

Verso una nuova etica e pratica della cura. Prospettive oltre la crisi contemporanea

di Marco Ingrosso

Docente di Sociologia della Salute e della Cura, Università di Ferrara

1. Processi di cura e vita sociale

Ogni essere umano ha bisogno di (molta) cura nel corso della sua vita e ha bisogno che altri si prendano cura di lui. Ma ha bisogno egli stesso di prendersi cura di sé, se ne ha maturato la capacità e la consapevolezza. Reciprocamente, molti altri, vicino a lui, si aspettano che egli sappia e voglia prendersi cura di loro, sia nel quotidiano sia, talvolta, nelle situazioni di crisi e rottura del quotidiano, come quelle di malattia e incidentalità.

Il bisogno di cura emerge dalla strutturale incompiutezza ed evolutività dell'essere umano a partire dal suo venire al mondo e per molti anni nel corso della sua crescita. Inoltre, varie malattie e inabilità minacciano la sua vita in tutto il suo scorrere; infine un lento o accelerato declino del suo equilibrio psico-fisico e delle sue capacità si instaura in un terzo periodo della sua vita denominato vecchiaia. Solitamente la vita adulta si identifica con la capacità di prendersi cura di sé, ossia di mantenere degli equilibri vitali e delle buone condizioni di vita, e di prendersi cura delle generazioni più giovani e più anziane, ma anche di coloro con cui si condividono relazioni di reciprocità e prossimità.

Per tali ragioni, si può affermare che le relazioni e i processi di cura siano una "costante antropologica" su cui si basa la sopravvivenza non solo del singolo, ma anche del gruppo sociale: essi costituiscono una delle ragioni fondamentali della sua coesione e organizzazione. La "buona cura" è poi solitamente importante in termini ideali e religiosi sia in quanto un gruppo sociale ne riconosce la rilevanza e indispensabilità sia per le minacce che costantemente incombono sulla vita personale e collettiva che inducono all'affidamento a forze e figure protettrici superiori capaci di soccorrere nel momento del bisogno. Possiamo dunque parlare di un *immaginario della cura* che evidenzia la rilevanza che questo arco di pratiche e processi riveste in una determinata situazione sociale.

L'azione di cura implica un impiego di tempo e capacità verso altri, quindi un *sacrificio di sé*, che richiede un'adeguata motivazione affettiva o di scambio per essere erogata. Per questo il suo ambito privilegiato è stato, già nelle società antiche, quello delle relazioni primarie, familiari, parentali, comunitarie, contraddistinto da scambi affettivi intensi e reciproci, spesso sostenuti da codici etici e costumi culturalmente condivisi che affondavano le loro radici negli stessi miti generatori del gruppo umano di appartenenza.

L'esigenza di "sacralizzazione" delle relazioni di cura è stata avvertita in varie epoche e situazioni sociali, dato il forte legame di queste cure con la sopravvivenza, la salute, il benessere propri e della propria discendenza. Il legame di sangue (matrimoniale e parentale) è stato quello più caricato di questo significato sacrale e

inviolabile al fine di minimizzare il rischio della mancanza di cure, sempre potenzialmente minacciante la vita personale, ma anche quello della mancanza di *qualità* delle attività di cura, ossia del disinteresse, inadeguatezza, non disponibilità al sacrificio di sé per l'altro. Per questo le virtù materne, la previdenza del buon padre di famiglia, la gratitudine del figlio nei confronti dei genitori anziani sono generalmente stati esaltati nelle società antiche e tradizionali per contenere le derive minacciose dell'instabilità, dell'abbandono, della rottura dei legami.

Tali minacce, tuttavia, in molti casi diventavano realtà per una quota più o meno ampia di popolazione in ragione di lutti, malattie e inabilità permanenti, abbandoni, solitudini, guerre, trasferimenti e quant'altro. Di qui l'esigenza, gradualmente emersa, di motivare un aiuto non più fondato sui soli legami di sangue ma su quelli di solidarietà e coesione di gruppo o su principi universali o sulla formazione di liberi rapporti interpersonali di co-implicazione (col vicino, il prossimo, l'amico). Una cura - quest'ultima - originata dall'immedesimazione con l'altro nel contatto diretto e dalla responsabilizzazione verso di lui, in cui l'altro diventa "caro", riconosciuto, nonostante non esistano fra le due parti vincoli parentali pre-esistenti.

La necessità di interventi fuori dall'ordinario e dal quotidiano, che mettevano in gioco e in connessione diversi mondi e livelli di realtà, ha motivato ben presto la creazione di figure sociali extra-familiari particolarmente abili e specializzate nel ricreare ordine dove entrava il caos della malattia o del cambiamento di stato. Di qui le varie figure di "sapiente", taumaturgo, applicatore esperto di saperi di cura che, in forme diverse, sono sorte e si sono diffuse nei gruppi umani: nelle modalità sacromisteriche dello *sciamanesimo*, nelle forme del *guaritore* delle medicine popolari, in quelle esperienziali delle *femmes sages* aiutanti delle madri nei parti e nell'allevamento o dei *cerusici* esperti di ferite e amputazioni, e, infine, in quelle del *medico*, consulente di benessere e abile nell'arte pratica del trovare rimedi al male.

Col termine "cura" vogliamo qui intendere una forma di *sollecitudine verso l'altro* (utilizzando un concetto avanzato da Ricoeur, 1990) che lo porta ad occuparsi di alcune sue rilevanti necessità: la nutrizione, l'accudimento, l'educazione, l'ambiente di vita, la sicurezza, la terapia. In questo senso, dobbiamo parlare del "curare" come frutto di una relazione sociale che si stabilisce fra persone curanti (eventualmente parte di organizzazioni dedicate) e soggetti curati, ossia persone che ne chiedono e accettano l'opera di aiuto. Relazione e motivazione sono i due elementi fissi della cura pur nel mutare dei contenuti.

L'articolazione della vita sociale ha portato a divisioni di compiti e specializzazioni delle varie forme e relazioni di cura col rischio di oscurare gli aspetti fondamentali della "costante antropologica" della cura, ossia la radice reciproco-sociale e motivazionale della "sollecitudine" e la sua dimensione sistemico-olistica, ossia l'esigenza di raccordo fra le varie forme e i vari addetti. Infatti, allorché vengono a mancare le ragioni collettive e relazionali della sollecitudine, la cura può degenerare in abbandono e indifferenza, ma anche in vera e propria costrizione e accanimento, mentre la mancanza di raccordo fra cura assistenziale e cura terapeutica, per fare un esempio attuale, porta ad un senso di espropriazione ed estraneazione dalla "propria" cura, dovuto ad un tecnicismo fine a se stesso, che non facilita certo il possibile percorso di guarigione.

2. Le trasformazioni della cura

Dagli dei arcaici ai miti classici

Paradossalmente, ma non troppo, non disponiamo di una storia della cura. Abbiamo piuttosto delle ricostruzioni delle norme familiari o della vita domestica che danno alcune indicazioni in merito. Abbiamo altresì delle ricostruzioni piuttosto accurate del pensiero religioso e dei costumi delle società del passato (almeno di quelle più studiate e documentate). Più recentemente delle storie del pensiero e dell'intervento medico, anche se molte di queste insistono piuttosto sulle scoperte tecniche e sull'avvento del paradigma biomedico moderno piuttosto che sulla connessione fra relazione sociale di cura e capacità tecnica di intervento (per un abbozzo di ricostruzione si v. Ingrosso, 2010 e 2016). In effetti la cura è spesso sembrata una forma di attività minore, femminile o di servizio, a cui ben pochi filosofi e intellettuali hanno prestato attenzione, tranne che in periodi di calamità.

Nel periodo proto-storico, secondo studiosi come Dumézil (1968), Benveniste (1969), Gimbutas (1989) e altri, la Grande Dea Madre fa parte delle *triadi divine* dei popoli indo-europei: essa è una dispensatrice di fecondità, abbondanza e cura. La combinazione di caratteri maschili e femminili si ritrova poi in molte raffigurazioni sia nell'area indiana, sia in quella europea, a partire dal *simbolo dinergico* (la doppia elica attorcigliata simbolo del dio greco Hermes come della dea indiana Shiva che oggi si ritrova nella simbologia medico-farmacologica).

Nelle popolazioni nomadi semitiche sembra prevalere la figura del dio conquistatore e legislatore (Siria, Israele), ma non mancano rappresentazioni materne dell'humus primordiale e della cura dell'uomo nascente.

Nella classicità greco-romana la cura è soprattutto una virtù e funzione domestica. Tuttavia nel mondo greco si ha un interesse prima filosofico e poi teorico-pratico per l'arte medica, rappresentato dalla scuola di Ippocrate e insieme dalla figura mitica di Asclepio, mentre nel mondo romano solo in modo limitato si hanno interventi paragonabili. Sembra che solo nel terzo secolo sorga a Roma un ospedale sull'isola Tiberina che importa le due principali linee di intervento terapeutico greche. Anche nel mondo romano vi sono tuttavia dee protettrici della fecondità, abbondanza e cura come le Vestali e Fauna, ma soprattutto la creazione di un mito di Cura riportato da Higynus nel *Liber Fabularum* (II sec. d.C). Tale racconto evidenzia la preminenza della figura femminile nella formazione del corpo umano e nella sua cura, ma anche il ruolo del Dio generatore, che dà il proprio seme-spirito su invito di Cura, ma impedisce ad essa di attribuirsi il possesso dell'essere generato. Entra in scena invece un *tertium* - la Terra - a cui ambedue devono cedere la primazia del nome (humus-uomo), grazie ad un giudice (Saturno) che assicura la giusta ripartizione di compiti e meriti.

Tale racconto sembra indicare la necessità di restaurare un certo equilibrio fra principi che non sono opposti ma complementari e degni di adeguata considerazione. In generale, nel mondo antico il bisogno di assicurare la diffusione e la certezza della cura è affidata alla forza del *mito*, inteso come racconto archetipico di un evento fondativo, accaduto in un tempo primordiale e originario, in cui si è generato ciò che si riproduce nei tempi successivi (Eliade, 1963).

Oltre che per questa fondazione mitico-sacrale della cura, il mondo classico può essere ricordato per la genesi di un filone inedito: quello della “cura sui”, autorevolmente messa in luce da una famosa opera di Foucault (1984), che si esprime attraverso la ricerca di *valetudo* fisica unita alla saggezza filosofico-morale. Questo filone si approfondisce nel periodo romano, nel quale si colloca la massima di Giovenale (II sec. d.C.) “mens sana in corpore sano” [*Saturae*, X, 356] che riflette l’esigenza di accompagnare l’esercizio del coraggio e dell’abilità militare con l’adesione alle virtù civiche e morali della cittadinanza romana. Ovviamente la cura di sé è riservata ad una ristretta élite aristocratica, essa tuttavia evidenzia la comparsa di un pensiero filosofico-olista sulla cura adulta che si differenzia da quella materna-genitoriale di tipo archetipo.

La Cristianizzazione e l’Età di Mezzo

La crisi e caduta dell’Impero romano apre la strada ad un lungo periodo di crisi sociale che trova una faticosa sistemazione teologica, sociale e culturale nell’ambito del cristianesimo, nei secoli successivi. Bisogna giungere tuttavia intorno all’inizio del XIII secolo per assistere al sorgere di movimenti rinnovatori del Regime di Cristianità: figure come quelle di Francesco d’Assisi, Antonio da Padova, Bernardo da Chiaravalle (autore della riforma monastica, in particolare dei Cistercensi), così come movimenti spirituali fraterni (Beghine, Fraticelli, Servi di Maria, Fratelli della vita comune, ecc.) imprimono nuove direzioni evolutive. È grazie a queste correnti che si afferma una nuova concezione della cura fra *fratres*, con l’avvio di centri di ospitalità e *hospitali* rivolti a viandanti, poveri, marginali. Anche l’uomo comune è invitato ad aggregarsi in Confraternite che vogliono attuare le opere di misericordia.

Si diffonde parallelamente il culto della Madre, che ha generato il Figlio di Dio, che diventa la Grande Protettrice e Mediatrice popolare, Patrona dei nuovi Comuni. Anche gli uomini, sulla spinta del rinnovamento religioso ma anche delle nuove virtù civiche comunali, assumono la necessità di prestare aiuto nella vita quotidiana e “prendersi cura” della vita collettiva, anche se resta alla donna il carico maggiore nella quotidianità familiare. Nelle nascenti *Universitas e Studium* si avvia l’accumulo del sapere erboristico-terapeutico e di quello medico, nonché la sua trasmissione in forma organizzata, legittimando una nuova professione intellettuale che prende le distanze dall’empirismo precedente.

Si può quindi affermare che nell’età di mezzo, per la prima volta, la cura assume le forme del *materno* (capacità generativa e protettiva), del *paterno* (sapere ordinativo e guaritivo) e del *fraterno* (ospitalità curante) avviando un’articolazione inedita delle figure preposte e delle modalità di intervento.

Laicizzazione e professionalizzazione della cura

Il periodo che va dal quattrocento al settecento vede lo sviluppo di una visione umanistica e poi illuministica dell’uomo e della natura, sancita dalla cesura metodologica cartesiana fra anima e corpo. Si realizza una convivenza e talvolta una contrapposizione fra principi religiosi e principi filosofico-razionali, i primi fondati nel mondo domestico, che continua ad assicurare la cura quotidiana, ma sarà sempre più

esposto agli effetti del pauperismo delle campagne e a quello incipiente dell'industrializzazione, il secondo nel campo della scienza nascente e delle professioni.

È in questa fase che si crea una profonda scissione di premesse fra la cura tecnico-professionale, il cui archetipo diventa il Medico formato nelle Scuole e nelle Università - rispondente al Principio di Ragione e ad una visione naturalistica della vita biologica - e la cura quotidiana a carico di donne non scolarizzate, operata nell'ignoranza delle basi igieniche e gravata dalle credenze religiose nei santi guaritori e nei miracoli mediati dalla Madre di Dio. Sarà soprattutto la medicina popolare, che mette insieme conoscenze empiriche e ritualità religiose, diffusa nelle campagne e nei ceti popolari, a diventare l'oggetto polemico della nuova medicina in formazione.

La modernità è tuttavia anche il tempo di una profonda riforma dell'ordinamento politico basata sulla nuova figura del "cittadino" titolare di potestà e diritti. La triade rivoluzionaria del 1789 - *Liberté, Égalité, Fraternité* -, ha ispirato i movimenti politici moderni, ma anche la cultura diffusa, generando le Grandi Narrazioni liberali sui diritti individuali e quelle socialiste sull'eguaglianza e l'emancipazione collettiva, in attesa di una sorta di epilogo della storia in una futura Età dell'Oro. Tali movimenti di idee hanno dovuto tuttavia fare i conti con la potente spinta che l'industrializzazione, l'urbanizzazione e il modo di produzione capitalista hanno impresso a tutto il quadro sociale, sconvolgendo il mondo contadino e le solidarietà familiari preesistenti.

È soprattutto a partire dall'ottocento che si diffondono varie attività e professioni di *care* - in campo sanitario, assistenziale, educativo - in parallelo allo strutturarsi di una protezione sociale che sempre più prende le forme istituzionalizzate della donazione e della mutualità prima, dell'intervento comunale e statale poi. Il nuovo lavoro di *care*, assume modalità dapprima informali e successivamente semi-professionali. Nel campo sanitario è a partire soprattutto dalla ricerca sulle specificità della pratica e del sapere infermieristico, avviato dalla Nightingale alla metà dell'800, che si manifesta una prima articolazione delle figure di cura.

È in questo secolo, com'è noto, che vengono fatte scoperte mediche rilevanti che trovano applicazione clinica e preventiva, come gli studi di Pasteur e di Koch sui batteri capaci di originare alcune gravi malattie infettive, l'avvio della vaccinazione antivaaiolosa di Jenner, le sistemazioni teoriche di Claude Bernard e di Rudolf Virchow. La medicina nell'ottocento fa quindi un balzo notevole raggiungendo un prestigio sociale e culturale mai goduto in precedenza. Tuttavia la rigidità dei suoi orientamenti, di marca positivista, portano ad una situazione di forte asimmetria nei nuovi setting di cura ospedaliera, come testimonia la vicenda di I. P. Semmelweis [1818-1865], il quale, pur avendo correttamente riconosciuto l'origine settica della febbre puerperale trasmessa dai chirurghi, viene aspramente combattuto dai colleghi fino alla sua emarginazione.

In sintesi si può affermare che il lascito moderno sia profondamente ambivalente relativamente al campo della cura: per un verso esso sviluppa risultati rilevanti di conoscenza che in parte si traducono in migliori possibilità di guarigione. Si sviluppano figure dedicate, ma fortemente gerarchizzate a quelle del medico (e, per molto tempo, anche al mondo religioso che continua a mantenere una presenza rilevante in campo sanitario, ma non tanto in termini fraterni quanto piuttosto di autorità e controllo). Per contro, la cura familiare, assistenziale ed empirica rimane residuale e separata dal

trend scientifico-professionale dominante portando ad una profonda frattura fra ambienti e attori di cura, ad una scissione fra cura accuditiva e cura terapeutica, ad una deriva tecnicista degli interventi sanitari e ad una involuzione devozionale della cultura popolare religiosa.

3. La crisi della cura nella modernità liquida

È soprattutto nella tarda modernità, nella seconda parte del XX secolo, che gli interventi sanitari assumono una forma estesa e sistematica, generalmente organizzata attraverso dei Sistemi Sanitari Nazionali o altre forme di organizzazione collettiva. La Medicina si articola e si specializza, seguita da diverse professioni sanitarie che occupano spazi tecnici e di *care* generati da questa crescita qualitativa.

Tale strutturazione, tuttavia, anche per le modalità di sviluppo della “medicina delle evidenze”, tende ad una cura sempre più protocollare e standardizzata, ad una continua differenziazione fra “centri di eccellenza” e servizi di routine, ad una gerarchizzazione interna alla medicina e al settore sanitario. Tanto più che, in campo politico, diventano egemoni le opzioni neo-liberiste fondate sulla concorrenza per l’accaparramento delle risorse e la concentrazione in centri di alta tecnologia e prestigio.

Ad un’etica della cura pubblica egualitaria e diffusa si sostituisce una visione elitaria della cura come consumo di lusso e un orientamento utilitarista che giustifica la spesa pubblica solo se i risultati immediati prevedibili sono superiori alle spese sostenute. Gli investimenti pubblici diventano così sempre più ridotti e incerti, anche al fine di colpire gli “sprechi” diffusi che le dirigenze tecnico-politiche hanno prodotto nei sistemi sanitari collettivi. Gli investimenti nella cura vengono quindi sottoposti ad un severo regime di restrizione che privilegia le ragioni economiche a quelle di sanità e benessere. Vi è un’attenta selezione degli “aventi diritto” e delle prestazioni che vengono ridotte all’essenziale medico-interventistico con limitati interventi di *care* e ancora più scarsi di tipo preventivo e riabilitativo.

Per contro, la struttura della popolazione, con una crescita delle fasce più anziane, e con l’avvento di un quadro epidemiologico sempre più segnato da malesseri sociali e mentali (Ingrosso, 2003), richiede interventi di cura complessi ed estesi che solo limitatamente vengono supportati dai servizi istituzionali. Nella “modernità liquida” contemporanea (per usare la celebre espressione di Bauman) si crea, quindi, un rilevante *vuoto di cura*, che si manifesta in termini di disagi, marginalità sociali, forti appesantimenti nelle convivenze familiari, bisogni non recepiti, mancanza di investimenti e servizi adeguati. Un vuoto di cura, coperto, in parte, con il ricorso a lavoratori immigrati (le famose “badanti”), con pagamenti diretti di servizi, ma anche con la limitazione del ricorso a farmaci, cure dentistiche, servizi assistenziali, counseling psico-sociale e quant’altro sarebbe utile e necessario al superamento del malessere e di altre affezioni cronicizzanti (Léon, 2014).

Il deficit di cura non dipende solo da una scarsità di risorse - indubbiamente aggravata dalla “Grande Contrazione” (Magatti, 2012) che si sviluppa nel mondo occidentale a partire dal 2007/8 - ma anche da un immaginario diffuso in ampie fasce

di popolazione che si manifesta talora in termini di *individualizzazione* ed *edonismo* (soprattutto nelle fasi espansive delle globalizzazione), talaltra di *timore e contrapposizione difensiva* (in particolare di fronte ai fenomeni migratori e all'arrivo dei profughi da varie parti del mondo). Il clima sociale è contraddistinto da profondi e diffusi fenomeni di sfiducia sociale e politica, di avversione verso gruppi etnici neoarrivati, di rancore verso altrui presunti ingiusti privilegi che accentuano quel "paritarismo conflittuale" di corto respiro che impedisce di trovare orientamenti condivisi e di produrre investimenti in nuove direzioni.

È in questa palude virulenta che la cura diventa un bisogno insoddisfatto per molti, ma anche un luogo di oblio o di rancori per altri. La sollecitudine residua e libera verso altri (ad esempio nel volontariato) diventa allora un luogo di sospetti sulle vere ragioni di chi la compie, mentre si assiste ad un lamento diffuso su ciò che non si è avuto, ma anche ad una critica invidiosa a chi è stato curato senza (adeguato) merito.

Nel complesso, solo alcune voci si levano ad indicare il rilevante lavoro di riforma che dovrebbe e potrebbe essere svolto, modificando assetti obsoleti e investendo in nuove direzioni culturali ma anche in risorse umane ed economiche. Non si tratta tuttavia di posizioni che abbiano facile ascolto sia per gli interessi che vanno a toccare sia perché la coalizione dei "no" rancorosi e risentiti costruisce un muro apparentemente invalicabile.

Ci si trova quindi in una forte crisi etico-motivazionale della cura che aggrava e cronicizza il vuoto di interventi originatosi nella fase espansiva di carattere tecno-narcisista (che combina visione consumista di breve termine con una ideologia tecnicista che affida alle tecnologie la risoluzione di ogni problema personale e sociale), come ha evidenziato Magatti (2012).

4. Problemi aperti e opportunità di una società fraterna

I rapporti di cura nella società contemporanea, come si è visto, tendono a configurarsi in termini di libertà mercantile di scelta e di disponibilità di aggiornate tecnologie e alte specializzazioni. Tuttavia questi orientamenti risultano complessivamente inadeguati sotto molti aspetti:

- a. in primo luogo, non affrontano quel vuoto di cura diffuso che mette a dura prova molte convivenze familiari e molti soggetti; per molti aspetti, anzi, questa posizione tende ad aggravare le ineguaglianze e le carenze in molti settori socio-sanitari; in particolare le organizzazioni sanitarie e i loro operatori sono sotto stress per le continue razionalizzazioni e proceduralizzazioni organizzative, mentre cresce una domanda insoddisfatta che non trova adeguati interlocutori e risposte;
- b. in secondo luogo, l'esperienza della cura risulta spesso insoddisfacente sul piano relazionale e comunicativo, dato che queste dimensioni vengono trascurate dall'organizzazione sanitaria e professionale sostituendole, al più, con misure "alberghiere"; inoltre, i soggetti post-moderni tendono a raccogliere maggiori informazioni e a richiedere di essere maggiormente coinvolti nei propri percorsi di cura: tuttavia questo può generare parecchi equivoci comunicativi e può portare ad una maggiore conflittualità (latente o esplicita) invece che ad una

- fruttuosa cooperazione, in mancanza di adeguati climi organizzativi e di una formazione specifica del personale;
- c. in terzo luogo, i percorsi di cura risultano spesso frammentati e destrutturati; essi procedono per comparti a se stanti senza una continuità e visione d'insieme; soprattutto essi solo in pochi casi tengono in conto dell'utile e necessaria cooperazione fra le varie forme e i vari attori della cura, comprese le varie professioni, portate più a dividersi competitivamente il lavoro piuttosto che a collaborare in sistemi di cura integrati;
 - d. si può aggiungere, inoltre, che la cultura di salute della popolazione risulta abbastanza contraddittoria e carente: infatti i messaggi dominanti mettono l'accento sull'estetica corporea, ma anche su un'ampia libertà di consumo piacevole. Per contro viene a mancare un'educazione alla salute sistematica durante il percorso formativo e successivamente (in virtù del disinvestimento avutosi negli ultimi decenni), mentre i discorsi di stampo preventivo mettono l'accento sui "comportamenti sani" (nutrizionali e ginnici) suggeriti dagli esperti piuttosto che su una graduale capacità di cura di sé. Manca quindi un'adeguata educazione promozionale della salute e un'educazione alla cura (Ingrosso, 2011; 2016) che si sviluppi nel corso della vita affrontando le varie situazioni che interessano il soggetto grazie ad una crescente e consapevole *self-care* e un contributo personale ad affrontare i percorsi di cura più difficili e di lungo periodo.

Per queste ragioni, si rende necessario un profondo ripensamento tanto culturale quanto organizzativo del campo della cura che affronti, da una parte, quelle *fratture della cura* ereditate dalla modernità e non ancora ricomposte, mentre, dall'altra, sia in grado di sanare *la crisi etico-motivazionale e il vuoto di cura* che contraddistinguono la società contemporanea. Si tratta ovviamente di orientamenti di lungo periodo che tuttavia la Grande Contrazione contemporanea concorre a mettere ancora maggiormente in evidenza.

È per questo motivo che, negli ultimi decenni e in modo crescente, si sono levate autorevoli voci che hanno stimolato a ripensare radicalmente tutto il discorso sulla cura e a trovare nuove strade organizzative, tecniche e professionali. Potremmo definirli i "cercatori della cura" e molti di essi si sono posti nella prospettiva di una società fraterna e ecologica, attenta alla salute e alla dignità umana.

La prospettiva di una società fraterna è in stretta correlazione con "la nuova cura" in quanto, pur perdurando delle forme "paterne" di cura (sinonimo di responsabilità nella custodia, di capacità di intervento efficace, di regolazione) e pur mantenendo il "materno" (accudimento, protezione, vicinanza affettiva, ecc.) un indubbio valore di riferimento nella *care*, tuttavia i rapporti sociali sembrano propendere per una società fra pari, con limitate autorità predefinite. L'aiuto non è tanto visto come una donazione asimmetrica (come nel filantropismo o nella transazione pubblico-privato), ma piuttosto come uno scambio reciproco e simmetrico da regolare nel complesso delle transazioni sociali.

Attualmente, tuttavia, come detto, il paritarismo si risolve in competizione, sfiducia rancorosa, utilitarismo di breve termine. La fraternità è invece la possibilità di fare un investimento fiduciario nell'Altro, che già di per sé crea un ambiente più umano e favorevole, ed ha maggiori probabilità di reciprocare nel momento in cui questa

cultura si estende a vasti ambienti sociali. Inoltre, un modo fraterno di cura può chiudere i conti col paternalismo autoritario della medicina moderna, ma anche con l'indulgenza protezionistica degli ambienti domestici, a favore di una responsabilizzazione graduata alle effettive capacità e potenzialità. In questo senso, i modi fraterni della cura vanno corroborati con un deciso investimento nella *self-care* (la terza forma fondamentale della cura).

La cura di sé va distinta nettamente dal narcisismo contemporaneo: si tratta di diventare più preparati e responsabili verso sé stessi, ma anche verso l'ambiente e chi lo abita, così come verso di altri vicini. In generale si tratta di sviluppare una percezione e sensibilità verso le necessità di cura che ci interpellano, sia promuovendo il benessere sia contrastando il malessere (Ingrosso, 2011). In questa direzione si possono cogliere i segnali che vengono dalle tante sottolineature che giungono in direzione della cittadinanza competente, dell'empowerment nei luoghi di cura, delle capacità di coping e resilienza dimostrati da molti durante i percorsi terapeutici, delle richieste di ascolto e comunicazione che emergono nei confronti delle professioni sanitarie e via dicendo.

La capacità di esercitare una libertà responsabile, di rispettare i diritti e la dignità altrui, di essere parte della cura che altri mi prestano, di sentirsi parte nella costruzione del bene comune sono tutti elementi di una diversa *etica della cura* da elaborare sia nello scenario pubblico-collettivo, ma anche sul piano personale e interpersonale. Per certi aspetti, si può parlare dell'incubazione di un nuovo complesso di relazioni di cura che emerge fra i canneti della palude contemporanea (se si vuole continuare nella metafora sopra enunciata), allorché si sviluppino richieste ed esperienze che provano a mutare il quadro di riferimento e ad innovare molti degli asfittici percorsi di cura odierni.

5.1 cercatori della cura

Il filone filosofico

Uno fra i primi filosofi ad occuparsi di cura è stato Heidegger (1927) negli anni venti del novecento. Per questo autore, l'essere al mondo comporta ontologicamente un prendersi cura del mondo. Vi è così bisogno che la cultura e l'educazione formino a questo dato costitutivo dell'umano, così come in passato i miti di cura (in particolare quello elaborato da Higynus) rendevano palese per tutti la primarietà della cura nella genesi del mondo e dell'uomo. Il suo contributo è stato riscoperto negli anni settanta, nel momento in cui è riapparsa una sensibilità presso alcuni ambienti intellettuali su questo tema.

Fra gli autori che hanno particolarmente contribuito ad una visione fraterno-relazionale basata sull'incontro con l'Altro troviamo Emmanuel Lévinas (1972) e Paul Ricour (1990). Il primo evidenzia l'imprescindibilità dell'incontro con l'Altro nel mondo contemporaneo (anticipando molte discussioni sull'immigrazione in Europa). L'Altro è portatore di una differenza irriducibile che non può essere mai pienamente assimilata, ma solo rispettata nella sua differenza che non deve però diventare separazione, ma prossimità.

Per Ricoeur (molto vicino al pensiero personalista di Mounier), invece, vi è bisogno dell'Altro per avere un reciproco riconoscimento. Egli, come già accennato, vede nella *sollecitudine* un comportamento necessario in quanto è da questa che emerge la consapevolezza di sé (e la cura di sé), ma anche una dialettica e dialogale stima dell'altro. Il volto dell'altro invoca un rispondere, una responsabilità che però non si ferma all'obbligazione morale, ma muove da un *riconoscimento* dell'altro e da una «*spontaneità benevola* intimamente connessa alla stima di sé all'interno della vita buona» (1990, p. 286). Tali sentimenti di simpatia e compassione, quando si muovono verso una persona debole e sofferente, non devono però arrivare a fondare un rapporto asimmetrico ma essere compensati «da un'autentica reciprocità dello scambio» (*ib.*, p. 287). Per Ricoeur, dunque, la cura muove verso l'altro ma con lui costituisce un rapporto di *reciprocità simmetrica* che evita un coinvolgimento monco e falsato. Tale rapporto si sviluppa inoltre in *un quadro di eguaglianza* fondato su istituzioni giuste. A tal proposito egli afferma: «Come la si voglia modulare, *l'uguaglianza sta alla vita nelle istituzioni come la sollecitudine sta alle relazioni interpersonali*. La sollecitudine offre al sé quale faccia a faccia un altro che è un volto, nel senso forte che Emmanuel Lévinas ci ha insegnato a riconoscergli. L'uguaglianza gli offre come faccia a faccia un altro che è un *ciascuno*. In ciò il carattere distributivo del "ciascuno" passa dal piano grammaticale, in cui l'abbiamo incontrato fin dalla prefazione, al piano etico. In questo modo il senso della giustizia non toglie niente alla sollecitudine; esso la presuppone nella misura in cui questa ritiene le persone irrimpiacciabili. Di contro, la giustizia aggiunge qualcosa alla sollecitudine, nella misura in cui il campo di applicazione dell'uguaglianza è l'umanità intera.» (*ib.*, pp. 299-300).

Per questo autore, quindi, stima e cura di sé sono l'altra faccia della medaglia della sollecitudine e cura dell'altro: ambedue sono poste non su un piano "di potere" asimmetrico, ma necessariamente su un piano libero-simmetrico che dialogicamente fa emergere tanto il sé quanto l'identità dell'Altro. Inoltre, il piano interpersonale è strettamente congiunto e complementare a quello egualitario di cui devono nutrirsi le istituzioni sociali, in particolare quelle preposte alla cura.

Da parte sua Edith Stein (allieva di Husserl), elaborando il concetto di *empatia* (1916, poi ripreso da vari autori negli anni '80) evidenzia che l'«acquisizione emotiva della realtà del sentire altrui» permette all'essere umano di costituirsi attraverso l'esperienza dell'altro. Con l'empatia si conosce qualcosa dell'altro, ci si rappresenta il suo sentire, lo si incontra, si mette in gioco l'esigenza di rispondere, di responsabilizzarsi verso di lui. L'empatia diventa quindi un passaggio importante in ogni incontro di cura in quanto mette in gioco i propri sentimenti e permette di ascoltare quelli dell'altro generando forme valide e soddisfacenti di incontro per ambedue le parti.

Il tema della cura di sé è poi ripreso all'inizio degli anni '80 da Michel Foucault sia sul piano storico (riportando in luce l'esperienza della classicità) sia sul piano della crescita di "tecniche del sé" che aiutano il soggetto a trovare una propria via. Egli vede allora la "cura di sé" come uno spazio di libertà e autoaffermazione, come uno stile di vita che definisce l'individuo come "soggetto morale": «L'azione morale è indissociabile da queste forme di attività su se stessi», egli afferma (1984, ed. it. p. 33). Propone quindi di sviluppare un'"estetica dell'esistenza", ossia di fare della propria vita come se fosse un'opera d'arte. Il "prendersi cura di sé" permette all'uomo di

sviluppare una profonda percezione di sé, di sanare distorsioni e difetti, di sviluppare pratiche che sono complementari a quelle dell'arte medica che, nel mondo antico, cercava di guarire non solo il corpo ma anche lo spirito. La vita serena comporta un esercizio costante, un allenamento pratico e filosofico insieme.

La corrente femminista

Relativamente alla riflessione femminile/femminista o "di genere" si possono ricordare le opere seminali di Carol Gilligan (1982), Nel Noddings (1984) e Sara Ruddick (1989). Queste autrici muovono dalla logica del pensare femminile che si sviluppa non in modo astratto, ma nel contesto delle relazioni con l'altro. In questo ambito, il *care* dell'altro costituisce un modo di essere fondamentale delle donne, che tuttavia è stato misconosciuto e nascosto dal pensiero filosofico e culturale, profondamente impregnato dalla logica classica: «Le donne – sostiene Carol Gilligan - non solo definiscono se stesse in un contesto di relazioni umane, ma giudicano se stesse anche in termini della loro abilità a prendersi cura degli altri» (1982, ed. it. pp. 16-17). Questa autrice, coniando il termine "etica della cura" (o "della responsabilità"), si vuole differenziare rispetto ad un'"etica della giustizia (o dei diritti)" arrivando a definire due modalità di ragionamento morale di genere che, come minimo, devono coesistere. La cura è costitutivamente relazionale, nel senso che privilegia i rapporti interumani, e lo fa unendo cuore e pensiero: «L'etica della responsabilità poggia su una comprensione che fa nascere la compassione e la cura» (ib., p. 176).

La Noddings, da parte sua (1984), sviluppa espressamente il tema di una visione femminile del *caring*. Per la Noddings il fondamento della cura è l'essere stati accuditi. Non esiste la vita senza questo dono originario a cui ciascuno è debitore. La Noddings suggerisce che l'etica della cura potrebbe aiutare a creare persone autenticamente morali, criticando gli approcci etici dominanti che si basano su "principi che stanno sopra le persone". La sua è una "etica relazionale" perché centra l'attenzione proprio sulla questione della relazionalità.

A sua volta, Sara Ruddick (1989) ha proposto un'etica della cura incentrata intorno al "pensare materno" (l'amore attento e pieno di fiducia nell'altro), sostenendo che esso potrebbe essere utilizzato per trasformare i rapporti privati di amore e di cura in discussioni pubbliche di pace.

Molte di queste autrici, tese a valorizzare gli assunti etici "delle donne", sono state criticate per una sorta di implicita "tendenza essenzialista", ossia per aver attribuito alle donne delle qualità specifiche a-priori, emergenti dalla loro natura; inoltre, per aver sottovalutato gli aspetti di potere che anche la cura può manifestare. Come ha detto Franca Bimbi (1995): «La confusione fra cura e potere è il lato oscuro del potere materno». Correnti del pensiero femminista radicale hanno poi sottolineato che questo pensiero della differenza propone una visione asimmetrica della cura non utile per una emancipazione femminile.

L'etica della cittadinanza

Un altro filone di pensiero etico cerca di mostrare come la cura possa diventare una prospettiva universalistica di cittadinanza e non dipendere da una scelta di genere. Anche in questo campo molte sono le donne che danno contributi rilevanti, quali Virginia Held (2006), Joan Tronto (1993) e Martha Nussbaum (2006).

La Held ritiene possibile combinare i valori di giustizia, eguaglianza e libertà con quelli di cura, fiducia, solidarietà. La globalizzazione della cura potrebbe costruire ponti di comprensione fra le persone, i popoli, le culture e quindi contribuire alla pace.

Per la Tronto la cura si basa su quattro dimensioni etiche: l'*attentiveness* (premura, sollecitudine), la *responsabilità*, la *competenza*, la *responsiveness* (comprensione, capacità di rispondere ai bisogni dell'altro). La *responsiveness* è una qualità che anche il ricevente la cura dovrebbe saper praticare, pur nello stato di vulnerabilità e ineguaglianza in cui si trova. Il tema della competenza, associato a quello della responsabilità, evidenzia l'orizzonte ampio in cui si pone l'autrice, quello in cui qualità "femminili" e "maschili" si associano per produrre una "buona cura". La dimensione della rispondenza del curato ripropone inoltre la prospettiva relazionale messa da parte dal femminismo radicale.

Particolarmente rilevante e approfondito è poi il lavoro della Nussbaum. Ella si situa nella tradizione liberale di Rawls, ma ne critica a fondo i presupposti, arrivando ad un convinto sostegno alla centralità della cura che permette l'estensione dei diritti di cittadinanza anche a categorie escluse dal pensiero neo-liberale. Infatti, secondo la Nussbaum (2006), le cure attente e personalizzate - e le politiche che le supportano - possono ripristinare quella reciprocità, e quindi quel diritto fondamentale all'inclusione, che le teorie di stampo utilitarista e contrattuale di fatto negano, ipotizzando un soggetto autonomo e simmetrico nei rapporti sociali ed espungendo le situazioni di dipendenza che tutti provano in diverse fasi e momenti della vita, ma che connotano in particolare i percorsi delle persone con disabilità permanenti. Dato che la cura (in tutte le sue forme) è un sostegno e un tramite fondamentale per rendere fruibili le capacità potenziali delle persone in situazione di disabilità e dipendenza, «si richiede di porre l'accento sull'importanza della cura come bene sociale primario» (ed. ital., p. 22). Secondo "l'approccio delle capacità" che la Nussbaum (2000) sviluppa (in alcune opere insieme a A. Sen), il principio di trattare ciascuno come un fine va coniugato in termini di capacità di cui mettere in grado ciascuno di esercitare. La cura richiede però anche una *benevolenza consistente e profonda* che implica la disponibilità al sacrificio non solo del proprio vantaggio ma di quello del gruppo, cosa che è possibile, secondo la Nussbaum, con un significativo impegno educativo e trasformativo.

La cura nella società planetaria

Un quarto filone che ha incluso la cura nella propria riflessione, estendendone il significato alla presa in carico della pace e dell'ambiente, è stato quello impegnato nella prospettiva di un'"etica planetaria". Tale approccio è stato particolarmente sviluppato da autori provenienti dalla riflessione teologica e religiosa, anche dietro la spinta del crescente "conflitto di civiltà" e del dialogo necessario fra le religioni per contrastare fra queste spinte distruttive.

Ernesto Balducci (1985) è stato fra i primi ad evidenziare la nuova condizione antropologica dell'“uomo planetario” in cui culture e religioni devono imparare a convivere nonostante - o meglio grazie - alle loro differenze.

Anche Hans Küng, celebre teologo svizzero noto per le sue posizioni critiche nell'ambito della Chiesa Cattolica, ha sviluppato, fin dai primi anni '90, un nuovo “Progetto di Etica mondiale” (1990), creando, nel 1993, la *Fondazione Weltethos* impegnata a sviluppare e rinforzare la cooperazione tra le religioni mediante il riconoscimento dei valori comuni e a disegnare un codice di regole di comportamento universalmente e reciprocamente condivise.

Leonardo Boff (2000), noto esponente della teologia della liberazione, ha avanzato il concetto di “presa in cura” relativamente alla questione ecologica e a quella del dialogo con le altre culture e religioni. In uno scritto recente (2011, p. 3) egli afferma: «La cura è una relazione amorevole con la realtà, allo scopo di garantirle la sussistenza e di creare lo spazio per il suo sviluppo. La cura previene i danni futuri e rigenera i danni passati. [...] Di ogni cosa gli esseri umani hanno e devono aver cura: della vita, del corpo, dello spirito, della natura, della salute, della persona amata, di chi soffre, della casa. Senza cura la vita viene meno».

Su un piano di proposta antropologico-politico-educativa si deve ricordare l'opera di Edgar Morin (2004) che, all'interno della sua mirabile riflessione sul *Metodo* e la conoscenza, arriva a delineare i contorni di una vasta “identità planetaria” sostenuta da un'etica della comprensione e della “*reliance*” (riferimento e fiducia nell'altro), per la quale propone uno sviluppo e applicazione al campo educativo.

In questo ambito può anche essere collocato il pensiero di Papa Francesco, in particolare espresso nella sua enciclica “*Laudato si'*. Sulla cura della casa comune” (2015). In quest'opera il Papa afferma che dobbiamo incoraggiare «una cultura della cura che impregni tutta la società». Egli associa etica ecologica e etica sociale affermando che è necessario «crescere nella solidarietà, nella responsabilità e nella cura basata sulla compassione». Al contempo è necessaria una cura di sé che sensibilizzi e responsabilizzi, si deve infatti «imparare ad accogliere il proprio corpo, ad averne cura e a rispettare i suoi significati ...». Più in generale è evidente l'enorme importanza che questo Vescovo di Roma (come preferisce essere chiamato) attribuisce alla cura, alla custodia responsabile, alla misericordia e al perdono ponendo le basi di un rilevante mutamento dell'immaginario nella società planetaria contemporanea che egli ritiene assolutamente necessario per contrastarne le derive, fra cui quello del vuoto di cura a cui egli spesso fa riferimento.

Il contributo sociologico

L'ambito sociologico ha dato diversi contributi al tema della cura partendo prevalentemente dal campo della sociologia della medicina e della salute, ma anche da una visione generale della società. Solo recentemente tuttavia tale tema ha assunto un ruolo maggiormente rilevante intrecciando vari percorsi.

Il tema della relazione medico-paziente è stato affrontato fra i primi da Talcott Parsons (1951) nel quadro di un approccio struttural-funzionalista alla malattia e alla medicina. La malattia svolge un ruolo disfunzionale nella società, per cui alla medicina è attribuito il compito di controllarla e regolarla. Il rapporto istituzionalizzato col

malato si svolge secondo certe regole e modalità sociali in quanto la medicina deve operare per un interesse collettivo e con un mandato d'azione universalistico.

Piuttosto diversa invece l'analisi di Irvin Goffman (1961), condotta secondo un orientamento fenomenologico-etnografico, relativamente agli ospedali psichiatri e alle istituzioni totali. Egli sottolinea il controllo e la segregazione a cui sono sottoposti gli internati, tale per cui la cura terapeutica passa in secondo piano o è addirittura impossibile.

Questo autore è anche fra i primi ad inaugurare un filone critico nell'ambito della cura che sarà seguito poi da Foucault e da Illich (1975). Secondo quest'ultimo autore è in atto una *medicalizzazione* della società che tende ad espropriare le responsabilità personali. Così facendo si creano risultati paradossali in quanto si ottiene un regresso delle capacità di cura (e di auto-cura) in quanto ci si affida integralmente ai mezzi tecnici e non ad equilibrate relazioni di cura.

Un altro contributo rilevante della sociologia è lo studio della malattia dalla parte del paziente, ma anche di quello dei familiari e care-givers. Si crea una dialettica con l'operatività dei medici e delle professioni sanitarie che necessita di essere compresa e gestita dialogicamente piuttosto che a senso unico.

Altri autori negli anni '70 e '80 mettono l'accento su fatto che il mondo della cura è composto da varie esperienze e soggetti (ad es. Fry, 1973 e Froland, 1980). Fra questi, le nascenti esperienze dei gruppi di *self-help* e della *self-care* personale/familiare. Essi propongono quindi di analizzare la cura in termini di sistemi di cura complessivi che valorizzino le diverse risorse e apporti.

È sulla base di queste analisi che, a partire dagli anni '80 del novecento, l'Organizzazione Mondiale della Salute propone dei piani di azione comunitari volti a "promuovere la salute" (WHO, 1986). Si vuole impiantare un nuovo complesso di interventi che completi e integri le cure primarie producendo un miglioramento delle condizioni di vita e un'attenzione puntata sui processi di benessere e qualità della vita.

Questa nuova fase vede un forte rinnovamento del pensiero sociologico sulla salute sia a livello internazionale sia a livello italiano. Sorgono scuole e centri di studi che sviluppano diversi filoni e approcci di analisi (per una ricostruzione si v. Ingrosso, 2015). In particolare la costituzione del SSN italiano e l'avvento di nuove professioni sanitarie stimola un'indagine più approfondita delle organizzazioni sanitarie e delle relazioni di cura. Sul piano organizzativo si dibatte la possibilità di un assetto equilibrato e coinvolgente del welfare socio-sanitario che comporti una adeguata partecipazione dei pazienti e cittadini. Sul piano delle relazioni si evidenzia la carenza di un professionismo senza capacità di *care* che porta a crescenti insoddisfazioni nei curati e limita l'efficacia dell'intervento terapeutico. Anche le professioni medico-sanitarie devono quindi inglobare nella loro formazione e pratica un'adeguata capacità di prendersi cura del paziente (si v. ad es. Melucci, 1994).

Negli stessi anni diverse sono le analisi del "lavoro di cura" in particolare degli operatori meno considerati che, partendo da una competenza che viene dalla loro esperienza femminile, entrano nel campo assistenziale (ad es. le OSS o le badanti). Si prospetta un percorso di professionalizzazione che non penalizzi le capacità relazionali di cui questi lavoratori sono portatori (Colombo et al., 2004).

In tempi più recenti si evidenzia la difficoltà di rapporto fra medici (ad es. di base) e assistiti in ragione di *terzi relazionali* che intervengono nel rapporto. Fra questi le

direzioni sanitarie, la comunicazione mediatica, la tecnica avanzata gestita da alti specialisti (Manghi, 2005; Ingrosso, 2013).

Nell'ultima fase si tende a parlare in modo più esplicito di *sociologia della cura*, in particolare in modo critico di fronte alle razionalizzazioni dirigiste degli ambienti sanitari e a visioni delle relazioni di cura in termini di marketing. Al contempo, la sociologia cerca di indicare nuove strade per uscire da una visione frammentata delle organizzazioni e delle professioni rilanciando una visione coordinata e generale degli interventi di salute capace di far cooperare tutte le forme e gli attori della cura.

6. Direzioni di lavoro e prospettive

Tirando le somme del nostro excursus, si è visto che la società contemporanea manifesta un rilevante *vuoto di cura*, ossia un insufficiente investimento rispetto alle esigenze di aiuto e inclusione dei suoi membri. Per questa ragione, Bauman (2004) ha parlato a più riprese di "vite di scarto", messe ai margini della vita sociale in quanto non in grado di ottenere le cure di cui hanno bisogno. Ciò è anche legato ad un immaginario edonista e conflittuale che vede la cura con sospetto e indifferenza.

Contro questa impostazione, che si è diffusa in modo ampio ed egemonico nel mondo occidentale nell'ultimo trentennio, si sono levate molte voci di diversa provenienza e orientamento sociale accumulate però dal riconoscere che esiste un rilevante deficit di cura e una profonda crisi etica tanto nello spazio pubblico quanto in quello privato. Esse propongono *una nuova etica della cura* che sappia coniugare *care* e *cure*, ossia dimensione relazionale e dimensione tecnica del curare, sollecitudine verso l'altro insieme a giustizia sociale, fraternità con equità, collaborazione fra varie forme di cura insieme ad una visione coordinata dei percorsi terapeutici.

La difficoltà maggiore sta proprio nell'invertire questo trend culturale che si autoalimenta e che porta ad una sorta di diseducazione alla cura di sé, inverando le analisi profetiche di Illich.

Per contro, il mondo della cura costituisce, di per sé, un grande ambito di riserva etica e di competenze da valorizzare. Allorché esso viene indagato, si trovano inedite forme di *coping* (capacità di affrontare le situazioni difficili) e *resilienza* (resistenza di fronte a prove avverse) da parte dei care-givers e degli stessi pazienti, mentre molti operatori e professionisti sono in grado di unire competenze relazionali e competenze tecniche. Tuttavia ci si trova di fronte ad organizzazioni sanitarie che non valorizzano questa multidimensionalità, ma piuttosto la inibiscono puntando a presunte performance di efficienza che producono, in realtà, sprechi e insoddisfazione tanto fra i pazienti quanto fra gli operatori.

Una forte riforma della cura avrebbe la necessità di sviluppare *un'educazione sistematica alla cura di sé* e un settore sociale di *promozione della salute* a ciò dedicato. Inoltre, di ripensare le cure primarie nella direzione di una rete di infrastrutture complesse disponibili per tutti nei luoghi di residenza. Un altro capitolo è quello della *continuità dei processi di cura*, raccordando le cure primarie con quelle secondarie e riabilitative. Cure più personalizzate e articolate andrebbero poi previste per le patologie cronicizzate e degenerative di lungo periodo, in attesa di progressi tecnici significativi in questi campi (Ingrosso, 2016).

In tutti gli ambiti di intervento si dovrebbero poter impiegare utilmente tanto le risorse formali quanto quelle informali disponibili attraverso adeguate forme collaborative e organizzative di équipes che valorizzino le varie professioni e costituiscano valide interfacce con i care-givers familiari. In tal modo, la parola “cura” deve poter arrivare a significare non tanto e solo la presa in carico tecnica del malato, ma piuttosto quel *processo multidimensionale di aiuto, animato dalla sollecitudine collettiva*, che si traduce in un complesso coordinato di relazioni di cura capaci di portare benefici al curato e di rendere soddisfacenti i sistemi di cura per tutti i componenti che vi concorrono.

Passare dall'attuale paritarismo conflittuale ad un *egualitarismo fraterno e responsabile* può sembrare una meta irraggiungibile e irrealistica, ma vi sono molti leader culturali e religiosi che da tempo indicano la necessità di una nuova strada che affronti i grandi vuoti strutturali e di immaginario della vita sociale contemporanea. È forse partendo da esperienze circoscritte e generative di nuovi rapporti che è possibile rendere attuabile un più vasto programma di riforme. Per questo è utile che coloro che sono sensibili a questi orientamenti e già operano in questa direzione si coalizzino riconoscendo coloro che stanno proponendo una nuova cultura della cura capace di agire sui principali nodi irrisolti della condizione sociale contemporanea ed incidere sull'immaginario collettivo della società planetaria.

Riferimenti bibliografici

- Balducci E. (1985), *L'uomo planetario*, Camunia, Milano.
- Bauman Z. (2004), *Vite di scarto*, Laterza, Roma-Bari, 2005.
- Beck U. (1986), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma, 2000.
- Benveniste E. (1969), *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Einaudi, Torino, 1988.
- Bimbi F. (1995), Etica della cura, stili di vita adulta e organizzazione, in *Animazione Sociale*, XXIV, 2.
- Boff L. (2000), *Il creato in una carezza. Verso un'etica universale: prendersi cura della terra*, Cittadella, Assisi.
- (2011), In cerca di un ethos planetario, in *Adista*, 15, 26 febbraio.
- Colombo G., Cocever E., Bianchi L. (2004), *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci, Roma.
- Dumézil G. (1968), *Mito e epopea. La terra alleviata*, Einaudi, Torino, 1982.
- Eliade M. (1963), *Aspects du mythe*, Paris, Gallimard, 1963.
- Foucault M. (1984), *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- Froland C. (1980), Formal and Informal Care: Discontinuities in a Continuum, *Social Service Review*, 54, 4.
- Fry J. (1973), *Self-Care: its place in the total health care system*, mimeo, Kent, England.
- Gimbutas M. (1989), *Il linguaggio della dea. Mito e culto della dea madre nell'Europa neolitica*, Longanesi, Milano, 1990.
- Gilligan C. (1982), *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano, 1987.
- Goffman E. (1961), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della*

- violenza*, Einaudi, Torino, 1968.
- Heidegger M. (1927), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976.
- Illich I. (1975), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.
- Ingrosso M. (2003), *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*, Angeli, Milano.
- (2010), Alle sorgenti della cura. Ricerca di idee guida per le società della salute, in *La società degli individui*, 38, 2.
- (2011), Educazione alla cura e promozione della salute, in *Educazione sanitaria e Promozione della salute*, 4.
- (2013), La salute tra media e relazioni di cura, in Vicarelli G., a cura, *Cura e salute*, Carocci, Roma.
- (2015), direzione scientifica e cura, *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- (2016), *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura*, Aracne, Roma.
- Kung H. (1990), *Progetto per un'etica mondiale*, Rizzoli, Milano, 1991.
- Léon M. (2014), eds., *The Transformation of Care in European Societies*, Palgrave Macmillan, London.
- Lévinas E. (1972), *Umanesimo dell'altro uomo*, Il Melangolo, Genova, 1985.
- Magatti M. (2012), *La grande contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*, Feltrinelli, Milano.
- Manghi S. (2005), *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Angeli, Milano.
- Melucci A. (1994), Guarire o prendersi cura: la scelta della salute, in M. Ingrosso (a cura), *La salute come costruzione sociale*, Angeli, Milano.
- Morin E. (2004), *IL Metodo 6 – Etica*, Cortina, Milano, 2005.
- Noddings N. (1984), *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley.
- Nussbaum M. C. (2006), *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- Papa Francesco (2015), *Laudato si'.* *Sulla cura della casa comune*, Edizioni San Paolo, Milano.
- Parsons T. (1951), *Il Sistema Sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965.
- Ricoeur P. (1990), *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993.
- Ruddick S. (1989), *Il pensiero materno*, Red Edizioni, Como, 1993.
- Stein E. (1916), *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma, 1985.
- Tronto J.C. (1993), *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia, 2006.
- WHO (1986), *Ottawa Charter of Health Promotion*, Geneva.