

# VULNERABILITÀ, RELAZIONI E CURA. RIPENSARE LA BIOETICA

CATERINA BOTTI

*Dip. di Filosofia*

*Sapienza Università di Roma*

*caterina.botti@uniroma1.it*

## ABSTRACT

In the present paper the possibility of reconfiguring bioethics on the basis of care ethics approaches is explored, aiming at showing how this leads to a richer understanding of bioethics as a form of theoretical reflection and as a practice. In so doing the richness of care ethics is explored as well, and different interpretations of this approach are articulated and argued for in their different value.

## KEYWORDS

Ethics, bioethics, vulnerability, relationships, care.

## 1. INTRODUZIONE

L'intento di questo testo è quello di mostrare come si può riconfigurare la comprensione della bioetica a partire da una riflessione sull'etica sostanzialmente diversa da quella che ne ha caratterizzato lo sviluppo, e cioè a partire da quella che fa perno sulla nozione di cura.

Nell'illustrare la possibile interazione tra la bioetica e l'etica della cura non intendo però solo proporre una riconfigurazione della riflessione in bioetica ma anche mostrare la ricchezza di stili riflessivi che, come l'etica della cura, ma non solo, aprono a nuovi modi di pensare alla soggettività, all'umanità e alla moralità.

In quel che segue ripercorrerò dunque quelli che possono essere considerati i tratti fondamentali del paradigma morale della cura e cercherò di distinguere tra almeno due possibili linee interpretative di questo stesso paradigma. Passerò poi alla bioetica, per caratterizzare sia la sua configurazione più tradizionale e diffusa, sia gli spostamenti che si possono operare a partire dalla

prospettiva della cura e dalle sue diverse articolazioni, cercando di mostrare la ricchezza cui questa riconfigurazione da luogo e l'ampiezza delle sue implicazioni. Infine mi soffermerò su alcune questioni interessanti che si aprono, soprattutto il relazione all'aspetto di implementazione pratica che caratterizza in modo particolare la bioetica.

## 2. L'ETICA DELLA CURA

Com'è noto a partire dalle riflessioni proposte da Carol Gilligan nel suo famoso studio *In a Different Voice*,<sup>1</sup> l'etica della cura ha avuto un notevole sviluppo, proponendosi come un interessante superamento della visione dell'etica come basata su regole universali e imparziali, in nome del riconoscimento del valore di atteggiamenti e pratiche di cura e attenzione verso gli altri nella loro particolarità e concretezza. La diversa visione della morale, i tratti concreti dell'esperienza umana e morale che lo studio di Gilligan ha portato a visibilità, hanno avuto infatti un impatto importante sulla riflessione filosofica sulla morale, generando un'ampia serie di elaborazioni.<sup>2</sup>

Per dare conto in modo succinto di questo paradigma e caratterizzarne i tratti salienti si può ricorrere a una serie di coppie di opposti: distacco vs. connessione; astrattezza vs. concretezza; individualità vs. relazionalità; sovranità vs. vulnerabilità.

Riguardo alla prima coppia di opposti, si può dire che l'etica della cura mette in discussione uno dei tratti tipici che caratterizzano la riflessione sulla

<sup>1</sup> C. Gilligan, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità* (1982), Milano, Feltrinelli, 1987.

<sup>2</sup> Penso ad esempio alle riflessioni proposte da N. Noddings, A. Baier, J. Tronto, V. Held, S. Benhabib, tra le altre, da L. Blum e M. Slote tra gli altri, oltre a quelle più recenti proposte da S. Laugier. Si vedano: N. Noddings *Caring. A Feminist Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 1984; A. Baier, *Moral Prejudices*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1995; J. Tronto, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Reggio Emilia, Diabasis, 2006; V. Held, *Etica femminista*, Milano, Feltrinelli, 1997; Id., *The Ethics of Care. Personal, Political and Global*, Oxford-New York, Oxford University Press, 2006; S. Benhabib, *The Generalized and the Concrete Other. The Kohlberg-Gilligan Controversy and Moral Theory*, in Id. *Situating the Self. Gender, Community and Postmodernism in Contemporary Ethics*, Cambridge-Molden, Polity Press, 1992, pp. 148-177; L. Blum, *Moral Perception and Particularity*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 1994; M. Slote, *The Ethics of Care and Empathy*, London-New York, Routledge, 2007; S. Laugier, *L'etica di Amy. La cura come cambio di paradigma in etica*, in "Iride", 24 (2011), n. 63, pp. 331-344; Ead., *Etica e politica dell'ordinario*, Milano, LED, 2015.

morale nella modernità, ovvero il distacco.<sup>3</sup> Adriana Cavarero direbbe che pone in questione la “postura” tipica della riflessione filosofica sulla morale, se non della riflessione filosofica tout court.<sup>4</sup> Si contesta cioè l’idea che tanto più è morale il nostro punto di vista quanto più esso è distante dai nostri interessi particolari, dalla concretezza della situazione in cui ci troviamo, dalle nostre passioni, dalle nostre inclinazioni o dalle particolarità dei singoli o delle relazioni coinvolte. Si contesta l’idea che le nostre riflessioni o le nostre azioni siano tanto più riconoscibili come morali quanto più esse prendano la forma della ricerca o dell’adeguamento a valori o principi ultimi, a forme di ragionamento astratto, impersonale e universale (o siano giustificabili in questi termini).<sup>5</sup> Principi ultimi e forme di ragionamento che possiamo presumere valide per l’umanità nella sua generalità o per gli individui nella loro serialità e uguaglianza (umanità e individualità morale che, per altro, sono definite – in modo circolare – sulla stessa base, ovvero sia assumendo la capacità di ragionare in astratto e di universalizzare come ciò che caratterizza il soggetto morale, rendendo invisibili quanti non dimostrano queste capacità).

L’etica della cura, a partire dalle felici formulazioni di Gilligan, muove invece dall’idea che tanto più siamo morali quanto più siamo connessi agli altri, quanto più cioè cogliamo e manteniamo (con attenzione, sollecitudine e sensibilità) la connessione con gli altri nella loro particolarità: solo così ne possiamo cogliere i bisogni e possiamo dare a questi bisogni, ma anche ai singoli stessi, visibilità e risposte. Del resto mantenere la connessione con gli altri è anche un modo per mantenere la connessione con noi stessi, giacché non solo i nostri bisogni, ma anche la stessa idea di chi siamo, emergono nelle relazioni, e con la nostra esperienza, che si regge e si staglia su un tessuto connettivo condiviso.

Dice Gilligan: “La verità del rapporto, tuttavia riemerge nella riscoperta della connessione, nell’intuizione che noi e l’altro siamo interdipendenti, e che la vita, per quanto sia un valore in sé, può alimentarsi solo nel rapporto, in virtù della cura che ci mettiamo”.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Così afferma appunto Laugier che, proprio a rimarcare la differenza tra gli approcci morali più tradizionali e l’etica della cura, cita l’introduzione all’etica di Canto-Sperber e Ogien (*Que sais-je? La philosophie morale*, Paris, PUF, 2006) in cui appunto il distacco è considerato condizione necessaria della riflessione morale. Cfr. S. Laugier, *L’etica di Amy. La cura come cambio di paradigma in etica*, cit., p. 333.

<sup>4</sup> A. Cavarero, *Inclinazioni. Critica della rettitudine*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.

<sup>5</sup> Si noti che questa è per l’appunto la caratterizzazione della maturità morale proposta da Lawrence Kohlberg nel lavoro sullo sviluppo morale degli adolescenti dalla cui critica prende le mosse il lavoro di Gilligan.

<sup>6</sup> Gilligan, *Con voce di donna*, cit., p. 131.

Quanto appena detto dovrebbe essere sufficiente a suggerire che l'etica della cura non solo opponga la connessione al distacco, ma anche una visione relazionale della soggettività a quella individualistica; così come che essa faccia perno sull'attenzione alla concretezza, particolarità e diversità dei soggetti, delle relazioni e delle situazioni, piuttosto che sulla ricerca di generalità e astrattezza.

A questo proposito si può ricordare che Gilligan dà forma alla sua riflessione sulla cura a partire dalla caratterizzazione dello sviluppo morale delle bambine come contrapposto a quello dei bambini e che quello che Gilligan riscontra in questo confronto è che le bambine prima, e le adolescenti poi, sembrano caratterizzate da una maggiore consapevolezza del ruolo che le relazioni hanno nella vita umana e dalla fiducia nella capacità umana di ripararle di modo che gli individui concreti che ne fanno parte possano fiorire (anche se su questa connessione tra cura e genere Gilligan tornerà poi in modo critico, così come la letteratura seguente). La loro maggiore sensibilità a questo tipo di dinamiche porterebbe dunque bambine e giovani donne a riconoscere valore morale alla sollecitudine verso gli altri, nella loro concretezza e particolarità, all'attenzione agli altri con cui si è in relazione, come forma di responsabilità, ma anche a riconoscere la dimensione relazionale della pratica, e non solo della genesi, di questa sollecitudine e responsabilità.

E' questa la visione della maturità morale che Gilligan contrappone a quella basata su distacco impersonalità, imparzialità e universalità, su norme (astratte e guadagnate con la ragione) che colmano lo iato tra noi e gli altri intesi come individui irrelati ma seriali. Le ragazze non colgono lo iato, cogliendo piuttosto la dimensione di responsabilità che le relazioni medesime pongono, come anche la necessità di rispondere a questa responsabilità dall'interno dello stesso tessuto relazionale, lavorando nelle/sulle relazioni medesime, nella loro concretezza e particolarità, per migliorarle e renderle atte a far sopravvivere e fiorire i loro membri (sulla tensione tra questi piani diversi che qui rendo con "sopravvivenza" e "fioritura" tornerò in quel che segue).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Questa diversa visione della maturità morale, che emerge ad esempio dalla discussione di Gilligan delle risposte di due bambini, Amy e Jake, confrontati con il dilemma del signor Heinz (che deve decidere se rubare a un farmacista un farmaco che non può pagare per salvare la vita della moglie), non consiste infatti nella capacità di astrarre dalla circostanza concreta, dal proprio ruolo in essa, e nel ridurre la questione al bilanciamento di interessi confliggenti sulla base di procedure impersonali, astratte e formali e per ciò stesso universalmente valide (come fa Jake), quanto piuttosto nello sviluppo della sensibilità e sollecitudine, nell'interesse o attenzione verso i bisogni degli altri concreti, nella consapevolezza che ad essi si possa rispondere solo mettendosi in gioco in prima persona, in quella stessa dimensione di concretezza e relazionalità. Amy – afferma Gilligan – vede il problema posto nel dilemma di Heinz, non

Venendo infine alla coppia sovranità/vulnerabilità si può dire che in questo tipo di riflessione l'umanità è vista come fragile, bisognosa e interdipendente e dunque vulnerabile. Gli esseri umani, non solo nell'infanzia, nella vecchiaia o in momenti di particolare fragilità (come nella malattia) ma sempre, dipendono da altri particolari e da un generale tessuto connettivo relazionale. In quanto interconnessi, interdipendenti e quindi dipendenti, essi sono vulnerabili, ma d'altra parte grazie a questa stessa interdipendenza essi sono capaci di, e motivati a, fare fonte alla vulnerabilità propria e altrui: sono quindi capaci di morale.

Se, infatti, siamo legati in relazioni particolari e in tessuti relazionali ampi, la nostra stessa sopravvivenza e fioritura è legata a quella degli altri, la nostra sofferenza, le nostre emozioni, le nostre parole e quelle degli altri sono legate: ne va di noi negli altri e degli altri in noi. Questa visione apre dunque alla moralità nella forma della cura per gli altri, della sollecitudine, dell'attenzione e responsabilità – o meglio – della cura dei rapporti e delle connessioni perché noi stessi e gli altri si possa fiorire. Ancora Gilligan, descrivendo la riflessione della bambina Amy, dice: “Il mondo di Amy è un mondo di rapporti e di verità psicologiche, dove la consapevolezza del legame esistente tra le persone fa nascere il riconoscimento della reciproca responsabilità, la percezione della necessità di rispondere ai bisogni dell'altro”.<sup>8</sup>

L'apertura alle relazioni, la nostra stessa costituzione relazionale, ci rende dunque vulnerabili e bisognosi di cura e attenzione, in quelle stesse relazioni. Ma è da questo stesso bisogno, dall'apertura alle relazioni, che può venire la risposta responsabile: è dal nostro stesso essere aperti e connessi agli altri – porosi – che viene la stessa possibilità di rispondere a quella responsabilità, prestando attenzione, cura, sollecitudine alle dinamiche relazionali, all'altro nella sua concretezza, a partire da noi nella nostra. La vita è fatta di rapporti e della cura che vi mettiamo, e perché essa sia preservata, ovvero perché noi e gli

come “un problema di matematica con esseri umani al posto di numeri”, “bensì come narrazione di rapporti che si protrarranno nel tempo” (Gilligan, *Con voce di donna*, cit., p. 36). Ella ha fiducia che sollecitato nel modo giusto il farmacista non potrà esimersi dal fare il bene della moglie di Heinz.

<sup>8</sup> Gilligan, *Con voce di donna*, cit., p. 38. Ma a questo proposito si possono citare anche Held che considera la fioritura umana e in particolare la fioritura dei bambini (“the flourishing of the children”), come uno dei valori che guida l'etica della cura (cfr. V. Held, *Etica femminista*, cit.) e Tronto che definisce la cura come: “una specie di attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare, e riparare il nostro ‘mondo’ in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile. Quel mondo che include i nostri corpi, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa a sostegno della vita” (cfr. J. Tronto, *Confini morali*, cit., p. 118).

altri si abbia (direbbe J. Butler) una “buona vita”<sup>9</sup> ce ne dobbiamo prendere cura, prestando attenzione a ciò che è importante in quelle relazioni, nella loro concretezza quotidiana, tenendo presente le dinamiche concrete, la loro “verità”.<sup>10</sup>

Si tratta dunque di una concezione che vede gli esseri umani come interconnessi, relazionali, fragili e vulnerabili, soggetti che si costituiscono e si mantengono a più livelli – dalla sopravvivenza fisica, al riconoscimento dello stesso senso di sé e della propria indipendenza, alla stessa fioritura e al soddisfacimento di bisogni di natura diversa (e vedremo poi che sulla attenzione a questi diversi livelli si giocano anche diverse interpretazioni del paradigma) – attraverso le relazioni; porosi agli altri e perciò stessi bisognosi e capaci di morale. Una concezione che vede la moralità come una pratica, o un tessuto, di attenzione agli altri nella loro particolarità, di sollecitudine e cura nei loro confronti, sempre in termini di dinamiche relazionali.<sup>11</sup>

E’ evidente che riformulando così la descrizione di ciò che l’etica è, l’etica della cura muta o amplia il nostro riferimento a ciò che consideriamo esperienza morale, al tipo di esperienze che caratterizziamo come moralmente salienti, come anche al linguaggio che le descrive; muta o amplia dunque il tipo di pratiche, posture, azioni, disposizioni, esperienze, come anche al tipo di riflessioni, argomentazioni, ragioni o sentimenti, che consideriamo importanti per la soluzione di ciò che percepiamo come oggetto di scrupolo o attenzione morale o per la sua individuazione. In una parola, cambia la rappresentazione della forma o delle forme di vita morale.

Si ridisegna dunque il campo della morale, che viene a coincidere con il tessuto stesso della nostra vita, nella sua concretezza e particolarità, con azioni e interazioni minime, oltre che con grandi dilemmi, con problemi mai considerati prima come moralmente salienti come, ad esempio, la sessualità, l’esperienza della gravidanza o le relazioni personali, o ancora il modo in cui scherziamo usando termini che possono ferire altri, le parole che usiamo anche con i nostri amici, le forme di vita che agiamo o che ci rappresentiamo come possibili, tutto ciò che appunto spesso è considerato solo il nostro privato o quello che altri ha definito la “vita ordinaria”.<sup>12</sup>

<sup>9</sup> J. Butler, *A chi spetta una buona vita?*, Roma, Nottetempo, 2013.

<sup>10</sup> Cfr. Gilligan *Con voce di donna*, cit., pp. 90, 131.

<sup>11</sup> Per una presentazione più articolata di questo paradigma rimando a C. Botti, *Feminine Virtues or Feminist Virtues. The Debate on Care Ethics Revisited*, in “Etica & Politica/Ethics & Politics”, 17 (2015), n. 2, pp. 107-151.

<sup>12</sup> Esempio in questo senso è la riflessione proposta da Tronto in *Confini morali*, cit., la quale sostiene che prendere sul serio l’etica della cura significa ridisegnare il nostro terreno

### 3. DUE INTERPRETAZIONI DELL'ETICA DELLA CURA

Data questa descrizione generale del paradigma della cura, va detto che molti sono i modi di articolarlo: modi che variano a seconda di come vengono interpretate la vulnerabilità, le relazioni e la stessa cura e che aprono a scenari riflessivi anche molto diversi tra loro.

Non è certo questa la sede per una disamina approfondita dei diversi modi di articolare il paradigma della cura, visto che l'intento di questo testo è arrivare a parlare di bioetica, ma si può provare a tracciare almeno una distinzione importante.

Si può distinguere infatti tra una elaborazione dell'etica della cura (ad esempio quella iniziale di Gilligan, quelle di Noddings e Held e, a loro modo, quelle di Tronto e Slote) che muove da una considerazione della vulnerabilità umana vista come limitata al piano materiale e psicologico, e una interpretazione che invece considera la vulnerabilità su uno sfondo più ampio, che investe anche le dimensioni sociali e simboliche.<sup>13</sup>

Nel primo caso la cura per gli altri o per sé, prende la forma dell'attenzione ai bisogni particolari degli altri, nella concretezza delle situazioni e delle relazioni, assumendo che questi bisogni siano dati e facilmente riconoscibili (o esprimibili), assumendo in buona sostanza che si tratti di bisogni umani primari fisici e psicologici. Non è un caso che in questa teorizzazione della cura si prendano spesso a modello le cure materne e ci si richiami all'esperienza universale dell'essere stati fatto oggetto di cure da piccoli. L'etica della cura si configura in questo caso come quella riflessione morale che mette al centro una pratica o capacità di prendersi cura degli altri, nella loro fisicità o nelle loro esigenze psicologiche basilari, richiamandosi a sensibilità, empatia o capacità di ascolto e impegno e azione.<sup>14</sup>

morale, espanderlo, ridisegnarne i confini, anche quello tra pubblico e privato. Sulla vita ordinaria si veda, invece, la riflessione di S. Laugier, di cui oltre ai testi già citati si veda: S. Laugier, *Le sujet du care: vulnérabilité et expression ordinaire*, in P. Moliner, S. Laugier, P. Paerman, *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, reposabilité*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2009.

<sup>13</sup> Rimando nuovamente a C. Botti, *Feminine Virtues or Feminist Virtues*, cit.; Ead., *Prospettive femministe. Morale, bioetica e vita quotidiana*, Milano, Mimesis, 2014, soprattutto capp. 2 e 3, per una analisi più articolata di questa distinzione.

<sup>14</sup> Così ad esempio Held e Tronto nei volumi citati, ma anche Noddings e Slote. In queste elaborazioni tanto è data per scontata l'esperienza di cura che si dovrebbe mettere al centro della riflessione o della pratica morale, che la questione su cui più ci si sofferma è se questo tipo di responsabilità e sollecitudine verso i bisogni concreti di altri riguardino necessariamente solo un numero limitato di persone, gli "altri particolari", e si dia all'interno di relazioni particolari o personali (familiari, di amicizia, insegnante/allievi, medico/paziente), completando così un

Nella seconda articolazione, che è quella che io trovo più interessante, la vulnerabilità e la cura assumono invece un senso più ricco. La vulnerabilità non viene caratterizzata solo nei termini di una serie di bisogni dati, fisici o psicologici, rimandando a una dimensione relazionale o di interdipendenza dell'umanità sul solo piano biologico o psicologico, ma piuttosto si caratterizza a partire dall'idea che lo stesso riconoscere i nostri bisogni, la nostra esperienza, il nostro avere una voce, e dunque anche il nostro senso di noi, dipendono da qualcosa di esterno a noi: dal tessuto connettivo delle relazioni interpersonali in cui ci troviamo, ma anche dagli sfondi sociali e simbolici su cui queste relazioni si stagliano, ovverosia da cui queste relazioni, come anche quella di noi con noi stessi, sono attraversate. Si considera dunque la vulnerabilità in un senso molto più ampio che tiene conto del fatto che la nostra stessa esperienza, singolare e relazionale, si fa entro assi di potere e discorsivi, sfondi materiali e simbolici, che possono essere felici (e quindi farci fiorire) oppure infelici (oppressivi e violenti).

La cura, l'attenzione e la sollecitudine in questo caso non riguardano più la semplice presa in carico dei bisogni degli altri, ma riguardano la possibilità stessa di esprimersi degli altri (e di noi stessi), il loro (e nostro) avere una voce,<sup>15</sup> e implicano quindi anche la consapevolezza e la trasformazione di questi sfondi, affinché essi risultino più accoglienti per tutti, nella diversità di ciascuno, e soprattutto per chi non è ancora visto o rappresentato, per chi "resiste all'assimilazione", direbbe Butler.<sup>16</sup> Trasformazione che può avvenire anche attraverso l'attenzione al nostro stesso contributo a questi sfondi, ad esempio ai nostri gesti e le nostre parole, poiché questi sfondi sono tessuti di gesti, parole e pratiche di vita ripetuti e si possono trasformare anche trasformando se stessi.

quadro in cui i principi della giustizia dirimono invece le controversie che si danno in forme relazionali più generali o tra sconosciuti, o se invece l'etica della cura possa considerarsi come un modello generale per rapportarsi agli altri ben oltre il cerchio ristretto dei "near and dear". Su questo punto si oppongono ad esempio le riflessioni di Noddings e Slote e quelle di Held e Tronto.

<sup>15</sup> Per questa interpretazione si veda il recente volume di Gilligan, *La virtù della resistenza*, Bergamo, Moretti & Vitali, 2014, e le riflessioni già citate di S. Laugier, soprattutto nel suo riferimento a temi derivati dal lavoro di S. Cavell.

<sup>16</sup> J. Butler, *La disfatta del genere*, Roma, Meltemi, 2006, p. 28, dove afferma: "questa è la congiuntura da cui emerge la critica, laddove la critica venga intesa come un'interrogazione dei termini entro i quali la vita è costretta, al fine di aprire la strada a modi diversi di vivere; in altre parole, non per celebrare la differenza come tale, ma per stabilire condizioni che proteggano e sostengano, in maniere più inclusiva, la vita che resiste ai modelli di assimilazione".



La cura, in questo senso più radicale, richiede dunque una trasformazione di sé e della società, dei nostri panorami mentali, individuali e collettivi, come anche il contributo a forme di riorganizzazione materiale, politica e sociale, affinché tutti possano far ascoltare la propria voce ed esprimere le proprie esigenze, ma anche connettersi e relazionarsi a, o sentirsi connessi e in relazione con, gli altri (ovviamente sia detto per inciso, non si sta qui assumendo che si debba per forza vivere una vita di relazione – anche la solitudine è una postura relazionale – quanto piuttosto che si debba essere consapevoli delle relazioni che sostengono la nostra vita e permettono la nostra espressione, come anche il nostro ruolo nell’esprimersi e nel fiorire degli altri).

La differenza tra queste due articolazioni e la complessità delle loro relative implicazioni è molto grande, e la ricchezza della seconda dovrebbe emergere anche dalle poche parole spese. Essa emergerà, del resto, anche dalle riflessioni sulla bioetica cui ora mi volgo. E’ evidente infatti che, sia nella prima e più semplice interpretazione che nella seconda, l’etica della cura propone una ricostruzione della pratica e della riflessione morale che, se portata all’interno della riflessione bioetica, può riconfigurarla in modo interessante e, d’altra parte, rendere conto della ricchezza specifica che emerge dalla stessa riflessione e pratica della bioetica. E’ del resto chiaro che, poiché la bioetica è uno spazio riflessivo che molto ha a che fare con la fragilità e vulnerabilità umana, giacché si interroga sulle questioni morali che sorgono dalla pratica della medicina, il confronto con questo approccio, nelle sue diverse interpretazioni, può risultare molto interessante e innovativo.

In quel che segue dunque, dopo averla introdotta, cercherò di mostrare come la bioetica possa essere appunto riconfigurata muovendo da questo tipo di riflessione sulla morale o, meglio, cercherò di mostrare come quest’ultima si intersechi fruttuosamente con una riconfigurazione della riflessione sulla morale che la stessa bioetica pretende e contribuisce a delineare (quello che qui si sta proponendo non è dunque una mera applicazione dell’etica della cura alle questioni della bioetica, ma un doppio movimento, in cui la riflessione sulla cura e quella interna alla bioetica si incontrano in modo fertile).

#### **4. LA BIOETICA MAINSTREAM**

Il campo riflessivo della bioetica è facilmente caratterizzabile proprio a partire dai modelli di riflessione etica rispetto ai quali l’etica della cura si configura come alternativa. La bioetica nasce infatti circa 40 anni fa, nell’alveo

della tradizione analitica sull'etica, e si propone come una forma di "applicazione" di teorie morali caratterizzate dall'appello a regole universali e imparziali, ovvero sia come una forma di "etica applicata", secondo la tripartizione tipica della tradizione morale analitica che distingue appunto tra metaetica, etica normativa e etica applicata.<sup>17</sup>

Più in particolare la bioetica si distingue da altri campi di applicazione delle teorie etiche per il tipo di questioni su cui si viene ad esercitare la riflessione morale: le possibilità di azione umana aperte dalle importanti innovazioni tecniche e conoscitive avvenute in tempi recenti nel campo delle scienze della vita e della salute.

Così ad esempio W. Reich definisce la bioetica nella *Encyclopedia of Bioethics* come: "lo studio della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto questa condotta viene esaminata alla luce di valori e principi morali".<sup>18</sup> E così ancora la definiscono P. Singer e H. Kuhse nel più recente *Companion to Bioethics*: "Con bioetica ci si riferisce all'interesse crescente per le questioni etiche che sorgono in relazione alla medicina e alle scienze della vita".<sup>19</sup>

Come tale, la riflessione bioetica si caratterizzerebbe dunque come la mera applicazione di teorie normative date ad un campo specifico.

Sia pure intesa come una forma di applicazione di teorie morali già note a un campo di problemi specifici, nel caratterizzare la bioetica si possono, però, fare presenti alcuni elementi specifici di cui valutare interesse e novità.

In prima istanza, si deve considerare che la nascita della bioetica andrebbe collocata, secondo molti, all'interno di quella svolta contestataria che, a partire dagli anni '70 del '900, soprattutto negli Usa e in Gran Bretagna, portò alla critica di una riflessione filosofica sulla morale che si chiudeva solo sui temi della metaetica e a un rinnovato impegno verso concezioni normative e applicate.<sup>20</sup> Ciò che veniva contestato era l'astrattezza di una riflessione sull'etica che rimaneva troppo lontana dalle questioni che attanagliavano la vita delle persone in carne ed ossa (in quello stesso torno di anni, oltre alle

<sup>17</sup> Il neologismo "bioethics" è ascrivibile a V. R. Potter, anche se lui la intendeva in un'accezione diversa. Cfr. V. R. Potter, *Bioethics. A Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1971. Per la bioetica come etica applicata si veda ad esempio J. P. De Marco, R. M. Fox (a cura di), *New Directions in Ethics: The Challenge of Applied Ethics*, New York, Routledge, 1986 e in particolare il saggio di S. Toulmin, *How Medicine Saved the Life of Ethics*, ivi compreso.

<sup>18</sup> W. Reich, a cura di, *Encyclopedia of Bioethics*, 4 voll., New York, The Free Press, 1978, p. xix.

<sup>19</sup> H. Kuhse, P. Singer (a cura di), *Companion to Bioethics*, Oxford, Blackwell, 1998, p. 3.

<sup>20</sup> Cfr. Fox e De Marco, cit., p. 11 e P. Singer, *Etica Pratica*, Napoli, Liguori, 1989, cap. 1.

questioni provenienti dalla medicina, si presentano il tema della guerra scaturito da quella del Vietnam, le questioni della giustizia sociale e della distribuzione delle risorse, i temi dell'etica ambientale o le questioni di etica professionale). In quanto tale la bioetica andrebbe dunque considerata, come anche altre etiche applicate o pratiche, come una forma di ritorno o di riavvicinamento alla concretezza dell'esistenza umana (a fronte di studi sulla natura del linguaggio, sul significato e la logica della morale ecc. che caratterizzavano la riflessione metaetica). Ma se questo è un elemento che caratterizza lo spazio riflessivo della bioetica, va anche detto, però, che il modo in cui questo ritorno all'esistenza e alla concretezza si è configurato ha proposto, di fatto, ben pochi elementi di novità rispetto alla configurazione della riflessione morale normativa già data. La bioetica così definita rimanda infatti a concezioni della riflessione morale normativa relativamente tradizionali, quelle che la vedono caratterizzata nei termini della riflessione su principi ultimi astratti e universali (diversamente giustificati, formali o sostanziali) che si sovraimpongono sull'esistenza e sulla condotta umana, valutandola e normandola in astratto o dall'alto (ad esempio utilitarismo, contrattualismo, teorie dei diritti, teorie neo kantiane).<sup>21</sup> La novità e l'interesse specifico della riflessione bioetica non verrebbero dunque, in questa luce, da un rinnovamento della teorizzazione morale, quanto più semplicemente dal novero di questioni su cui questa teorizzazione si applica, questioni che richiedono anche lo sviluppo di conoscenze interdisciplinari e la comprensione di questioni tecniche, come nel caso dell'embriologia e della procreazione assistita, della genetica, della medicina d'urgenza e così via.

Un altro elemento importante da considerare consiste nel fatto che su questo tipo specifico di questioni, inerenti il nascere, morire e curarsi degli esseri umani, si è rinnovato lo scontro tra posizioni laiche e posizioni religiose che invece su altre questioni applicate (per esempio la guerra o la povertà) poteva non darsi. Proprio a questo proposito, la riflessione sui temi della bioetica – secondo molti autori – viene a caratterizzarsi come una forma di test per le teorie morali, che mostrano il loro valore o la loro validità proprio nel momento in cui vengono applicate a temi tanto nuovi e divisivi. Le prescrizioni derivate da vari sistemi normativi vengono dunque messe alla prova rispetto alla loro capacità di cogliere e distinguere le diverse questioni,

<sup>21</sup> Per un'introduzione un utile riferimento è R. Mordacci. *Un'introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Milano, Feltrinelli, 2003. Ho ricostruito una mia analisi di questa concezione della bioetica in C. Botti, *Bioetica ed etica delle donne*, Milano, Zadig, 2000, cap. 2. A questo proposito, infine, Lecaldano parla di un non necessario "deduttivismo o modello ingegneristico", in *Bioetica. Le scelte morali*, Roma-Bari, Laterza, 2005, p. 15.

alla loro coerenza e tenuta, o alla natura intuitiva o controintuitiva delle risposte che forniscono.<sup>22</sup> La riflessione bioetica si offrirebbe dunque anche come una forma di argomentazione a favore o contro determinati sistemi normativi.

Nonostante la considerazione di questi importanti elementi, mi pare di poter dire che così inteso lo sviluppo della riflessione bioetica non conduca a una sostanziale riconfigurazione della riflessione morale, e che neanche l'elemento del richiamo alla concretezza dell'esperienza umana si configuri come un elemento di grande novità. Quest'ultimo difatti non è stato uno dei nuclei su cui la riflessione si è articolata, in quella che possiamo definire la "bioetica *mainstream*", che in fondo si limita – proprio come nelle definizioni offerte da Reich e Singer citate – a indagare come determinati sistemi normativi, determinate regole, principi o forme di argomentazione, si applicano a problemi specifici.

Così, per esempio, abbiamo da una parte una bioetica ispirata al principio di sacralità della vita, di matrice religiosa o vitalista, che porta ad alcuni tipi di valutazioni circa la possibilità di interrompere il corso di una vita umana (aborto e eutanasia) o di modificare alcuni tratti considerati salienti della natura umana (dalla genetica alla riproduzione, alla sessualità). Dall'altra, una bioetica liberale che fa invece perno, nel valutare questa stessa serie di questioni, sul rispetto dell'autonomia degli individui e sulla preoccupazione per la loro felicità o benessere in termini di qualità della vita.

Se le valutazioni che questi diversi approcci offrono, in relazione alle questioni rilevanti in bioetica, sono di per sé nuove, e se le forme di argomentazione e di critica che si producono sono certamente interessanti, vi sono però – si può dire – pochi elementi innovativi dal punto di vista della configurazione della riflessione morale. Gli opposti principi di sacralità della vita o di autonomia e qualità della vita si possono ricondurre infatti a riflessioni e teorizzazioni già presenti nella storia della filosofia morale: è per così dire il loro uso in determinati contesti che è nuovo, ma quest'uso non sembra tornare su di essi a rinnovarli, al limite può servire ad argomentarne la validità. Invece è proprio sulla necessità di un rinnovamento che può essere interessante ragionare, e in questa ottica la bioetica, se guardata in modo diverso, può risultare un terreno fertile per aprire ad ampie riconfigurazioni della riflessione morale.

<sup>22</sup> Così ad esempio R. M Hare, *Perché occuparsi di etica applicata?*, in M. Mori, a cura di, *Questioni di bioetica*, Roma, Editori Riuniti, 1988, pp. 19-36; P. Singer, *Etica pratica*, cit., cap. 1; Id., *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Milano, Il Saggiatore, 1996; e M. Mori, *Manuale di Bioetica*, Firenze, le Lettere, 2012.

Non mi soffermerò oltre sulla caratterizzazioni della bioetica *mainstream* e delle diverse radici da cui trae linfa, perché sono temi noti. A questo proposito è sufficiente fare riferimento, oltre ai volumi già citati in nota, al volume di Beauchamp e Childress, *Principi di etica medica*, che si propone proprio come una sorta di compendio e tentativo di compromesso tra diversi approcci normativi.<sup>23</sup> Ciò che vorrei invece sottolineare, per concludere, è che mi sembra si possa dire che, salvo alcune eccezioni (come appunto il tentativo di mediazione di Beauchamp e Childress e la casistica di Jonsen e Toulmin o forse la riflessione di matrice tedesca di Jonas e Habermas),<sup>24</sup> la bioetica per come la conosciamo si è sviluppata sulla base di una concezione dell'etica caratterizzata da un vocabolario specifico (fondamentalmente ridotto alla predicazione di diritti e doveri), da forme di ragionamento astratto, dal distacco e dalla possibilità di ridurre l'esperienza morale umana, riguardo a certe questioni, a forme di dilemmi in cui attori astratti e impersonali, tipizzati secondo alcune caratteristiche salienti (siano esse la capacità di provare piacere o dolore, la razionalità o l'essere genericamente umano), hanno una serie di diritti o doveri. Così "pazienti" e "medici" hanno diritti o doveri, "donne" ed "embrioni" altrettanto e, a seconda delle diverse impostazioni normative di sfondo, vengono proposte soluzioni diverse ai diversi dilemmi.

Come già dicevo, è questo impianto che si può provare a mettere in discussione.

Si noti per altro che, molto spesso, nella riflessione bioetica, oltre alla predicazione di diritti o doveri (astratti e universali) sul piano morale, ci si è confrontati anche con il piano della tutela giuridica e istituzionale di quegli stessi diritti o doveri, o di determinati valori, come quelli di libertà o dignità umana: si sono prodotte infatti molte riflessioni intorno alla forma e al contenuto che le leggi positive, statali e internazionali, devono avere in generale e su queste materie in particolare.

E' evidente, dunque, per concludere, che ci troviamo di fronte a una concezione dell'etica che non solo l'etica della cura ma anche molte altre impostazioni "eterodosse" di recente hanno contestato. Quindi può essere interessante interrogarsi intorno come si possa riconfigurare la bioetica a partire da approcci diversi.

<sup>23</sup> T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Firenze, Le Lettere, 1999.

<sup>24</sup> A. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley, University of California Press, 1988; H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Torino, Einaudi, 1990; Id., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Torino, Einaudi 1995; e J. Habermas, *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, Torni, Einaudi, 2002.

E' forse il caso di ribadire ancora che il tentativo che qui si vuole percorrere non è quello di dar conto dell'applicazione di un ennesimo e diverso approccio teorico ai temi della bioetica, quanto piuttosto di mostrare come la riconfigurazione dell'etica che caratterizza l'etica della cura possa interagire in modo fertile con temi interessanti che sorgono dalla stessa riflessione e pratica bioetica, se guardata in modo diverso.

## 5. PROBLEMATIZZAZIONE DELLA BIOETICA "MAINSTREAM"

Al fine di mostrare la ricchezza dell'interazione tra la riflessione bioetica e l'etica della cura, e indagarne alcuni aspetti salienti, anche problematici, vorrei offrire ancora qualche considerazione sulla bioetica, tornando sulla dimensione della concretezza e praticità che la caratterizza.

Se da una parte è vero, come ho accennato, che la riflessione bioetica prende la forma di una riflessione puramente teorica, per cui questioni come la moralità dell'aborto, dell'eutanasia, delle forme di riproduzione assistita, della clonazione, del potenziamento genetico, della sperimentazione su soggetti umani o animali, della piena informazione dei pazienti e il loro consenso, e via di seguito, vengono trattate come dilemmi ipotetici da guardare e risolvere alla luce di approcci morali normativi comprensivi che diversamente valutano la possibilità di disporre della propria vita o diversamente normano le relazioni umane (sulla base di divieti assoluti o di spazi di autonomia e rispetto), è pur vero che per la sua stessa natura e genesi la bioetica fa i conti con la dimensione pratica in termini più specifici.

L'esigenza da cui è nata la riflessione bioetica non è infatti meramente teorica: molte sono le ricostruzioni della nascita della bioetica come terreno di riflessione, ma di fatto tutte sono d'accordo nel vederla legata ad un'esigenza pratica, ad interrogativi cogenti e realmente sentiti che attraversano le nostre società o settori specifici di esse (scienziati e medici per esempio), circa le possibilità aperte dagli sviluppi tecnici e conoscitivi delle scienze della vita e della medicina.<sup>25</sup>

Di fatto, in questo forse più che in altri tipi di riflessione etica ci trova confrontati con un immediato riscontro fattivo: la bioetica si è sviluppata come una riflessione che deve proporre soluzioni che vanno direttamente implementate nelle nostre società, spesso nella forma di leggi dello Stato che consentono, vietano o normano una serie di pratiche, ma anche – ad esempio

<sup>25</sup> Oltre ai testi citati nel paragrafo precedente si veda A. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 1998.

– nella forma del *counselling* e della revisione etica nella pratica clinica e di ricerca. Questo è evidente se si pensa alla notevole fioritura di comitati etici locali e nazionali, al numero di leggi in materia di bioetica che diversi paesi si sono dati, alla presenza di temi bioetici nel dibattito pubblico e politico. La stessa produzione teorica ne è stata influenzata, anzi spronata: così ad esempio la riflessione di Beauchamp e Childress è stata stimolata dai lavori della commissione istituita dal Congresso Usa per la stesura di linee guida etiche per la ricerca medica che coinvolge soggetti umani e altre questioni di etica biomedica; ugualmente il lavoro svolto da filosofi britannici in commissioni parlamentari ha ampiamente spronato la loro riflessione.<sup>26</sup> Ma importante, in questo senso, è stata anche la produzione normativa a livello internazionale.

Questo aspetto della riflessione e pratica della bioetica è interessante e peculiare e può essere ancora approfondito, per tornare poi a riflettere sulla teorizzazione morale, le sue forme e i suoi punti critici. E' infatti interessante osservare il fatto che, dovendo l'implementazione della riflessione sui temi della bioetica trovare spazio nelle nostre società liberal-democratiche, la riflessione morale sui casi della bioetica – anche quando sia portata avanti a partire da matrici teoriche diverse – non possa non essere influenzata dalle assunzioni di fondo dell'impianto liberale stesso, dai "confini morali" (direbbe Tronto) che lo caratterizzano. Ci si muove dunque, anche nel dibattito critico, all'interno di impostazioni morali universaliste e imparzialiste, che vedono la soggettività come sovrana e considerano precise procedure per consentirne o eventualmente limitarne la libertà, o comunque si assume il lessico tipico di quell'impostazione, quello per dirla in breve dei diritti.

E' interessante notare, per chiarire questo punto, che perfino la produzione morale di matrice religiosa, per esempio molta parte della riflessione prodotta in seno alla Chiesa Cattolica Romana, sembri quasi rinunciare al proprio impianto antropologico e valoriale di fondo, proponendo invece una sorta di traduzione dei propri valori nel lessico moderno dell'impostazione liberale, per cui – ad esempio – la religione stessa e la possibilità di testimoniare il proprio credo diventano un diritto dell'individuo sovrano e una serie di divieti vengono proposti come opzioni da proporre al gioco democratico con la

<sup>26</sup> Si veda Beauchamp e Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., pp. 20-22; un esempio per il Regno Unito è la riflessione di Mary Warnock sulla riproduzione assistita, cfr. M. Warnock, *A Question of Life*, Oxford, Blackwell, 1985.

speranza che possano divenire il contenuto di leggi da approvare in una procedura democratica formalmente corretta.<sup>27</sup>

Interessante è anche considerare, d'altra parte, che è proprio in riferimento a considerazioni sull'implementazione pratica della riflessione bioetica, ovvero direi sulla pratica della bioetica, che si possono mostrare alcuni limiti di questa impostazione, quella liberale intendo, e dei suoi assunti di fondo.

Se è vero infatti che, dalla descrizione appena fornita, ciò che sembra dirimente anche nella riflessione bioetica è il rapporto tra l'individuo sovrano e la società, su cui il pensiero liberale si è di fatto concentrato e sviluppato maggiormente, è vero altresì che emergono da questa stessa istanza di praticità della bioetica alcuni elementi di problematizzazione di questo assunto. E' pur vero, infatti, che la riflessione bioetica trova il suo luogo di implementazione anche in piani diversi rispetto a quello delle leggi o delle istituzioni che guidano le nostre società. Di fatto essa riguarda, si applica, vive, nelle corsie degli ospedali, nelle istituzioni di ricerca, nella vita di ciascuno di noi, quando dobbiamo decidere – ancorché entro le norme date dalla collettività – come agire in determinate circostanze.

Le norme, i valori, le argomentazioni con cui ragioniamo, ad esempio, della correttezza della relazione medico/paziente, o della moralità dell'aborto, devono cioè riuscire ad essere perspicue, fertili e agibili su un piano pratico particolare, che non è quello della delimitazione di una sfera di azione libera per individui considerati in astratto (la libertà di tutti di decidere sulla fine della propria vita, di abortire o simili, anche codificate in leggi positive), ma piuttosto quello dell'esperienza personale e interpersonale di determinate situazioni. Si tratta cioè di dare conto di, o riflettere su, determinate e specifiche relazioni tra medici e pazienti, determinati e singoli casi di aborto, nella loro concretezza e particolarità. Ma è proprio su questo piano, concreto e personale, che di fatto si mostra la debolezza di impostazioni etiche astratte e universaliste, come sono quelle che stanno dietro all'impostazione liberale più tradizionale. Ragionamenti che vanno bene in linea di principio, appunto per delineare linee di condotta o sfere di libertà generali e astratte, si mostrano distanti e poco perspicui nel dare conto dell'esperienza morale che singoli individui compiono o semplificano in modo quasi mortificante la ricchezza dell'esperienza umana e il tessuto vivo delle relazioni che la compone. Tanto è così che alcuni tra gli autori più attenti, ad esempio gli stessi Beauchamp e

<sup>27</sup> Interessanti considerazioni su questi temi, ovverosia sullo sfondo necessario alla democrazia liberale, e sul tramonto di altri sfondi, sono offerte da Piergiorgio Donatelli in *La vita umana in prima persona*, Roma-Bari, Laterza, 2012.



Childress, hanno riconosciuto la natura di “regole generali” delle loro tesi normative, sostenendo che esse vadano poi applicate *cum grano salis* ai casi reali, salvo poi non dare indicazioni per questa stessa applicazione, applicazione che è invece, come sto cercando di sostenere, il punto della questione.

Spesso dunque l’argomentazione in bioetica, influenzata dalla forma di riflessione etica che sta dietro alle nostre istituzioni liberali, si concentra sulla tutela di spazi di libertà di scelta (o viceversa della negazione di spazi di libertà di scelta), senza considerare il piano soggettivo e relazionale in cui quelle scelte si attuano (o dell’eccezione rispetto al divieto, che pure spesso si dà). Risulta oscurata dunque una dimensione fondamentale dell’etica, quella della condotta personale e dei suoi motivi, nella concretezza della situazione e nella dimensione personale dell’esperienza: la riflessione etica rimane dunque astratta e distante dal piano dell’esperienza umana.<sup>28</sup>

Senza dilungarmi troppo su questo tema, è evidente che qui si inseriscono una serie di problematicità e che (se le norme astratte predicate dai filosofi che si occupano di bioetica non riescono a parlare ai singoli che vivono la realtà di una serie di casi) si apre lo spazio per una ricerca ulteriore, quella che appunto si può produrre se si muove da concezioni della morale completamente riconfigurate come sono quelle dell’etica della cura, cui ora mi volgo.

Prima di tornare su queste, per testimoniare del fatto che si tratti di un incontro con l’etica della cura, più che di una sua applicazione, passerò brevemente in rassegna alcuni problemi che sorgono nel momento in cui si guarda al piano esperienziale o vissuto dei dilemmi della bioetica.

E’ facile mostrare, infatti, che il tipo di argomentazione che si produce nella riflessione bioetica *mainstream*, con i suoi livelli di generalità e astrattezza, comporta una serie di semplificazioni ed *impasses* nel momento in cui queste argomentazioni si devono incarnare nelle condotte di individui particolari. Se muoviamo da considerazioni generali ed astratte che riducono ogni dilemma morale alla definizione degli interessi o delle caratteristiche fondamentali dei protagonisti, trovando la soluzione in algoritmi astratti, ci troveremo in difficoltà quando da quell’astrattezza passiamo alla concretezza delle situazioni. Si può provare, ad esempio, a discutere della moralità dell’aborto riducendo la questione alla caratterizzazione dello statuto morale dell’embrione umano, per sé, o come se fosse in provetta, ma questo nulla dirà

<sup>28</sup> Qui potrebbe venire utile il raffronto con le considerazioni di Anscombe sulla vacuità del vocabolario morale della filosofia morale moderna, cfr. G. E. M. Anscombe, *La filosofia morale moderna*, in “Iride”, 21 (2008), n. 32, pp. 47-67, per una reinterpretazione critica di queste si veda Donatelli, *La vita morale in prima persona*, cit.

della peculiare condizione in cui la gran parte degli embrioni si trova, ovvero all'interno del grembo materno, e della peculiarità della condizione umana del due-in-una che caratterizza la gravidanza. Né basterà attestarsi su permessi o divieti in linea di principio per dar conto dell'esperienza morale delle singole donne che devono decidere se abortire in un dato momento della loro vita. Ugualmente si possono proporre argomentazioni basate ad esempio sulla valutazione, in linea di principio, della qualità della vita dei nascituri o dei malati per discettare della loro sorte, senza considerare che la qualità di una vita non è data una volta e per tutte, ma varia al variare del contesto relazionale e della particolarità degli individui, contesto e particolarità che devono essere valutati di volta in volta. Ancora, si può argomentare a favore del valore della decisione autonoma degli individui nel contesto delle cure mediche o delle scelte relative alla fine della loro vita, ma questo non risolve il problema di capire, di volta in volta, se ci si trova di fronte a una scelta autonoma o quale sarà la peculiare forma di comunicazione o di rispetto da mostrare, considerato che non siamo agenti razionali, incorporei e seriali, dotati di interessi oggettivamente misurabili o soggettivamente sempre esprimibili, ma individui unici e irripetibili, in parte opachi a se stessi e agli altri. Si pensi, per fare degli esempi eclatanti, ai pazienti psichiatrici, ai disabili, ai minori maturi o alle persone affette da forme di demenza: sono costoro individui autonomi o no? E la risposta a questa domanda può essere data in generale, definendo dunque in astratto e una volta per tutte il corretto atteggiamento nei loro confronti nei termini del rispetto della loro autonomia o viceversa della presa in carico paternalista del loro benessere? O è più fertile un approccio etico che veda o parta dalla concretezza e particolarità di ciascun incontro? Ma considerazioni analoghe ovviamente si possono fare a anche riguardo a individui che possiamo considerare "normodotati": quanto peserà il contesto relazionale e lo sfondo sociale e simbolico, sulle capacità di decisione o espressione di ciascuno?

Questo, per dirla in breve, è il livello in cui ci si trova ad agire quando la bioetica dai libri passa nelle corsie di ospedale.<sup>29</sup> E' evidente che impostazioni che definiscono il "retto comportamento" (così Cavarero) sulla base di visioni astratte della soggettività e delle regole non riescono a rendere conto del tessuto ricco di connessioni e sfondi in cui agiamo, ed è altrettanto evidente, io

<sup>29</sup> Nella ricchezza della letteratura bioetica che propone questo tipo di considerazioni critiche, mi piace citare il recente lavoro di H. Lindemann, M. Verkek, M. Urban Walker (a cura di), *Naturalized Bioethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009. Ho esaminato questo genere di questioni in C. Botti, *Bioetica ed etica delle donne*, cit.

credo, che una visione dell'etica riconfigurata debba e possa provare a dar conto di queste questioni in modo diverso.

## 6. RICONFIGURARE LA BIOETICA

Quello che vorrei provare a sostenere, venendo a una conclusione di questo lungo ragionamento, è che il tipo di problematiche di cui ho dato velocemente conto (quelle che sorgono dal considerare la bioetica come la mera applicazione di grandi concetti morali a situazioni concrete che vengono necessariamente stilizzate), si possono superare, se si muove da una riconfigurazione del campo dell'esperienza morale com'è quella che ho descritto nei paragrafi dedicati all'etica della cura.

A fronte delle *impasses* determinate dal richiamarsi a nozioni e procedure astratte, ad esempio nella riflessione sull'aborto o sulla fine della vita e sulla relazione medico/paziente, una concezione dell'etica che metta a tema la corporeità e la relazionalità dei soggetti, la vulnerabilità e l'interdipendenza e l'attenzione al nostro ruolo a fronte della vulnerabilità e bisognosità altrui, permette di trovare vie di uscite diverse: invece di ridurre ogni situazione all'individuazione di diritti o doveri, magari articolati in contrapposizioni avversariali, si può richiamare il valore della responsabilità, dell'attenzione, della sollecitudine e della cura nella gestione dei rapporti, o l'importanza del far vivere le relazioni e del ridescrivere le situazioni, affinché le dimensioni della scelta e della fioritura di ciascuno siano agibili e i compromessi necessari siano trovati – come dicono le ragazze di Gilligan – senza che nessuno sia lasciato solo, ovverosia con attenzione alla sofferenza di tutti, anche se questo non vuole dire senza sofferenze.<sup>30</sup>

Da questo punto di vista, ad esempio, la questione della moralità dell'aborto può essere vista non come la contrapposizione tra il diritto alla libertà della donna e quello alla vita dell'embrione, su cui offrire argomenti contrapposti a partire da opposte visioni comprensive della morale, ma come una forma di "cura responsabile" di un rapporto, da parte della donna, nella sua condizione particolare, tessuta anche delle relazioni che ha con altri, ad esempio col partner, riconoscendo quindi a ciascuna donna che si trova in quella situazione non uno spazio vuoto di scelta, ma la competenza per una scelta sollecita e responsabile, che tenga presente le condizioni specifiche in cui ella può pensare di mettere al mondo un figlio o una figlia e di divenire madre. Così la questione delle scelte di fine vita o sulla cura della propria salute, o

<sup>30</sup> C. Gilligan, *Con voce di donna*, cit., capp. 3 e 4.

della relazione tra curante e curato, può essere affrontata non dall'interno di paradigmi che la riducano alla tutela dei diritti di libertà dei malati o all'affermazione della legittimità delle loro richieste che vincono come "assi di briscola" (per citare Dworkin, ma anche Engelhardt) sui presunti doveri dei medici o sul sentire di questi ultimi, ma piuttosto richiamando il medico alla cura, alla sollecitudine, verso la sofferenza con cui è confrontato, mettendo in gioco anche gli aspetti relazionali della scelta del paziente, che non si dà in un contesto astratto ma prende forma all'interno di quella stessa relazione.<sup>31</sup> Ma va anche aggiunto che ogni singolo atto, pur visto in questa luce, si può intendere e si può responsabilmente commisurare rispetto al valore simbolico che porta con sé in termini di rafforzamento di, o resistenza a, sfondi accoglienti, o meno, rispetto alla diversità degli stili di vita.

In termini più generali si può dire dunque che, anche in relazione ai temi della bioetica, la moralità si può configurare come una pratica che si dà in uno spazio relazionale, ma anche sociale e simbolico, di gestione moralmente matura di rapporti. Rapporti che riguardano un'umanità variegata e differenziata e comunque fragile, che non si può rinchiudere in categorie astratte ma che va guardata, ascoltata - nella sua particolarità - con attenzione e cura; umanità (nostra e altrui) con cui bisogna prima di tutto riuscire ad entrare in contatto.

In questo senso anche solo le formulazioni iniziali dell'etica della cura mostrano la loro ricchezza, e di fatto si è sviluppata, già da qualche tempo, una letteratura bioetica ispirata all'etica della cura.

A fronte al diffuso richiamo a regole, principi e a procedure di universalizzazione, che caratterizza gli approcci alla bioetica più comuni, sia deontologici sia consequenzialisti, si è infatti rivendicata la maggiore adeguatezza del richiamo a modelli di riflessione morale diversi, che si possono caratterizzare, in termini molto generali, come forme di etica della virtù, della responsabilità o della cura: forme di riflessione morale centrate non tanto sulle azioni e sul tipo di argomenti che ci possono portare a determinare quali corsi di azione siano i più adeguati, ma piuttosto sull'agente e sulla sua capacità di riconoscere e prendere in carico i bisogni degli altri nella loro particolarità, nei singoli contesti. Si è sviluppata cioè una riflessione che suggerisce un vocabolario diverso per dare conto dell'esperienza morale: una riflessione che ricorre a concetti come sollecitudine, cura, responsabilità,

<sup>31</sup> Ho proposto considerazioni simili in C. Botti, *Prospettive femministe*, cit., parte II. Per il riferimento a Dworkin, si veda R. Dworkin, *I diritti presi sul serio*, Bologna, Il Mulino, 1982; e Id., *Il dominio della vita*, Milano, Comunità, 1994. Per quello a Engelhardt, cfr. H. T. Engelhardt jr., *Manuale di bioetica*, Milano, Il Saggiatore, 1991.

sensibilità, ma anche amicizia, amore e virtù, o invece ascolto e narrazione, e che mette al centro non tanto gli individui e i loro diritti o interessi, ma le relazioni e i contesti, la particolarità e la concretezza delle situazioni, concentrandosi sulla vulnerabilità e i bisogni dei singoli. Larga diffusione ha dunque avuto il paradigma della cura, ma ampio spazio hanno avuto anche altre riflessioni legate per esempio alle nozioni di fiducia o amicizia, al dialogo o alla narrazione, a modelli relazionali, spesso sentimentalisti.<sup>32</sup>

Ragionare di bioetica dall'interno di questo tipo di quadri riflessivi – che si badi non significa produrre nuove soluzioni applicando in modo ingegneristico teorie morali diverse da quelle più diffuse, quanto invece offrire un vocabolario per rendere conto dell'esperienza o dei sentimenti morali che caratterizzano gli individui e le relazioni – è un modo di riconfigurare la riflessione bioetica certamente interessante e radicale. D'altra parte, questo tentativo ci costringe anche a riflessioni importanti sulla stessa esperienza morale, che tornano anche sul modo in cui la configuriamo o vi facciamo sopra riflessione filosofica.

Di fatto proprio da questo punto di vista emerge, a mio avviso, con una certa chiarezza – e questo è l'ultimo tema che vorrei proporre – che seppure lo spostamento di sguardo che si produce se introduciamo in bioetica (o in etica) uno stile riflessivo diverso, come è quello dell'etica della cura, è sicuramente importante, è altresì vero che esso può risultare non sufficientemente radicale, se non viene attentamente sviluppato e interpretato.

Le stesse nozioni di corpo, identità, relazione, contesto, cura, espressione di sé, esperienza, attenzione, responsabilità che abitano questo tipo di riflessione, se riportate alla pratica delle relazioni concrete e della vita ordinaria, mostrano ancora una debolezza quando siano assunte, come fa una certa etica della cura, come limitate al contesto relazionale interpersonale e non tengano conto di sfondi più ampi, sociali e simbolici, su cui le esperienze personali e

<sup>32</sup> Si vedano ad esempio: H. B. Holmes, L. Purdy (a cura di), *Feminist Perspectives in Medical Ethics*, Bloomington-Indianapolis, Indiana University Press, 1992, parte II; R. Tong, *Feminist Approaches to Bioethics*, Boulder Co., Westview Press, 1997, cap. 2; A. Donchin, L. Purdy (a cura di), *Embodying Bioethics*, Lanham, Rowman & Littlefield, 1999; H. Kuhse, *Prendersi cura*, Milano, Comunità, 2000; Lindemann, Verkerk, Walker, cit.; R. Manning, A Care Approach, in H. Kuhse, P. Singer, *A Companion to Bioethics*, cit., pp. 99-114; R. Bonito Oliva, *La cura delle donne*, Roma, Meltemi, 2006; L. Battaglia, *Bioetica senza dogmi*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2009. Per quanto riguarda il riferimento all'etica della virtù in bioetica si vedano: E. D. Pellegrino e D. C. Thomasma, *Per il bene del paziente*, Milano, Edizioni Paoline, 1992; E. D. Pellegrino, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford-New York, Oxford University Press, 1993; R. Hursthouse *Beginning Lives*, New York, Basil Blackwell, 1987; J. Oakley, *A Virtue Ethics Approach*, in H. Kuhse, P. Singer, *A Companion to Bioethics*, cit., pp. 86-98.

relazionali stesse, e la stessa cura, si stagliano. Sto accennando dunque a qualcosa di molto simile a quanto ho detto nelle pagine precedenti relativamente alle diverse interpretazione dell'etica della cura, e a modi diversi di considerare la vulnerabilità, la connessione e la cura.

Infatti la proposta finale che vorrei fare è quella di considerare la maggiore fertilità di una riconfigurazione della bioetica che parta dalle consapevolezza sviluppate in seno al modo più complesso di pensare alla cura, alla vulnerabilità e fioritura umana: quello che non le vede limitate solo alla dimensione biologico/corporea o psicologica ma considera sopravvivenza e fioritura umana come connesse anche a dimensioni sociali e simboliche ampie.

La mia proposta è dunque che valga la pena di percorrere una riflessione che consideri che prendersi cura degli altri non significhi solo – ad esempio – prendere in carico la richiesta di un paziente che vuole morire in un modo specifico, ma significhi anche, e piuttosto, fare in modo che quel paziente trovi la voce per formulare quella richiesta, per esprimersi ed essere ascoltato. In questo senso del prendersi cura, un'etica della cura ha delle implicazioni molto vaste: come abbiamo già accennato richiede infatti una presa in carico non solo di bisogni facilmente esprimibili e comprensibili o immaginabili, ma piuttosto l'attenzione a ciò che non si vede o non si ascolta facilmente, la consapevolezza degli sfondi materiali, sociali e simbolici in cui le identità, i bisogni, le pratiche e gli scambi, che sono al centro della riflessione bioetica, si iscrivono e risultano visibili o meno.

Anche nel contesto pratico della bioetica è facile constatare il ruolo di assi di potere sociali e simbolici che si iscrivono sui corpi e sui soggetti o attraversano le relazioni e le istituzioni, per esempio quelle medico-sanitarie. A fronte di questa consapevolezza, chiudere la riconfigurazione della bioetica solo chiamando in causa la sollecitudine dei medici e le loro virtù, o la responsabilità e scrupolosità dei singoli o delle singole donne, o la competenza relazionale e la sensibilità di tutti, può essere un cambiamento di sguardo interessante ma ancora relativamente superficiale o ingenuo, poiché non tiene conto di questo livello più profondo di connessione tra i bisogni e le scelte dei singoli, o la loro identità e soggettività, e i quadri di sfondo sociali e simbolici in cui l'esperienza di tutti e di ciascuno, e la pratica delle relazioni medesime, si iscrive e viene disegnata.

E' evidente, tanto per fare degli esempi, che la riflessione bioetica (anche così rivisitata) spesso si situa a valle della produzione di saperi e pratiche scientifiche, discettando sulle possibilità che si pongono a seguito di determinate innovazioni senza mai mettere in discussione il fatto che quelle

innovazioni (per es. la riproduzione assistita o il potenziamento genetico ecc.) siano state prodotte e non altre; è evidente altresì che essa non sembra considerare le differenze che mezzi materiali e culturali possono produrre nell'accesso alle pratiche mediche e nella capacità di deciderne, né la rilevanza della distribuzione di potere in termini geopolitici; né sembra vedere il ruolo che le nostre concezioni di normalità (per esempio l'assunzione della dicotomia sessuale uomo/donna come la norma della morfologia umana, rispetto alla quale individui intersessuali risultano "patologici") hanno nel definire le possibilità di scelta dei singoli.

Se noi assumiamo, come suggerito più sopra, che a fronte di questa complessità di livelli la cura possa prendere forme diverse e contemplare anche questo tipo di considerazioni, allora questo stesso tipo di attenzione o consapevolezza deve innervare anche una rinnovata riflessione sui casi bioetici.

Non è certo il caso di spendere qui molte altre parole per ricordare come assi di potere materiale, sociale e simbolico agiscano sulle possibilità di fioritura e libertà degli individui e delle relazioni; come la distribuzione della ricchezza pesi sulle possibilità di ciascuno e sul darsi o sull'agio delle relazioni; come gli scenari in cui ci si muove, e quindi le scelte che sono pensabili come agibili, siano determinati non solo dalla distribuzione materiale del potere ma anche dalla forma delle istituzioni in cui ci si muove, dal tipo di sapere che si produce, di scienza, dal tipo di governo che si esercita sui corpi, dalla visibilità e invisibilità di determinati stili di vita, di determinati individui e dei loro bisogni. Per un verso, si potrebbe dire, la riflessione bioetica si arricchisce o si dovrebbe arricchire dunque di un campo di analisi molto vasto, di interlocuzioni anche con riflessioni sociologiche e filosofiche ampie che appunto permettano di riconoscere queste molte dimensioni della vulnerabilità umana e della moralità.

Il punto dirimente però, per altro verso, e per venire a una conclusione, è capire come questo sforzo riflessivo ampio possa essere riportato alla dimensione della pratica che, come ho già ricordato, caratterizza in modo così rilevante la bioetica e alla dimensione più propriamente personale della morale. Potrebbe sembrare, infatti, che il livello delle scelte individuali su cui tendenzialmente e tradizionalmente si è concentrata la riflessione bioetica non possa che lasciare questo tipo di riflessioni e consapevolezze sullo sfondo, e ancora e di nuovo concentrarsi sulla libertà dei singoli da difendere attraverso l'implementazione di diritti individuali. Questo è di fatto quello che fa, nella buona sostanza, l'impostazione liberale più classica. A questa si possono opporre impostazioni diagnostiche o critiche che invece analizzano proprio

questi sfondi (penso all'eredità marxista, ad analisi sociologiche o analisi di matrice foucaultiana e ai temi della biopolitica), ma queste ultime, pur necessarie per una riflessione più ricca, sembrano avere a loro volta – almeno negli sviluppi più diffusi – il limite di sottodimensionare il ruolo della dimensione personale e individuale, della responsabilità morale singola che sembra essere al centro della bioetica (e dell'etica).

La scommessa rappresentata dalla riflessione sulla cura, nella sua interpretazione più ricca, è invece quella di riconoscere un ruolo anche all'azione o alla postura dei singoli individui, riconoscendo il valore che ogni singolo atto o parola ha, oltre che nel dare forma a relazioni più o meno attente ai singoli coinvolti, nel tessere e mantenere in vita articolazioni di potere e simboliche che possono essere felici o infelici, che possono consentire o meno l'espressione e la visibilità di bisogni e modi di vita diversi.

Prendersi cura degli altri (e di sé) in questa rinnovata accezione – a mio avviso utile per riconfigurare la bioetica – significa essere consapevoli e articolare la tensione tra l'istanza del prendersi cura degli altri e la difficoltà posta dai diversi assi di potere allo stesso accesso agli altri; una tensione che se, da una parte, rimanda al piano dei movimenti collettivi e politici atti a cambiare gli assetti di potere, si nutre, d'altra parte, di uno sforzo e un contributo personale, che prende forma nel modo in cui ci si dispone verso gli altri, nelle parole che si ripetono, nelle pratiche di vita e nei significati che si stabilizzano attraverso i propri gesti o le relazioni che si istituiscono, nella capacità di mettere in discussione se stessi e i propri pregiudizi per incontrare gli altri, per mettersi in connessione con gli altri e comprenderne i problemi o i desideri, nella possibilità che si dà a ciascuno di resistere a ciò che di volta in volta viene considerato ingiusto o disumano. Disposizioni che appunto dovremmo mettere in atto nella nostra vita quotidiana, anche – ma non solo – in relazione al modo di porsi e di dare significato alle opportunità offerte dalla biomedicina.

Per concludere io credo che una riconfigurazione della bioetica in questo senso, ancorché qui solo accennata, possa dar conto di alcuni aspetti rilevanti della dimensione pratica della bioetica, almeno per quanto riguarda la condotta concreta degli individui.

Ciò detto, rimane però da discutere ancora una questione, ovverosia come dar conto o che senso prende, in questo quadro, l'altro aspetto che caratterizza la dimensione pratica della bioetica per come l'ho descritta più sopra, ovvero quello che riguarda l'implementazione di una serie di soluzioni attraverso norme positive e leggi dello stato. Ovviamente questo è un tema vasto, che meriterebbe uno spazio più ampio di analisi, qui non mi posso limitare che a



poche battute conclusive e provvisorie. Io credo infatti che anche questo aspetto sia riportabile e reinterpretabile entro questo nuovo quadro: in prima istanza credo che il quadro descritto possa offrire ragioni per argomentare a favore di un limite del ricorso allo strumento legale, in tutta una serie di contesti,<sup>33</sup> e che, in secondo luogo, esso possa portare a una reinterpretazione della richiesta di implementazione di diritti individuali. I diritti individuali in questo quadro non dovrebbero più essere pensati, come nella tradizione liberale, come lo spazio vuoto di scelta di un individuo sovrano e proprietario, quanto piuttosto come lo spazio della sperimentazione di pratiche e stili di vita e di rapporti, consapevoli e responsabili. Infine, sempre in questo quadro, la rivendicazione di diritti può essere intesa come l'affermazione di punti di resistenza temporanei, come forma di espressione di sé da parte di chi (con le parole di Butler) non è assimilato, e come un modo per fare emergere conflitti e consapevolezze. Si tratta dunque di considerare la rivendicazione di diritti (sia pure tenendo sempre presente il limite di questa pratica e la percorribilità di altre forme di rivendicazione e pratica morale, sociale e politica), come la rivendicazione di spazi di pratica e consapevolezza morale piuttosto che come anonimi spazi per una libertà presunta. Mi pare dunque di poter concludere che si giunge anche per questa via ad un interessante ripensamento della riflessione e della pratica bioetica.

<sup>33</sup> Considerazioni di questo tipo sono state portate avanti per esempio rispetto al dibattito sulla legge 40 che norma l'accesso alle tecniche di riproduzione assistita, sia da parte femminista (penso ad esempio a M. L. Boccia, Grazia Zuffa, *L'eclissi della madre*, Milano, Pratiche, 1998) sia da giuristi come Stefano Rodotà e Gustavo Zagrebelski, ma esse sono ormai diffuse anche rispetto a una più ampia serie di casi.