sistema non vi è più il mondo, ossia un polo esterno da abitare, da conquistare, da modificare, ma il corpo, una sorta di buco nero che assorbe ogni energia e attenzione³.

Allo stesso modo, la certezza di poter contare sul proprio corpo è sostituita da un sentimento di ansia e di paura nei confronti di un'eventuale aumento di invalidità che comporterebbe una crescente difficoltà a realizzare i propri progetti. La poetessa Jane Kenyon, un mese prima di morire di leucemia, ha dato voce efficacemente nei suoi versi a questo sentimento, esprimendo la gratitudine per la cosiddetta "normalità" della salute, assieme al timore nei confronti di un futuro

² Cfr. S. KAY TOOMBS, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Kluwer, Dordrecht 1992, pp. 90 e ss. Si veda anche ID., *Reflections on bodily change: the lived experience of disability*, in S. KAY TOOMBS (a cura di), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer, Dordrecht 2001, pp. 248 e ss.

³ Così si esprime Plessner, riferendosi agli effetti del dolore nel corpo malato: «Nel dolore si è inermi, rigettati nel proprio corpo in modo tale che non è più possibile trovare una relazione con esso. La zona dolente sembra estremamente estesa e pare sovrapporsi e sostituirsi alle restanti zone. Allora non si è altro che denti, fronte, pancia. Ardendo, perforando, incidendo, pungendo, pulsando, dilaniando, attanagliando o adducendo fibrillazione, il dolore agisce come un'irruzione, un disturbo, un disorientamento, come una forza che si agita in una immensa profondità» (H. PLESSNER, *Il riso e il pianto. Una ricerca sui limiti del comportamento umano*, trad. it. di V. Rasini, Bompiani 2000, p. 203).

che “potrebbe essere altrimenti” (*otherwise*) e che un giorno non lontano effettivamente lo sarà.

I got out of bed/on two strong legs./It might have been/otherwise. I ate/cereal, sweet/milk, ripe, flawless/peach. It might/have been otherwise./I took the dog uphill/to the birch wood./All morning I did/the work I love./At noon I lay down/with my mate. It might/have been otherwise./We ate dinner together/at a table with silver/candlesticks. It might/have been otherwise./I slept in a bed/in a room with paintings/on the walls, and/planned another day/just like this day./But one day, I know,/it will be otherwise⁴.

La perdita di controllo rende impotenti, mentre la vita quotidiana dell'uomo sano, quella in cui il *lavoro* del corpo si svolge senza ostacoli, è *data-per-scontata*: non ci si accorge neppure di quel corpo che rende possibile l'azione – scrivere, correre, parlare – e consente di abitare il mondo⁵. Nella situazione di malattia, la limitazione della libertà mostra con evidenza che la relazione con il proprio corpo non è quella di un dominio totale, come ha efficacemente espresso P. Ricoeur riferendosi a questa dialettica tra *práxis* e *páthos*, ossia tra attività e passività, con l'espressione: «io subisco questo corpo che governo»⁶. Questa limitazione origina un senso di inadeguatezza, che si manifesta nella progressiva incapacità di compiere scelte lucidamente razionali, motivo per cui il malato non è mai in grado di instaurare con il medico una relazione pienamente simmetrica.

Il mondo è familiare nella misura in cui risulta abitabile agevolmente. Per il malato può trasformarsi fino a diventare ostile, come una resistenza da vincere o una barriera da superare. La percezione del vicino o lontano, dell'alto o del basso è radicalmente

⁴ J. KENYON, *Otherwise: New & Selected Poems*, Graywolf Press, Washington 1996.

⁵ Cfr. M. CHIODI, *L'enigma della sofferenza e la testimonianza della cura*, Glossa, Milano 2003, p. 87.

⁶ Cfr. P. RICOEUR, *Sé come un altro*, trad. it. di D. Iannotta, Jaca Book, Milano 1993, pp. 433-441.

diversa per il sano rispetto a chi ha una patologia motoria⁷. Gli oggetti stessi diventano una sfida alle capacità del malato di escogitare modalità alternative per aggirarli, maneggiarli, usarli con cura per il loro scopo. Come ha osservato Merleau-Ponty, lo spazio non è una entità oggettiva e neppure il frutto di una rappresentazione, ma «è delineato nella struttura del mio corpo, ne è il correlato inseparabile»⁸: il mondo si caratterizza come un luogo intenzionale, in cui tutti gli oggetti che ci circondano assumono un significato diverso a seconda che siano più o meno raggiungibili e utilizzabili. Ciò che per il sano è un ausilio, per un corpo disabile è un problema da risolvere. Per chi ha un tremore, un cucchiaino di brodo è una difficoltà da superare; per chi è in sedia a rotelle o cammina con le stampelle una porta girevole diventa un ostacolo con cui negoziare con attenzione⁹. «Le cose ordinarie – osserva la Toombs – assumono una qualità maledettamente resistente»¹⁰. Ogni azione diventa pertanto un forzare la resistenza del mondo, il che richiede non solo abilità fisica, ma un costante esercizio della volontà. La necessità di investire sempre più energie per concentrarsi nel compiere operazioni quotidiane e banali, come scendere dal letto, fare la doccia, vestirsi, può avere come effetto la tentazione di tagliare i legami con il mondo, ritirandosi in un isolamento che accresce il disagio e l'impotenza.

Sono sempre più numerose le analisi fenomenologiche della categoria della perdita e della frattura rappresentata dalla malattia. Per completezza occorre, tuttavia, integrarle con un'altra prospettiva: la malattia è sì frattura, ma anche ricomposizione; perdita, ma anche risorsa; interruzione, ma anche transito a una nuova visione dell'esistenza. Nell'uomo, infatti, la dimensione corporea è inseparabile da un "io" soggettivo, il quale non si riduce al solo corpo.

⁷ S. KAY TOOMBS, *Reflections on bodily change: the lived experience of disability*, in S. KAY TOOMBS (a cura di), *Handbook of Phenomenology and Medicine*, Kluwer, Dordrecht 2001, p. 248.

⁸ M. MERLEAU-PONTY, *Fenomenologia della percezione*, trad. it. di A. Bonomi, Bompiani, Milano 2003, p. 197.

⁹ S. KAY TOOMBS, *Reflections on bodily change: the lived experience of disability*, p. 250.

¹⁰ *Ibidem*.

È possibile, pertanto, assumere, integrandoli nell'autocoscienza e nell'autodominio, tutti i dinamismi corporei. La malattia non rappresenta dunque solo coazione o alienazione, ma è anche un compito, un interrogativo posto alla libertà, una chiamata a prendere posizione con nuove e forse più consapevoli decisioni¹¹.

L'oncologa Sylvie Ménard, nella realistica autobiografia in cui racconta la propria lotta contro il cancro, osserva come la malattia sia stata rivelativa di alcuni errori della sua vita “di sana”, ad esempio:

la corsa forsennata che conduco da anni e anni nella vita e nel lavoro, senza fermarmi mai un istante a riflettere sul perché e il per come di tanta fretta. Per non pensare ho sempre una scusa pronta: non ho tempo. Adesso che sono costretta a fare il punto, mi rendo conto che qualche volta bisogna fermarsi. Arrivo a ringraziare questo tumore perché mi obbliga a rivedere l'impostazione della mia vita, a prendermi delle pause e a riflettere su chi sono, dove sono e dove sto andando¹².

Tenendo conto di questa complessità, forse appare più appropriata la categoria di crisi epistemologica introdotta da MacIntyre, che rispetto a quella della perdita mette in luce anche una dimensione positiva, rappresentata dalla possibilità di ritrovare se stessi in una ricomposizione dell'unità¹³. Crisi epistemologica è un evento inaspettato – una delusione sentimentale, un insuccesso professionale, una malattia – che viene a interrompere la trama narrativa attraverso cui identifichiamo il nostro posto nella società e modelliamo le nostre relazioni con gli altri, costringendoci a interrogativi radicali su noi stessi. La domanda cruciale che emerge con evidenza – come appare, ad esempio, nella figura di Amleto – è quella che si riferisce al rapporto tra essere e sembrare, che risulta sovvertito da qualcosa che sorprende in quanto esula dall'ordinario e come tale richiede una

¹¹Va osservato che l'analisi della Toombs, ispirandosi anche all'approccio nichilistico di Sartre, non sembra aperta alla possibilità di assumere la malattia anche come appello alla libertà. Si vedano i rilievi di M. CHIODI, *op. cit.*, pp. 139-143.

¹² S. MÉNARD, *Si può curare. La mia storia di oncologa malata di cancro*, Mondadori, Milano 2009, p. 128.

¹³ Cfr. A. MACINTYRE, *Epistemological crises, dramatic Narrative, and the Philosophy of science*, in *The Tasks of Philosophy: Selected Essays*, v. 1, Cambridge University Press, Cambridge 2006, pp. 3 e ss.

ricomprensione del proprio passato. Da questa situazione si è indotti a ricostruire, a riscrivere la trama della propria esistenza, invertendo la comprensione degli eventi passati alla luce delle domande e delle risposte presenti. La malattia costituisce dunque un'occasione per riformulare i criteri di intelligibilità della propria storia, che ne risulta ampliata alla luce delle nuove valutazioni. La “rivoluzione” epistemologica consiste proprio in una coscienza di sé più profonda, assieme alla convinzione che la trama della propria esistenza non si può mai considerare compiuta e assestata una volta per tutte, ma è sempre soggetta a svolte impreviste e aperta a successive revisioni.

Distanza e prossimità: una dicotomia insuperabile?

Da queste analisi emerge con chiarezza che realizzare una comprensione condivisa della malattia da parte del medico e del malato costituisce una questione delicata e complessa. Da una parte vi è la malattia osservata, dall'altra la malattia vissuta: due realtà che rischiano di essere incommensurabili, il che si riflette nella difficoltà, da più parti segnalata, a comporre in armonia le cure con la cura. Le prime, scientificamente precise ma a rischio di impersonale asetticità, a fatica dialogano con la seconda, affettivamente calda, ma spesso a rischio di un approccio emotivo e pertanto inefficace. Si pensi alla prospettiva non solo differente, ma in certi casi addirittura divergente tra gli orizzonti di spazio e di tempo delle une e dell'altra. Lo spazio neutro dell'ospedale mal si accorda con lo spazio simbolico del malato, che è ricco di suggestioni e di affetti; il decorso della malattia, la routine delle terapie, il tempo di degenza fanno parte di un tempo qualitativamente altro rispetto alla temporalità individuale della progettazione esistenziale, che si declina secondo altre categorie. È ancora la Kenyon, nella poesia *The Sick Wife*, a esprimere la distanza percepita tra il suo tempo di malata e l'affaccendarsi estraneo, eppure attraente, del “tempo dei sani” in un centro commerciale, contemplato dall'auto mentre attende il marito:

The sick wife stayed in the car/while he bought a few groceries./Not yet fifty,/she had learned what it's like/not to be able to button a button./It was the middle of the day—/and so only mothers with small children/or retired

couples/stepped through the muddy parking lot./Dry cleaning swung and gleamed on hangers/in the cars of the prosperous./How easily they moved—/with such freedom,/even the old and relatively infirm./The windows began to steam up./The cars on either side of her/ pulled away so briskly/that it made her sick at heart¹⁴.

Una testimonianza efficace della dicotomia esistente tra i due orizzonti, quello di chi cura rispetto a quello di chi è oggetto di cure, è costituita dalle narrazioni autobiografiche, ormai numerose, di medici che si trovano loro malgrado a trasformarsi in pazienti. Una delle più efficaci, a firma di ben tre medici, ha un titolo emblematico: *Dall'altra parte*¹⁵. I tre autori narrano con efficacia l'esperienza della malattia definita “un sequestro di persona”, che priva improvvisamente di progetti e diritti, trasportando in un luogo lontano ed estraneo.

A ben guardare, tuttavia, la prossimità richiesta dal malato non va disgiunta da una distanza che egli interpone, più o meno consapevolmente, nei confronti del medico o in generale del personale sanitario. Karl Jaspers ci ha fornito un'efficace elencazione di una serie di atteggiamenti che ne sono un esempio: «il malato che va dal medico perché vuole essere curato a tutti i costi», quello che «non vuole veramente sapere, bensì ubbidire», il malato angosciato nel quale «è attivo qualcosa come un'antirazionalità radicale», infine quello «con manifestazioni patologiche [...] nervose o isteriche»¹⁶.

Luigi Zoja, rilevando che nella nostra epoca alla cosiddetta “morte di Dio” è succeduta inevitabilmente la morte del prossimo, seconda relazione fondamentale dell'uomo, ha denunciato una crescita progressiva della “domanda di distanza”¹⁷, che si manifesta nella costruzione sempre più ricorrente di muri di separazione, tra Paesi e quartieri, nell'individualismo delle pratiche sportive fino al paradossale solipsismo prodotto dalle nuove tecnologie. Questo clima

¹⁴ J. KENYON, *Collected Poems*, Graywolf Press, Washington 2005.

¹⁵ Cfr. S. BARTOCCIONI – G. BONADONNA – F. SARTORI, *Dall'altra parte*, Rizzoli, Milano 2006.

¹⁶ Cfr. K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, trad. it. a cura di M. Nobile, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995², pp. 4-7.

¹⁷ Cfr. L. ZOJA, *La morte del prossimo*, Einaudi, Torino 2009, p. 17.

culturale non può non avere il suo riflesso nell'atteggiamento con cui si guarda alla cura delle malattie. Forse è più esatto, però, parlare di una sorta di schizofrenia, che induce a oscillare tra la domanda di distanza e il bisogno di prossimità, senza che si possa nettamente separare l'una dall'altro. Possiamo pertanto riconoscere una fenomenologia della domanda di distanza, che paradossalmente coesiste con il bisogno di prossimità, producendo atteggiamenti contraddittori e difficilmente decifrabili. Dopo la denuncia freudiana della “società depressiva”, sembra, pertanto, che la cultura attuale mostri tutti i segni di altre due patologie psichiatriche: quella schizoide e quella paranoide. Sintomo della prima è, ad esempio, l'atteggiamento ambivalente nei confronti della tecnica biomedica, invocata come fonte di libertà – si pensi all'ambito della procreazione – e, allo stesso tempo, come causa di tortura, quando si accusa la medicina di accanimento e di “oltranzismo”. Le “paranoie della modernità”, come sono state definite¹⁸, appaiono invece evidenti nel sospetto diffuso e nell'iperinterpretazione delirante pronta a giudicare come censura della libertà personale qualsiasi limite a un'autodeterminazione intesa come gestione assoluta di sé.

La domanda di distanza appare, dunque, evidente in questa crescente rivendicazione di autonomia, che rischia di trasformare il malato in medico di se stesso o nella figura del paziente “impaziente”¹⁹, incapace di tollerare incertezze nell'esito della cura o convinto di essere sempre in grado di compiere scelte lucide e razionali nei confronti della propria salute. Anche i sempre più numerosi frequentatori del *web* attestano la tendenza al fare da sé, sebbene in questo stesso fenomeno, accanto alla diffidenza nei confronti delle vie “ordinarie” di cura, traspaiano una ansiosa ricerca di rassicurazione e una domanda di relazione, sia pure anonima e superficiale.

¹⁸ Cfr. F. D'AGOSTINO, *Autodeterminazione: le paranoie della modernità*, in «Medicina e Morale», n. 6 (2009), pp. 1055–1064, dove l'autore riporta l'espressione coniata dallo psicoanalista Giovanni Jervis.

¹⁹ Cfr. M. BOBBIO, *Il malato immaginato. I rischi di una medicina senza limiti*, Einaudi, Torino 2010, pp. 169-170.

D'altra parte, il bisogno di prossimità affiora in modo palese in tutta la letteratura, ormai abbondante, sull'umanizzazione della medicina e sulla necessità del dialogo tra medico e malato. Significativi sono soprattutto i saggi sul cosiddetto *high touch*, il tocco empatico²⁰, che invitano a recuperare la centralità del corpo del malato e l'uso dei cinque sensi nell'arte della cura, troppo spesso surclassati dal ricorso alla tecnologia diagnostica e dalla pletora di esami di laboratorio. D'altra parte, Gadamer, riflettendo sulla relazione medico-paziente, fa notare che l'etimologia di cura, in tedesco *Behandlung*, è «la mano abile ed esperta che tastando sa riconoscere la trama»²¹. Perché ci sia con-senso, occorre il con-tatto.

Tuttavia, in una cultura caratterizzata da legami deboli come quella attuale, il tentativo di recuperare la prossimità spesso procede per vie che invece costituiscono altrettante figure della distanza, come, ad esempio, la via del rispetto, la via della comunicazione, la via dell'informazione, la via del contratto. Il rispetto evoca più l'estraneità che la prossimità²², un tenersi a distanza per timore di intromettersi in una *privacy* che appare sempre più desertificata, perché priva di relazioni forti. La comunicazione non poche volte si riduce all'applicazione di tecniche empatiche, dove il parlare e il tacere hanno semplice funzione strategica e non sono espressione di condivisione autentica. L'informazione, come appare nella pratica del consenso informato, necessaria correzione al vecchio paternalismo medico, può però trasformarsi in un espediente burocratico per tutelare il personale sanitario o in una pretesa da parte del malato di negoziare qualsiasi decisione. Il contratto non risponde alla logica della relazione di cura, che non può ispirarsi al modello dello scambio

²⁰ P. ROUTASALO, A. ISOLA, *The right to touch and be touched*, in «Nursing Ethics», n. 3 (1996), pp. 165-76. Più recentemente: S. TEERI, M. VÄLIMÄKI, J. Katajisto, H. Leino-Kilpi, *Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions*, in «Scandinavian Journal of Caring Sciences», vol. 21, N. 4 (2007), pp. 490-499.

²¹ Cfr. H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 110.

²² Cfr. G. ANGELINI, *La malattia, un tempo per volere. Saggio di filosofia morale*, Vita & Pensiero, Milano 2000, p. 39.

mercantile per diversi aspetti. Non solo non è contrattuale in quanto asimmetrica²³, ma anche in quanto la promessa di cura da parte del medico non è mai alla stregua della garanzia di guarigione assicurata a un cliente, infine perché coinvolge non solo due soggetti, ma anche la famiglia del malato e il suo contesto più immediato, fino ad arrivare in certi casi all'intera società.

Per colmare quella che sembra una distanza insuperabile, occorre allora che tanto il medico come il malato compiano un certo percorso. Con-senso indica convergenza di sensi: ma in che misura e a quali condizioni ciò si può realizzare? Se i significati che la malattia assume per il malato e per il medico non sono commensurabili, possono diventare almeno condivisibili? Uno spunto interessante è rappresentato dal ricorso alla prassi della narrazione, come modalità relazionale che può contribuire a superare il divario tra l'orizzonte scientifico del medico – in cui si inquadra la malattia osservata e classificata – e l'orizzonte esistenziale del malato, con i suoi vissuti e la sua storia.

Complessità dell'anamnesi: storia della malattia o storia del malato?

Il tema della narrazione è al centro di quella che è stata definita come *Narrative Based Medicine* (NBM)²⁴ teorizzata negli Usa alla fine degli anni Novanta, ad opera della Harvard Medical School che, grazie a un approccio fenomenologico-ermeneutico, ha messo in risalto il sistema simbolico costituito dalla medicina, che modella sia

²³ Riferendosi alle teorie del contratto sociale, Martha Nussbaum afferma che tutte ricorrono a un'ipotesi immaginaria che sembra del tutto innocente, ma che non risponde a verità: la finzione di un adulto competente. Gli attori del contratto sociale vengono considerati come se fossero secondo John Locke, "liberi, eguali e indipendenti". Cfr. M. C. NUSSBAUM, *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, trad. it. di E. Greblo, il Mulino, Bologna 2002.

²⁴ È stata così definita da T. GREENHALGH, B. HURWITZ, *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, London 1998.

la clinica sia il vissuto del malato²⁵. La *Narrative Based Medicine* ha contribuito a superare il paradigma biomedico della malattia, a favore di una concezione più complessa, grazie alla distinzione tra *disease* (l'avere una malattia oggettivabile in senso biomedico); *illness* (l'esperienza soggettiva del sentirsi malato); *sickness* (l'essere un malato, ossia la rappresentazione sociale della malattia)²⁶. Sulla base di questa distinzione, a fianco alla anamnesi – la storia clinica in senso biomedico – si pone la narrazione, che, grazie alla percezione unitaria di sé, ricostruisce in forma di trama e ricomprende nei suoi significati l'esperienza della *illness*. Come afferma lo psichiatra Oliver Sacks, è lo stesso medico, se autenticamente interessato a comprendere il malato, a sentire l'esigenza della narrazione come completamento della storia clinica, che altrimenti fornirebbe ben pochi elementi:

Tali storie mediche, sono una forma di storia naturale –ma non ci dicono nulla dell'individuo e della sua storia; non comunicano nulla della persona, della sua esperienza, di come fa fronte alla malattia e lotta per sopravvivere. Non vi è alcun “soggetto” in una storia di caso limitata [...] Per rimettere al centro il soggetto umano sofferente, afflitto, combattente, dobbiamo approfondire una storia di caso sino a farla divenire una narrazione o racconto: solo allora avremo davvero un “chi” come pure un “cosa”, una persona reale, un paziente in relazione alla malattia –in relazione al piano fisico²⁷.

Possiamo considerare da due prospettive la narrazione di malattia: la prima è quella del medico che la stimola e la ascolta, divenendo così capace di decentrare il proprio punto di vista; la seconda è quella del malato stesso, per il quale è un mezzo di ricomposizione della

²⁵ I principali teorici sono stati l'antropologo J. Good Byron e lo psichiatra A Kleinman. Cfr. J. GOOD BYRON, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, trad. it. di S. Ferraresi, Ed. di Comunità, Torino 1999 (1994); A. KLEINMAN, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York 1988.

²⁶ Cfr. G. GIRELLI, M. FERRARI, *La medicina del quotidiano. Il vissuto della pratica clinica del medico di medicina generale*, Bonanno, Acireale-Roma 2008, p. 28.

²⁷ O. SACKS, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, trad. it. di C. Morena, Adelphi, Milano 1992, p. VIII.

propria identità ferita, «per recuperare la voce che la malattia e il suo trattamento hanno portato via»²⁸.

Nella prima prospettiva, osserviamo che già nella medicina ippocratica il medico realizzava l'anamnesi del paziente attraverso un colloquio e cercava di guadagnarsi la sua fiducia con parole persuasive e indicazioni. Tuttavia, per il medico ippocratico – come rileva P. Laín Entralgo nella sua storia della medicina – il sapere ottenuto tramite l'intervista era meno sicuro di quello fornito dalla “sensazione del corpo”, ossia dall'esperienza sensoriale della realtà somatica del malato: questa era considerata un “sapere certo”, mentre quella era una “semplice congettura”²⁹. Il merito del riconoscimento della necessità di ricondurre il sintomo alla biografia, assegnando una chiara centralità alla biografia del malato, va senz'altro alla psicoanalisi. Tuttavia, come è stato da più parti rilevato³⁰, è lo stesso carattere biografico del metodo psicoanalitico a non essere esente da rischi, in quanto può trasformarsi in un'illusione fantasiosa che tiene conto solo di determinati elementi, scartandone aprioristicamente altri o in un'indebita generalizzazione di un caso particolare. *La Narrative Based Medicine* ha comunque accolto la sollecitazione derivante dalla psicoanalisi, estendendola dalla psicoterapia alla pratica della clinica in generale, per ottenere una maggiore comprensione della realtà del malato. Questa sensibilità non è comunque un fatto nuovo, ma ha dei precedenti illustri. In Germania fin dalla prima metà del Novecento, grazie all'attenzione prestata alle categorie della storia e dell'esistenza da parte di Dilthey e Jaspers, la cosiddetta *medicina antropologica*³¹ aveva già tematizzato la questione della storia clinica, elaborando un pensiero che sarebbe stata accolto successivamente anche in Spagna, dai principali esponenti della medicina umanistica. Uno di questi,

²⁸ A. FRANK, *The wounded storyteller: Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1995, p. XII.

²⁹ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Salvat, Barcelona 1977, p. 116.

³⁰ Cfr. H. R. WULFF, S. A. PEDERSEN, R. ROSENBERG, *Filosofia della medicina*, trad. it. di A. Parodi, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995, p. 198.

³¹ Si tratta della cosiddetta *scuola di Heidelberg*, che annoverò come esponenti Richard Siebeck e Viktor von Weizsäcker.

Pedro Laín Entralgo, scriveva nel 1950: «Una storia clinica non può essere la “descrizione” di un quadro né la successiva “misurazione” di un processo: deve essere la “narrazione” di un frammento di esistenza umana»³².

In questa prospettiva, ciò che distingue un “buon” medico da un “cattivo” medico è proprio l’attenzione alla storia narrata dal malato. Il medico che potremmo definire *naturalista* risponde al “sono malato” del paziente solo con l’esplorazione oggettiva della realtà concreta del suo organismo, orientandosi verso la generalità del sintomo, separando l’io del malato dal suo corpo e rivolgendosi solo a quest’ultimo. Il buon medico, invece, prima di procedere all’esplorazione oggettiva, peraltro necessaria, risponde con un’altra domanda: “cosa *le* succede?”, dove l’uso del pronome personale manifesta l’attenzione all’io del paziente, riuscendo così a strutturare il processo di comprensione come un dialogo. Alla base della conoscenza medica non vi è, pertanto, solo un atto di riflessione o d’intuizione, né un’apprensione di un elemento presente, bensì una domanda, grazie alla quale si cerca di penetrare nella biografia della persona³³. Oltre alla componente somatica, esiste una componente *storica* della malattia, che tocca al medico scoprire e che costituisce la premessa necessaria per cogliere una componente ulteriore, quella *intima*, mediante la quale il malato si appropria e *vive* in modo singolare la *sua* malattia.

La dialettica tra spiegare e comprendere, fulcro dell’ermeneutica, appare evidente nella differente modalità di analisi del sintomo. Se il sintomo sarà considerato solo come *segno*, il medico risalirà a un *designatum* costituito dall’entità morbosa, tramite una *spiegazione*; se invece viene considerato anche come *espressione*, cioè come una funzione comunicativa di un vissuto psichico e spirituale, sarà possibile una *comprensione* reale della situazione del malato. La particolare configurazione del quadro sintomatico mostra con grande eloquenza che ogni malato è una realtà personale: in quanto

³² P. LAÍN ENTRALGO, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Consejo Superior de Investigación Científica, Madrid 1950, p. 659.

³³ Cfr. Ivi, pp. 633-634.

intelligente e libero, compie sempre un processo di appropriazione delle esperienze, strutturandole nella propria biografia in modo del tutto originale. Per questo motivo, si può affermare che ogni malattia porti con sé un margine di *opacità* da interpretare e decifrare:

Dal punto di vista del loro significato biografico, tutte le malattie sono allo stesso tempo “opache” e “comprensibili”, alcune molto opache (una febbre tifoidea, una neoplasia), altre molto comprensibili (una nevrosi da situazione). Tuttavia, anche le malattie più opache possiedono sempre nella loro struttura qualche momento psicologicamente comprensibile, mentre in fondo a quelle più comprensibili fluisce sempre una vena di cosmica opacità. È una conseguenza della realtà della vita umana, sia nel caso del malato (realtà malata, trasparenza ed enigma dell’ammalarsi) sia nel caso del medico (realtà conoscente, potere e limiti del conoscere)³⁴.

Anche nel riconoscere la causa del processo morboso, è dunque importante tener conto dell’individualità personale. Ogni malattia, infatti, presenta un aspetto di *affezione* e di *creazione* personale. L’*affezione* è il modo, cosciente o no, in cui il malato riceve e fa sua la malattia di cui soffre. La sua risposta *alla* malattia in generale o a *una* malattia in particolare è sempre quella di una persona “paziente e reattiva”, che attraverso l’accettazione o la ribellione di fronte a quanto sperimenta può addirittura incidere sul quadro clinico o modificare l’efficacia delle cure. La *creazione* è «la partecipazione originale e creativa del malato alla genesi della malattia e all’elaborazione del quadro clinico»³⁵. L’organismo e la personalità del malato sono, in un certo senso e in certa misura, *co-autori* e *co-attori* della malattia. Per questo, efficacemente, alcune lingue, come il francese, usano il verbo *fare* applicato all’essere affetto da una malattia – *le malade fait sa typhoïde* – sottolineando la componente attiva e reattiva che esiste anche nell’atto del patire.

Qualsiasi tipo di esperienza che l’uomo realizza ha carattere ermeneutico: «ogni relazione umana, si tratti del conoscere o dell’agire, dell’accesso all’arte o dei rapporti fra persone, del sapere

³⁴ ID., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Revista de Occidente, Madrid 1964, p. 396.

³⁵ Ivi, p. 397.

storico e della meditazione metafisica, ha sempre carattere interpretativo»³⁶. Ciò è dovuto all'essenziale storicità dell'esistenza, che costituisce l'orizzonte e la strutturazione fondamentale di ogni comprensione: pur prendendo le distanze da un radicale storicismo, si può affermare che non c'è sapere che sorga al margine della storia, da qui il nesso essenziale che lega la comprensione con l'interpretazione.

Anche al medico che intenda la medicina come arte relazione terapeutica e non come semplice applicazione di conoscenze si richiede, pertanto, un atteggiamento ermeneutico, che è necessaria premessa di quello diagnostico. Si tratta di una particolare forma di comprensione, definita da Gadamer come “esperienza del tu”: «il *tu* non è un oggetto, ma si *rapporta* a noi»³⁷. Questa esperienza di carattere interpersonale, dalla chiara dimensione etica, può realizzarsi a diversi livelli, ciascuno aperto a un grado diverso di prossimità.

Il primo livello è la cosiddetta “conoscenza degli uomini”:

un'esperienza del tu che scorge i tratti tipici del comportamento dei propri simili e su questa base perviene a una previsione del comportamento degli altri. [...] Comprendiamo l'altro allo stesso modo in cui comprendiamo un qualunque altro accadimento tipico entro il nostro campo di esperienza; cioè, sappiamo “che conto fare” di lui. Il suo comportamento ci serve al pari di qualsiasi altro mezzo in vista dei nostri scopi³⁸.

Dal punto di vista della prossimità, questo tipo di relazione non conduce a un'autentica apertura alla realtà dell'altro, ma lo riduce a semplice oggetto di conoscenza, inserendolo in uno schema già noto, che lo rende un mezzo in funzione di un fine. Nel caso del medico, l'attenzione è rivolta alla generalità della malattia e la realtà del malato è un mezzo in vista di una formulazione il più possibile rapida e precisa della diagnosi.

Una seconda forma di esperienza del tu si può definire “dialettica della reciprocità”: senz'altro più adeguata della prima, è quella in cui,

³⁶ L. PAREYSON, *Verità e interpretazione*, Mursia, Milano 1972, p. 53.

³⁷ H. G. GADAMER, *Verità e metodo*, trad. it. di G. Vattimo, Bompiani, Milano 1989, p. 416.

³⁸ *Ibidem*.

però, «la comprensione del tu rimane una forma di riduzione all'io»³⁹. Il rapporto io-tu, infatti, richiede sempre la riflessione, il riconoscimento reciproco:

da qui nasce la possibilità che ognuno dei due interlocutori sopraffaccia riflessivamente l'altro. Egli pretende di conoscere le ragioni dell'altro, anzi di capirlo meglio di quanto egli stesso non si capisca. [...] Viene compreso, il che significa però: anticipato dal punto di vista dell'altro e rinchiuso entro il cerchio della sua riflessione⁴⁰.

In questa neutralizzazione dell'alterità, la distanza si caratterizza come una sorta di “previdenza autoritaria delle necessità altrui”: «nella misura in cui si comprende l'altro e si pretende di conoscerlo, si toglie ogni fondamento alle sue pretese», perché queste vengono anticipate e in tal modo dominate e tenute lontano da sé.

Vi è infine, la modalità più autentica di esperienza del tu, che significa «esperire il tu davvero come tu, cioè saper ascoltare il suo appello e lasciare che ci parli»⁴¹. Essa richiede un'apertura reciproca radicale, che si manifesta nell'atteggiamento di ascolto, fondamentale per stabilire un autentico legame umano.

L'essere legati gli uni agli altri significa sempre, insieme, sapersi ascoltare reciprocamente. Quando due persone si comprendono, ciò non vuol dire che uno dei due “comprende”, cioè domina e trascende, l'altro. Parimenti, ascoltare qualcuno non vuol dire fare ciecamente quel che egli ci dice. Chi si comporta così è piuttosto un succube. L'apertura verso gli altri implica dunque il riconoscimento che io devo lasciare che in me si affermi qualcosa come contrapposto a me, anche quando di fatto non c'è nessuno che lo sostenga contro di me⁴².

Un medico “aperto all'esperienza del tu”, chiedendosi *chi* sia il paziente, prima ancora di chiedersi *quale malattia* abbia, si sforzerà di coltivare quell'atteggiamento di apertura e di ascolto, indispensabile per rapportarsi con un'individualità da comprendere e non

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ivi*, p. 417.

⁴¹ *Ivi*, p. 418.

⁴² *Ibidem*.

semplicemente con un “caso” da trattare. In questo modo, diverrà consapevolmente critico nei confronti del proprio stile relazionale, sapendo che non c’è comprensione senza interpretazione. Perché il colloquio tra medico e paziente non abbia semplicemente il carattere di anamnesi, ma divenga comune intesa, si devono creare le condizioni di un autentico dialogo, che non comporti il trionfo dialettico sull’avversario, ma la condivisione consapevole. Gadamer rinviene in questo atteggiamento, che egli stesso applica anche al medico, un eco del carattere maieutico del dialogo socratico, nel quale Socrate solo in apparenza dirige il discorso:

mediante il dialogo, l’altro è guidato a vedere con i propri occhi, venendosi a trovare nella situazione aporetica di non conoscere più alcuna risposta. La stessa enumerazione degli elementi definitivi comunque non ha il carattere di un insegnamento, o di un tentativo di predominio, come se ormai si sapesse tutto alla perfezione. Il dialogo offre all’interlocutore soltanto la possibilità di risvegliare, senza confondersi nuovamente, la propria attività interiore che il medico chiama “partecipazione”⁴³.

Per costituire una sorta di “amicizia medica”⁴⁴, che non sia la semplice “conoscenza” del paziente e neppure – per utilizzare i termini gadameriani – la “dialettica della reciprocità”, più che il possesso di determinate competenze e tecniche comunicative, necessarie ma non sufficienti, occorre una sensibilità alla relazione con l’altro, che soltanto la coltivazione di sé può rendere possibile. Gadamer precisa che, più che di un metodo, c’è bisogno di una profonda finezza di spirito per realizzare un autentico lavoro ermeneutico, tanto più indispensabile quanto più l’altro polo della relazione risulta distante ed estraneo⁴⁵. Si tratta di quella facoltà che la tradizione più antica definiva *subtilitas*, distinguendola in *subtilitas intelligendi* (il comprendere), *subtilitas explicandi* (lo spiegare) e

⁴³ H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit., pp. 145-146.

⁴⁴ Cfr. P. RICOEUR, *Dialogo con lo psichiatra Y. Pelicier*, in AA.VV, *Il male*, Raffaello Cortina, Milano 2000, pp. 1-14.

⁴⁵ Anche se le considerazioni di Gadamer riguardano fondamentalmente l’ermeneutica testuale e in particolare, nelle righe seguenti, l’ermeneutica biblica, possono essere comunque estese a qualsiasi relazione interpretativa, come lo stesso filosofo chiarisce.

subtilitas applicandi (l'applicare)⁴⁶. Comprensione, spiegazione e applicazione formano un unico atto, nel quale per percepire la concretezza particolare della singola situazione, nel caso del medico, l'individualità del paziente con i suoi bisogni espressi e inespressi, si richiede la capacità di adeguare di volta in volta la modalità dell'approccio terapeutico.

Accanto al necessario rigore scientifico della metodologia clinica, una medicina più attenta alla relazione interpersonale dovrebbe essere in grado di conciliare l'universalità dell'*epistème*, cioè del puro sapere scientifico, con la particolarità della sua applicazione all'interno di una data situazione. L'ambito del sapere medico, infatti, vertendo sull'uomo, si sottrae alla semplice definizione di *scienza* e si avvicina, talvolta in modo molto evidente, a quella di *arte*, pur non appartenendo in senso assoluto a nessuno dei due ambiti. Il filosofo H. Jonas ha osservato che l'arte di curare differisce dalla riparazione di un guasto tecnico, in quanto «non è la semplice applicazione di un univoco sapere su di un univoco materiale per un univoco scopo»⁴⁷. Fin dal primo approccio con il malato, il medico si relaziona con l'individuale, che con la sua unicità e complessità sfugge a qualsiasi inventario analitico. È opportuno, dunque, auspicare per il medico quella virtù che Aristotele riteneva indispensabile in ambito etico: la *phrónesis*⁴⁸, la prudenza o saggezza pratica, per la quale si è in grado di coniugare e di applicare l'universale al particolare e che, senza rendere superfluo il sapere oggettivo, lo innesta direttamente nella concretezza diveniente dell'esistenza umana.

Per questo motivo, una componente importante della professionalità del personale sanitario è la preparazione umanistica,

⁴⁶ Cfr. H. G. GADAMER, *Verità e metodo*, cit., p. 363.

⁴⁷ H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, trad. it. di P. Becchi, Einaudi, Torino 1997, p. 110.

⁴⁸ Per Gadamer, nella *phrónesis* così considerata «confluiscono la diagnosi, la cura, il dialogo e la "partecipazione" del paziente» (H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 146).

che da un lato renda capaci di immaginazione narrativa⁴⁹, indispensabile per entrare in risonanza col vissuto del malato, dall'altro eviti il rischio della semplificazione riduzionista, tipica dell'approccio tecnico alla realtà⁵⁰. È indispensabile, infatti, essere consapevoli della complessità della relazione interpersonale, riflesso della complessità della persona, unità psicosomatica storicamente connotata, un *unicum* dunque, non riducibile né generalizzabile. In questo modo, la cura e le cure – i due *mondi*, quello del medico e quello del malato –, risultano più prossimi, in quanto la semplice reciprocità si trasforma in reciproco riconoscimento, che significa accordare all'altro la dignità che gli spetta. Acquisire una “competenza narrativa”, cercando il filo del racconto del malato, per quanto discontinuo e confuso, sforzandosi di cogliere il senso del suo linguaggio figurato e di immaginare la malattia dalla sua prospettiva, significa da parte del medico riconoscerlo nella sua singolarità⁵¹.

Perché l'incontro tra medico e malato non segua la logica dell'estraneità, diventando un'anonima prestazione all'interno di un sistema costituito da ruoli, occorre che avvenga nella dialettica del riconoscimento reciproco, dalla quale ciascuno dei soggetti in gioco riceva una donazione di senso. Ciò è più evidente per il malato, per il quale il medico è fonte di senso, in quanto da lui è riconosciuto come soggetto di cure e pertanto come *paziente*. Meno evidente è nel caso del medico, che, invece, a ben guardare, è proprio dal paziente che riceve il senso del suo operare. Il medico “ha bisogno” del malato per realizzare non solo la sua professionalità, ma addirittura la sua libertà. Si può scorgere un'analogia con la dialettica hegeliana tra servo e padrone, riflettendo sul fatto che mentre inizialmente il malato

⁴⁹ Cfr. M. NUSSBAUM, *Coltivare l'umanità*, trad. it. di S. Paderni, Carocci, Roma 1999; cfr. anche ID., *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*, trad. it. di R. Falcioni, il Mulino, Bologna 2011.

⁵⁰ Cfr. G. MOTTINI (a cura di), *Medical humanities. Le scienze umane in medicina*, SEU, Roma 1999. Si veda anche: L. ZANNINI, *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

⁵¹ Cfr. R. CHARON, M. M. MONTELLO (a cura di), *Stories Matter: the Role of Narrative in Medical Ethics*, Routledge, New York 2002.

dipende dal medico, che esercita su di lui una sorta di signoria, di fatto si trasforma in un suo *signore*, perché costituisce il fondamento del suo agire. In questo senso, il *docteur Knock*, protagonista della famosa commedia di Jules Romains, che giunto di fresco in un paese di sani, li trasforma tutti in poco tempo in malati bisognosi delle sue cure, mostra in modo paradossale tale esigenza di riconoscimento. Le due soggettività, quella del medico e quella del malato, possono allora emergere solo se sanno gestire consapevolmente questa implicazione reciproca attraverso un reale con-senso sul bene per entrambi. Se c'è dis-conoscimento e non ri-conoscimento, le due parti ne escono menomate. Il medico che evita la prossimità con il malato non può realizzarsi come buon professionista, il malato che intende non essere paziente, ma cliente non può percepire realmente su di sé l'aiuto e la sollecitudine. Invece, nel riconoscimento reciproco, l'*esperienza del tu* diventa *esperienza del noi* e il rapporto tra medico e malato, sebbene segnato da un'asimmetria, si trasforma in uno scambio dove le due parti si beneficiano in pari misura di un dare e ricevere:

quando la sollecitudine va dal più forte al più debole, come nel caso della compassione, è la reciprocità dello scambio e del dono a far sì che il forte riceva dal debole un riconoscimento che diventa l'anima segreta della compassione del forte⁵².

Il “narratore ferito” : una risposta al bisogno di prossimità

La narrazione di malattia può essere considerata anche da una seconda prospettiva, quella del malato che si racconta o del “narratore ferito”, secondo il titolo di un noto saggio di Arthur Frank, docente di Sociologia all'Università di Calgary, in Canada⁵³. Narrare se stessi consente al soggetto una mediazione tra il proprio mondo interiore e il mondo esterno, quello delle azioni e dei fenomeni osservabili, in

⁵² P. RICOEUR, *La persona*, trad. it. di I. Bertolotti, Morcelliana, Brescia 1998², p. 42.

⁵³ A. FRANK, *op. cit.*

modo da recuperare l'unità che la malattia ha disintegrato⁵⁴. Come ha osservato P. Ricoeur, la narrazione, proiettando al di fuori delle esperienze personali e configurandole in una trama, ne rende intellegibile il senso allo stesso soggetto contribuendo a ricomporre l'identità⁵⁵. Occorre, pertanto, «imparare a raccontarsi»⁵⁶, che significa diventare capaci di appropriarsi degli eventi e delle esperienze, passando da ciò che *mi* è accaduto a ciò che *io* ho vissuto, in quanto divenuto parte integrante della mia biografia.

L'intimità, quel nucleo personale che indico col pronome “io”, è la sintesi tra le capacità che possiedo, tra ciò che patisco e ciò che realizzo. Per operare questa sintesi, esiste una gradualità di livelli nel processo di appropriazione, grazie al quale “ciò che mi è estraneo” e “ciò che è in me” passino a diventare “ciò che è mio”⁵⁷, ossia parte della mia identità. Il passaggio dal “ciò che è in me” a “ciò che è mio” può avvenire solo per via di assunzione e di interpretazione⁵⁸. Una malattia non accettata è “in me”, ma non è “mia”: lo diventa solo «se riesco ad incorporarla positivamente alla trama dei miei progetti più propri, in definitiva, alla mia vocazione»⁵⁹. Se, in altri termini, riesco a riconoscerla come un tassello che compone la mia biografia: quindi non un accidente che congela la mia libertà, ma che la orienta in una direzione differente, forse anche più feconda.

Trattando della finalità della narrazione, Ricoeur ha puntualizzato lo stesso concetto, ricorrendo alla dialettica tra ipseità e medesimezza⁶⁰, che esprime la condizione storica dell'essere umano. L'identità *idem*, o medesimezza, che indica la sussistenza immutabile dell'io, grazie alla narrazione si pone in relazione con l'identità *ipse*, o

⁵⁴ Cfr. G. GIRELLI, *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Franco Angeli, Milano 2005, p. 38.

⁵⁵ Cfr. P. RICOEUR, *Percorsi del riconoscimento*, trad. it. di F. Polidori, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005, pp. 117 e ss.

⁵⁶ *Ivi*, p. 118.

⁵⁷ Husserl aveva distinto tra *das mir Eigene*, ciò che è mio proprio e *das mir Fremde*, ciò che mi è estraneo. Cfr. *Cartesianische Meditationen. Eine Einleitung in die Phänomenologie*, Felix Meiner Verlag, Hamburg 1977, p. 97.

⁵⁸ Cfr. P. LAÍN ENTRALGO, *La relacion médico-enfermo*, cit., p. 287.

⁵⁹ *Id.*, *Teoría y realidad del otro*, Revista de Occidente, Madrid 1961, p. 75.

⁶⁰ Cfr. P. RICOEUR, *Sé come un altro*, cit., pp. 231 e ss.

ipseità, che rappresenta il dinamismo del soggetto agente⁶¹. La narrazione mette in luce l'inseparabilità delle due dimensioni e la loro reciproca implicazione: la medesimezza si dispiega nel tempo grazie alle svolte narrative, mentre l'ipseità riesce a non disperdersi nella molteplicità delle esperienze grazie alla trama del racconto. Come risultato, si rafforzano l'autopossesso e la capacità di agire in prima persona, fonte della responsabilità: «ci riconosciamo nelle storie che raccontiamo su noi stessi»⁶².

Raccontarsi, pertanto, non significa ricorrere a un costrutto esplicativo di fronte ad altri e non è neppure un espediente per dare consistenza a un io fluttuante o per unificare un'identità di per sé frammentaria. La narratività, ossia la possibilità di intessere le proprie esperienze in una trama, è, invece, il riflesso dell'unità e della relazionalità dell'io, che ha bisogno di ritrovarsi per autocomprendersi e prendere posizione di fronte a ciò che gli accade⁶³. La malattia rappresenta un caso speciale, in quanto non è solo un'esperienza, ma è anche la condizione di una particolare comunicazione dell'esperienza. Di fronte alla destrutturazione causata dalla malattia, una delle risorse più concrete per reagire è formulare tale esperienza in un racconto, che diventa una delle condizioni per potersene appropriare.

Ciò si verifica sia nel racconto del malato che il medico può incoraggiare e ascoltare per integrare la semplice anamnesi, sia nella narrazione letteraria in chiave autobiografica che, seppure in parte trasfigurata – ad esempio l'*incipit* narrativo, come osserva Ricoeur, non coincide mai con l'inizio cronologico⁶⁴ – riflette la realtà di un'esistenza alla ricerca di un'armonia in cui integrare le dissonanze temporali e valoriali prodotte dalla crisi. Sono sempre più frequenti gli esempi letterari di *patoautobiografie*, narrazioni di malattia in prima persona, che mostrano questo bisogno di recuperare un'unità dispersa: «Scrivere sì – osserva Gina Lagorio – è il mio unico modo per

⁶¹ Cfr. ID., *Percorsi del riconoscimento*, cit., p. 119.

⁶² Cfr. ID., *Tempo e racconto*, trad. it. di G. Grampa, Jaca Book, Milano 1986, p. 214.

⁶³ Cfr. A. MACINTYRE, *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, trad. it. di P. Capriolo, Feltrinelli, Milano 1981, p. 261.

⁶⁴ Cfr. P. RICOEUR, *Sé come un altro*, cit., p. 225.

sentirmi viva. E anche scrivere qualcosa di privato, da lasciare dietro di me, come i segnali di Pollicino»⁶⁵.

A. Frank ha proposto tre tipologie di narrazione di malattia, che rispondono a tre diversi gradi di rielaborazione dell'esperienza⁶⁶: la narrazione "di restituzione" (*the restitution narrative*) in cui il malato racconta *ex post*, illustrando il passaggio dalla malattia alla salute; la narrazione "di caos" (*the chaos narrative*) che mostra la destrutturazione e la condizione di impotenza e di fragilità causata dal male; la narrazione "di ricerca" (*the quest narrative*), dove la malattia diviene una risorsa e una sfida al cambiamento personale. Possiamo riconoscere queste tipologie tanto nei racconti che emergono durante la pratica clinica, quanto nelle narrazioni letterarie e infine negli stessi dialoghi che possono sorgere tra i malati in una sala d'attesa o in una stanza d'ospedale.

La prima tipologia, la più ordinaria, si svolge attorno ai tre poli rappresentati dalla condizione iniziale di salute, dalla perdita a causa della malattia e dal recupero della salute. La seconda si può qualificare come *anti-narrazione*⁶⁷: disarticolata e priva di coerenza, rimane il più delle volte incompiuta e inascoltata. La temporalità, al passato remoto o all'imperfetto, fa emergere la categoria della frattura biografica, per la quale nulla sarà più come prima. La malattia, come la definisce Gina Lagorio, risulta come «un colpo netto, una frustata secca, un proiettile nel buio»⁶⁸ che capovolge l'esistenza: «un ictus arriva e ti segna; per come eri e come sarai: non sarai mai più quello di prima»⁶⁹.

Con ragione Frank ritiene che la *chaos narrative* non sia una vera e propria narrazione, ma piuttosto una sorta di lamento o di denuncia. Infatti, nel momento stesso in cui ci si narra, si è già compiuto un passo verso il superamento del *caos*, giacché per riorganizzare in una sequenza temporale le proprie esperienze secondo un prima e un dopo, il soggetto deve aver scoperto un ordine, seppure ancora incipiente e sta uscendo da sé in cerca di interlocutori. Per questo motivo, la

⁶⁵ G. LAGORIO, *op. cit.*, p. 33.

⁶⁶ Cfr. A. FRANK, *op. cit.*, pp. 96 e ss.

⁶⁷ Cfr. *Ivi*, p. 98.

⁶⁸ G. LAGORIO, *op. cit.*, p. 12.

⁶⁹ *Ibidem*.

tipologia più ricorrente nelle narrazioni letterarie è quella “di ricerca”, nella quale la malattia, riconosciuta come un appello alla libertà, acquista forma morale. Essa è diventata narrabile, perché ne è emerso il significato nel movimento dell’esistenza verso un *télos*, uno scopo che le conferisce unità⁷⁰. Se la capacità di azione morale – e quindi la responsabilità – richiede da un lato autocomprensione, ossia pensarsi come un soggetto e dall’altro la conoscenza del fine, l’atto di narrarsi ne è la premessa indispensabile⁷¹. E anche leggere o ascoltare narrazioni ha una funzione pedagogica insostituibile. La lettura di *patoautobiografie* può in molti casi favorire nel malato una consapevolezza maggiore e una sorta di catarsi, grazie all’eco che i suoi vissuti ritrovano nella letteratura poetica, narrativa e drammatica. Inoltre, il distanziamento operato dal racconto permette di guardare alle situazioni in cui si è coinvolti da una prospettiva diversa e dunque di giudicarle come quelle di un altro, formulando un giudizio alla luce di categorie etiche.

Narrare, leggere e ascoltare storie formano così un *continuum* che lega assieme in un debito reciproco chi racconta – a voce o per iscritto – e chi ascolta, contribuendo alla crescita di entrambi. Tuttavia, sarebbe riduttivo pensare che la pratica di un ascolto attento della storia del malato sia compito solo del medico o del personale sanitario. È un gesto di cura che chiunque – familiare, amico – voglia davvero *farsi prossimo* di chi soffre dovrebbe favorire e incoraggiare. Troppo spesso si esige dal personale sanitario quello che neppure chi è vicino è capace di dare, in termini di attenzione e di premure. La fretta, l’accelerazione crescente dei ritmi quotidiani, la sempre maggiore incapacità di sosta e di silenzio sono un ostacolo imponente all’ascolto. Il risultato è la richiesta a livello di prestazione professionale anche di una serie di comportamenti che in passato

⁷⁰ Cfr. A. MACINTYRE, *Dopo la virtù*, cit, p. 261.

⁷¹ Osserva MacIntyre: «Essere il tema di una narrazione che va dalla nascita alla morte significa [...] essere responsabile delle proprie azioni e delle esperienze che compongono una vita narrabile. Significa cioè essere pronti a soddisfare la richiesta di una spiegazione su ciò che abbiamo fatto, che ci è accaduto o di cui siamo testimoni in qualsiasi momento della nostra vita anteriore a quello in cui ci viene posta la domanda» (ivi, p. 260).

erano spontaneamente assicurati in famiglia o nelle reti amicali. Occorre, pertanto, coltivare una sensibilità nei confronti dell'esistenza fragile, che non si alimenti di teorie, ma si traduca in una dedizione reale di tempo e in una vicinanza affettivamente calda. Frank osserva: «La tragedia non è la morte, ma l'aver terminato la propria storia prima che la vita sia finita»⁷². Prendersi davvero cura di un malato significa accordargli il diritto a formulare e a narrare la sua storia: è il più autentico gesto di riconoscimento.

⁷² «The tragedy is not death, but having the self-history end before the life is over». A. FRANK, *op. cit.*, p. 96.

