

Limite e vulnerabilità. Questioni di cura

SOFIA DELLA CASA

Dottorato di ricerca in “Scienze della Persona e della Formazione”, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Corrispondenza: Sofia Della Casa, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, Italia; e-mail: sofia.dellacasa01@icatt.it.

Ricevuto il 1 novembre 2024, accettato il 5 gennaio 2025.

RIASSUNTO

Il presente articolo si pone l'obiettivo di riflettere sull'arte medica alla luce delle categorie etico-antropologiche del limite e della vulnerabilità. La medicina, infatti, rischia sempre più di pensarsi e agire come alleata delle tecnoscienze, navigando oltre le sponde dell'umano e aprendo a inediti scenari che modificano radicalmente il paradigma di cura. La perdita della nozione di limite come confine etico positivo conduce a scenari biomedici e biopolitici in cui la medicalizzazione dell'esistenza rischia di riscrivere il concetto di salute e di malattia. Da qui la necessità e il tentativo di mostrare l'importanza di tornare a riflettere in scenari medici sulla condizione umana come segnata dal limite e ontologicamente vulnerabile. L'itinerario che si intende perseguire muove dalle riflessioni di Michel Foucault sulla trasformazione dello sguardo medico in età contemporanea, per arrivare a una ricostruzione filosofica della nozione di vulnerabilità. Concetto nobilitato dall'etica della cura, la vulnerabilità, riletta alla luce di categorie bioetiche, permette di riqualificare il rapporto tra medico e paziente. Banco di prova per un'etica medica che sia autenticamente relazionale è la corporeità umana, che traccia il confine per regolare buoni prassi terapeutiche di assistenza e cura.

ABSTRACT

Limit and vulnerability. Questions of care.

This article aims to reflect on medical art in the light of the ethical-anthropological categories of limit and vulnerability. Medicine, in fact, is increasingly in danger of thinking and acting as an ally of the technosciences, navigating beyond the shores of the human and opening up unprecedented scenarios that radically alter the paradigm of care. The loss of the notion of limit as a positive ethical boundary leads to biomedical and biopolitical scenarios in which the medicalisation of existence risks rewriting the concept of health and illness. Hence the need and the attempt to show the importance of returning to medical scenarios to reflect on the human condition as marked by the limit and ontologically vulnerable. The itinerary we intend to pursue moves from Michel Foucault's reflections on the transformation of the medical gaze in the contemporary age, to arrive at a philosophical reconstruction of the notion of vulnerability. A concept ennobled by the ethics of care, vulnerability, reread in the light of bioethical categories, makes it possible to re-qualify the relationship between doctor and patient. The test-bed for a medical ethics that is authentically relational is human corporeity, which draws the boundary to regulate good therapeutic practices of care and treatment.

Parole chiave: medicina, cura, limite, vulnerabilità, corpo.

Keywords: medicine, cure, limit, vulnerability, body.

1. Un mutamento epistemico, antropologico e sociale

Il filosofo francese Michel Foucault, riflettendo sul ruolo della crescita del sapere scientifico e della conseguente trasformazione dello sguardo medico in età contemporanea, ritiene che il cambiamento radicale dello *statuto epistemologico* della medicina abbia avuto inizio con l'avvento dell'anatomia patologica. Nella prospettiva foucaultiana, infatti, è cioè con la "nascita della clinica" [1], che l'obiettivo del medico cambia di scala: non è più quello di rivolgersi al malato, per cercare una terapia volta a ristabilire l'*equilibrio* naturale *invisibile* della salute, quanto piuttosto indagare un complesso morboso di organi difettosi che non hanno più alcun segreto.¹

A causa della dissezione anatomica, secondo Foucault, il corpo umano diventa oggetto *visibile*, osservabile e manipolabile, parcellizzato al punto tale da essere circoscritto e analizzato solo nelle sue componenti patologiche. Come scrive il filosofo: «lo spazio della malattia è, senza residuo né slittamento, lo spazio stesso dell'organismo. Percepire il morboso non è altro che percepire il corpo» [1, p. 218].

Questo sguardo medico alla corporeità del paziente rende visibile il corpo anatomico e "percepibile" la parte patogena, ma ne oscura l'esperienza carnale.

Con l'avvento della «medicina delle reazioni patologiche» [1, p. 218], dunque, la *techne* medica finalmente "vede" oltre, smettendo così di ipotizzare, tastare o immaginare, cessando per paradosso di vede-

¹ Si veda [1, pp. 216-218].

re il paziente stesso: non sa trovare, cioè, oltre i sintomi patogeni che essa ricerca; non sa cogliere altro che un corpo-oggetto da ripristinare.²

Un tale sguardo clinico rischia, perciò, di risultare miope: il paradigma di cura, ridotto alla prestazione tecnica, potenzialmente illimitata, *limita* nei fatti il personale gesto di cura del medico.³

Si tratta di un mutamento epistemico che trasforma sul piano etico-antropologico *du regard medical* nei confronti del paziente. Si "mette a fuoco", infatti, uno sguardo clinico che guadagna sempre più precisione tecnico-localistica, con una straordinaria efficacia di ripristino funzionale, ma che rischia di essere eticamente *auto-limitante*, specialmente quando non riesce più a distinguere – e si tratta di una distinzione essenziale per la comprensione della malattia come esperienza sempre possibile della condizione umana – tra il corpo visto come centro unitario esperienziale e identitario e il corpo patogeno da debellare

² Secondo Foucault è proprio la possibilità di un piano di leggibilità del corpo, che solo la morte può garantire compiutamente, a rendere la medicina "scientifica". Scrive a tal proposito: «La malattia ha potuto staccarsi dalla contronatura e *prender corpo* nel *corpo vivente* degli individui solo quando la morte è divenuta l'a priori concreto dell'esperienza medica. Rimarrà probabilmente decisivo per la nostra cultura il fatto che il primo discorso scientifico da essa svolto sull'individuo abbia dovuto passare attraverso questo momento della morte». [1, pp. 222-223].

³ L'importanza del medico, con la sua competenza umanità e unicità è, in effetti, messa da parte a fronte di scenari, come quello della telemedicina, certo tecnicamente efficiente e funzionale per la cura, ad esempio, delle patologie croniche, ma che modifica lo stesso concetto di assistenza medica: l'ambiente virtuale surroga l'incontro – che si instaura sempre in spazi fisicamente e temporalmente relazionali – tra il medico e il paziente. Per un approfondimento si rimanda a [2].

che si innesta e aggredisce la carne della persona.

La malattia, inoltre, smette di essere pensata a partire dalla salute, come sua privazione, per essere indagata a partire dalla morte. Come scrive Foucault: «la morte è la malattia resa possibile dalla vita» [1, p. 178].

La medicina, insomma, con l'avvento dell'anatomia patologica, non pensa più il fenomeno della malattia – come esperienza della condizione umana – a partire dalla salute, ma dalla morte.

Il filosofo francese, non a caso, parla di uno sguardo medico che “cadaverizza la vita” [1, p. 190]; un'immagine potente, quella foucaultiana, per indicare il disincanto della medicina moderna di fronte anzitutto al corpo del malato – trattato, ormai, non più come corporeità vissuta in prima persona, quanto più come mera e inerte materia organica, *saputa*, oggettivata e meccanicizzata. E non solo: anche la morte non è più vista come un mistero inesplorabile, bensì come l'estrema malattia da indagare e sconfinare, l'ultimo *ostacolo* da superare⁴ [1, p. 190].

⁴ Foucault coglie qui – come mette in luce Maria Teresa Russo – un'importante trasformazione del paradigma antropologico in ambito medico con l'avvento dell'anatomia patologica. La vita umana, infatti, spiegata a partire dalla morte, è compresa necessariamente solo all'interno di una struttura di finitudine che non contempla più la chiamata esistenziale alla trascendenza e all'infinito. Pensare alla vita a partire dalla morte comporta, poi, anche un rapporto ambiguo con la morte. Da un lato, quest'ultima perde ogni carattere di mistero, per acquisire sempre più familiarità, quasi fosse la morte a rendere vivibile la vita. D'altro canto, però, la morte viene vista dalla scienza medica come il nemico per eccellenza da debellare, con la promessa che i suoi strumenti tecnici possano dispensare salute alla stregua della salvezza [3, pp. 22-25].

Un tale approccio clinico che promette salute eterna⁵ minaccia, specialmente in scenari decisionali complessi, di forzare *sine-limite* i *confini* della condizione umana, attraverso una reificazione del corpo del soggetto malato, in cui si rischia di perdere di vista la sua dimensione *personale*.

Quello che Hans-Georg Gadamer chiama «anonimato dell'apparato clinico» [4, p. 27] – all'interno di una prospettiva riflessiva critica sulla crescente tecnicizzazione del paradigma di cura medica, a discapito del sentire umanistico – permette, infatti, di operare sull'essere umano in termini meramente organistici, prescindendo da valori personali e *relazionali*. Si smarrisce, cioè, il modello relazionale e personalizzato di cura, e l'*ethos* – tutto umano – che ispira e indirizza la prassi medica.

La medicina, dunque, pensandosi esclusivamente come potente alleato delle tecnoscienze, e smarrendo il proprio sapere esperienziale umanistico – in una prospettiva sempre più riduzionista e frammentata, che delega alle apparecchiature il compito della cura – non solo deforma lo sguardo olistico sull'umano come totalità psicofisica, ma rischia, per altro *sconfinando* in contesti sociali e politici, di riscrivere il concetto stesso di salute, come pure quello di cura e di malattia.

⁵ Questa idea della salute eterna è ripresa oggi, in altri contesti culturali e secondo altre linee riflessive, dal movimento del transumanesimo, secondo cui la condizione umana rappresenterebbe soltanto una fase transitoria da superare tramite i mezzi delle tecnoscienze, destinati a far raggiungere all'umano uno stadio di post-umano, libero dai vincoli della corporeità: libero, cioè dalla malattia, e dal peggior morbo, ossia la morte. Per un approfondimento sul tema, con particolare attenzione alle conseguenze etico-antropologiche dell'ideologia transumanista, si rimanda a [5].

La scienza medica, trascendendo le sue finalità proprie – oppressa da obiettivi eminentemente economici più che guidata da finalità umanitarie – pretende di *curare la salute*, oltre la malattia, plasmando ideali antropologici sempre più perfettibili di miglioramento, e trasformando gli esseri umani in individui sempre più bisognosi di tecniche farmacologiche, sempre più pazienti senza essere neppure malati: “macchine” da “aggiustare” e migliorare, con il rischio che ogni persona sia potenzialmente un malato da scovare e curare.⁶

In tali scenari biomedici e biopolitici – seguendo anzitutto la ricostruzione di Foucault⁷ – l’esistenza umana si fa, allora, sempre più medicalizzata, con il pericolo che il concetto stesso di salute diventi più sfumato, soggettivo e manipolato da logiche efficientiste e utilitaristiche, laddove la medicina acquista un crescente potere nel delineare i ruoli sociali che le persone possono ricoprire, e nella costituzione di una società quanto più produttiva possibile.

Come scrive il filosofo Ivan Illich, riflettendo sulle conseguenze sociali e politiche di un’esistenza umana resa sempre più medicalizzata: «in una società medicalizzata l’influenza dei medici non si estende soltanto al portafogli e all’armadietto dei medicinali, ma anche alle categorie cui le persone sono assegnate» [8, p. 68].

L’agire medico, trascendendo le sue finalità più proprie, finisce cosicché per essere orientato non più da un limitato potere di cura, bensì da un potere di sorveglianza che “classifica” i cittadini.

⁶ Si veda [6, p. 175].

⁷ Per un approfondimento sulla riflessione biopolitica foucaultiana nel contesto di una crescente medicalizzazione dell’esistenza, si rimanda a [7].

La perdita della percezione del senso e del *valore del limite*, quale *confine* che traccia e caratterizza l’ambito di azione e di potere della medicina, nella sua duplicità di arte e tecnica, fa finanche sorgere inedite patologie iatrogene:⁸ vale a dire patologie esclusivamente di origine medica. Appellandosi al diritto di investire meglio le risorse e di prevenire le malattie e sulla base di parametri biomedici funzionalisti si pretende, perciò, di creare una «salute migliore» [8, p. 29], come se questa fosse pensabile, progettabile e spendibile come un prodotto industriale e standardizzato.

Cosicché tale «supermedicalizzazione sociale» – aggiunge ancora Illich – «promuove malessere rafforzando una società morbosa» [8, p. 28], ma non solo: crea una linea di demarcazione sempre più netta tra gli individui che sono ritenuti ancora sani – vale a dire quei cittadini utili e funzionali alla società – e coloro che sono malati o resi tali, considerati semplici costi sociali, vite di cui sbarazzarsi, qualora non subentri la guarigione o il ripristino delle funzionalità corporee e, soprattutto, delle capacità produttive.⁹

Il potere medico, quindi, quando smarrisce il senso del *limite* come *orizzonte etico positivo* che stabilisce fini e fissa confini di buone prassi terapeutiche, diventa una

⁸ Questa la definizione data da Illich: «Nel senso più ristretto, la malattia iatrogena comprende solo stati morbosi che, se non si fosse applicata la corretta terapia prescritta dalle norme professionali, non sarebbero insorti [...] In un senso più generale e largamente ammesso, la patologia iatrogena comprende tutte le condizioni cliniche i cui agenti patogeni, cioè che provocano il male, sono i farmaci, i medici e gli ospedali». [8, p. 25].

⁹ Per un approfondimento sulla dimensione politica della malattia e della disabilità si rimanda a [9].

sorta di potere di controllo e di manipolazione sociale.

Stressata dall'irrefrenabile progresso tecno-scientifico, la medicina del "desiderio" – quella che vuole esaudire gli appelli pubblici, e «materializzare i sogni della ragione» [8, p. 47] e aumentare così il benessere sociale – in realtà dimentica e tradisce la sua antica e nobile missione umanitaria, la meta finale della cura: vale a dire la *totalità* psicofisica della *persona malata*, presa in carico nella sua complessa sofferenza e singolarità. In epoca contemporanea sorgono perciò degli inediti scenari antropologici in cui, in nome del benessere, non semplicemente si vuole guarire la persona dalla malattia, ma trasformarla e migliorarla.¹⁰

Il sacrificio del portato umanistico della medicina, oltre a significare la perdita del sentire umano da parte del medico – che, per usare le parole di Illich, da «moralista» diventa una sorta di «illuminato imprenditore scientifico» [8, p. 95] – è lesivo della dignità della persona malata.

Per arginare le derive della biomedicina e contrastare questa tendenza a curare l'essere umano superandone, per paradosso, l'umanità è necessario, anzitutto, tornare a riflettere eticamente sul senso dell'azione di cura e, appunto, recuperare il valore del limite.

Il medico, del resto, armato delle più sofisticate tecniche terapeutiche, rischia, se sopraffatto dal sentimento di illusoria onnipotenza e ripiegato nel suo sguardo clinico localistico, di perdere di vista la sua vocazione, e di essere apatico, persino im-

preparato, di fronte alla sofferenza umana, creando distanze incolmabili tra il "mondo" dei sani e quello dei malati.

In simili scenari si rischia, cioè, oramai, di non saper – o di non volere – più usufruire degli strumenti umani di cura, come la parola e il tatto, indispensabili per *assistere* la persona malata e accompagnarla alla sperata guarigione.¹¹ Come pure di non contemplare la possibilità, sempre latente, del *fallimento*. D'altra parte, non sempre le cure mediche sono efficaci, a fronte, ad esempio, di patologie inguaribili. Ma laddove la prestazione medica si riduca alla sola diagnosi ed erogazione di farmaci, c'è pur sempre il pericolo che – quando questi perdano il loro effetto terapeutico – si procuri, in nome del "fare tutto il possibile", più danno che beneficio, aprendo, così, al drammatico scenario dell'accanimento clinico.¹²

Un antidoto, allora, a una medicina, come sottolinea Marianna Gensabella, sempre più ricca di mezzi, ma povera di fini [12, p. 171], può essere il recupero di un'*etica del limite* che ripositioni al centro dell'agire medico un paradigma umano che sia e resti realmente tale – ossia *vulnerabile* e segnato dalla *dipendenza* reciproca – salvaguardando, così, prioritariamente la *relazione di cura* e rilanciando, con un appello etico che riconosce e custodisce il valore

¹¹ Scrive Gadamer, a proposito della complessità della capacità di cura del medico: «Non è solo necessaria la mano, ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare la parola giusta, e l'occhio scrutatore del medico, che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto» [4, p. 110]. Per un approfondimento sul significato della relazione di cura come tempo assistenziale dedicato si rimanda a [10].

¹² Per un approfondimento si rimanda a [11, pp. 182-187].

¹⁰ Si veda [6, p. 176].

della *finitudine* dell'umano, l'antico e nobile scopo dell'arte medica: curare, sempre, la persona, anche se non si può guarire la malattia.¹³

Fare i conti con la finitezza ontologica dell'uomo significa anche accettare i limiti della stessa *techne* medica. Come scrive Gadamer: «La scienza, soprattutto la scienza moderna con le sue strutture speciali, non può illudersi di ignorare i *limiti* che le vengono posti sin dal principio. Il fine dell'arte medica è guarire, e la guarigione

¹³ Obiettivo, questo, sempre problematico da salvaguardare e perseguire negli scenari medici contemporanei, in cui il paradigma di cura è sempre più tecnicizzato, iperspecializzato e standardizzato. A tale proposito, l'espressione jaspersiana del "destino fatale" che incombe sulla cura medica risulta, in qualche modo, profetica perché esprime la tendenza della medicina contemporanea a smarrire il suo portato esperienziale più umanistico, rinchiodandosi sempre più in un sistema sanitario burocratizzato e spersonalizzante. Per contrastare tale processo, che è erosivo dell'*ethos* umanitario della medicina, sono sorte le cosiddette *Medical Humanities*, che avviano un ripensamento del paradigma medico di cura. Sviluppate a partire dagli anni '60 e '70 del '900, in particolare negli Stati Uniti e nel Regno Unito, tali campi di studio interdisciplinari si prefiggono la missione etico-culturale di umanizzare la formazione professionale del medico. L'obiettivo più eminentemente filosofico delle *Medical Humanities* è riportare al centro dell'agire medico l'essere umano e la sua umanità, sottolineando come la cura medica non possa essere ridotta all'accurata competenza scientifico-localistica del medico o ad efficienti tecniche terapeutiche. Da qui l'esigenza di tornare a riflettere sul portato umanistico, di eco antica, dell'*ars* medica, in cui l'essere umano, soggetto di cura, è riconosciuto e curato come unità psicofisica, centro corporeo ed esperienziale di vissuti. In scenari medici contemporanei, tale vocazione umanitaria della medicina è salvaguardata e praticata quando, ad esempio, al di là di ogni lettura funzionalista e meccanicista della corporeità, si riesce ad integrare le *cure*, le prassi cliniche e le conoscenze biomediche, con il *care*, ossia quelle pratiche di cura assistenziali – altrettanto importanti – che mirano a soddisfare i bisogni, soprattutto relazionali, del malato in quanto persona. Per un approfondimento sul tema si rimanda a [13].

non è in potere del medico, bensì della natura. Il medico sa bene di essere solo autorizzato a collaborare con la natura» [4, p. 138].

L'agire medico, in tal senso, deve "collaborare" con quei confini naturali che segnano e limitano la condizione umana, consegnandola alla finitezza.

Per tornare a pensare in ambito medico a questi confini è, infatti, necessario riaccreditare una riflessione antropologica che permetta, da un lato, di riflettere sulla responsabilità del medico, dall'altro di tornare ad aver-cura del malato, distogliendo la medicina da quello sguardo clinico reificante e riduzionistico alla persona e alla sua corporeità ferita.

Si tratta di aprire uno spazio di riflessione, moralmente e socialmente urgente, per ripensare la cura medica: terapia non solo tecnicamente ma anche umanamente competente, che riscopre nella figura del medico una soggettività etica, certo ontologicamente *limitata* e *vulnerabile*, ma capace di rispondere con competenza e umanità alla domanda di cura del suo paziente.

2. Il principio vulnerabilità come antidoto al sine-limite

La costruzione di un'*etica del limite* all'interno del paradigma medico necessita, dunque, degli apporti che la bioetica della cura può fornire per avviare una riflessione critica sull'approccio clinico all'essere umano, sempre più tecnicizzato e riduzionista.

Il fare tecnico, infatti, come mette in luce Adriano Pessina, non è mai eticamente neutrale, perché opera un radicale muta-

mento prospettico nelle modalità di comprensione di sé, degli altri e della realtà, modificando anche lo stesso agire umano.¹⁴

E in ambito medico, in particolare, il rischio è, del resto, come si diceva, che il predominio della prassi tecnica alle questioni di cura, trasformi la soggettività del paziente in “oggetto” di indagine, riscrivendo il linguaggio stesso della cura, con un alfabeto non più amicale e accogliente, ma arido e personalizzante.

Come scrive Alessandra Papa: «il rischio è, insomma, quello che, nel luccichio tecnologico, il malato non sia neanche più “immaginato”, né più accolto a partire da dati narrativi – come, invece, esortava a fare la medicina ippocratica – quali il biografico e il personale, ma semplicemente assegnato al numerico al misurabile, al quantificabile e, quindi, al procedurale, secondo i “criteri” di una ragione matematica» [14, p. 217].

L’identità del paziente rischia di essere oscurata dalla prospettiva biomedica, che riduce la persona malata alla malattia, cancellando quei «dati narrativi» e biografici alla base della relazione di cura.¹⁵

Ma il portato etico e umanistico dell’*ars medica* è modificato anche dallo sviluppo della genetica, con l’introduzione di sofisticate tecniche e rivoluzionari macchi-

nari che aprono a scenari medici fino ad ora impensabili, in cui si controlla, manipola e “genera” in laboratorio l’origine della vita, oltre a modificare radicalmente la modalità di accertarne la fine.¹⁶

A fronte di un potere tecnico *smisurato* e potenzialmente *illimitato* che stravolge paradigmi antropologici e frammenta valori morali – ma che resta ancora in *mani umane* – risulta fondamentale la definizione di bioetica come «coscienza critica della civiltà tecnologica» [9, p. 43]; così come indispensabile tornare a riflettere in scenari medici sulla condizione umana, poiché, se da un lato la civiltà tecnocratica aspira ad eliminare ogni margine di finitudine, dall’altro il prezzo da pagare è inestimabile: sopprimere il dato ontologico della *vulnerabilità*.

All’interno della riflessione bioetica il concetto di vulnerabilità – che esprime la fragilità dell’umano e il peso della *limitatezza* – assume un ruolo fondante e rivoluzionario, ben evidenziato dal bioeticista Warren T. Reich quando scrive: «La vulnerabilità rappresenta il fondamento ultimo di categorie come la cura, la responsabilità, l’empatia. Ma bisognerebbe anche dire che la vulnerabilità, intesa nella sua dimensione più profonda, costituisce la base stessa dell’etica. Il fenomeno originario dal quale essa prende le mosse» [16, p. 81].

Reich, ponendo la vulnerabilità a fondamento dell’etica esprime l’importanza e il valore di tale nozione in tutti quegli scenari relazionali in cui si è chiamati alla responsabilità di aver-cura dell’uomo e della sua umanità.

¹⁴ Si veda [11, pp. 57-58].

¹⁵ Si pensi, a questo proposito, all’importante missione etico-culturale della medicina narrativa, che promuove metodologie d’intervento assistenziali basate su specifiche competenze comunicative capaci di mettere al centro i dati biografici dei soggetti coinvolti nella relazione di cura, così da promuovere prassi terapeutiche più autenticamente umane e relazionali. Per un approfondimento sull’importanza della dimensione biografico-narrativa alla luce dell’esperienza dalla malattia si rimanda a [15, pp. 55-74].

¹⁶ Per un approfondimento si rimanda a [11, pp. 155-175 e 210-214].

Un particolare terreno fertile per la fioritura del concetto di vulnerabilità in questo senso, sono state, anzitutto, le voci morali “al femminile”.¹⁷ Rivendicando un “sentire” altro rispetto all’etica tradizionale – esclusiva maschile – e sottolineando il ruolo attivo delle donne da sempre immerse nelle prassi quotidiane di cura – queste studioshe hanno contribuito al passaggio da una bioetica dei principi, che ruota attorno al cosiddetto “principio di autonomia”,¹⁸ ad

¹⁷ La prima voce “al femminile” che ripensa l’etica tradizionale e il concetto di cura è stata, come è noto, la psicologa statunitense Carol Gilligan. Nella sua opera degli anni ’70, *In a Different Voice*, Gilligan sostiene che uomini e donne sviluppano la vita morale in maniera molto differente: l’approccio maschile è centrato attorno al principio formale della giustizia e del diritto, quello femminile fa nascere la risposta responsabile di cura a partire da un’etica relazionale attenta alla concretezza dei bisogni. Per Gilligan, dunque, le donne sarebbero più ricettive e sensibili a concepire la cura come una questione di relazione e responsabilità piuttosto che di diritti e giustizia. Altre rappresentanti dell’etica della cura sono Nel Noddings, Virginia Held, Sara Ruddick, Eva Kittay e Joan Tronto. Per un primo orientamento si rimanda a [17]. Per un approfondimento sugli apporti dell’etica della cura in ambito morale si rimanda a [18]. Più in generale, la letteratura sulla nozione etica di cura è ormai molto vasta, soprattutto in ambito internazionale. Per una sintesi delle riflessioni teoriche principali, con particolare riferimento al rapporto tra cura e interdipendenza si rimanda a [19]. Per un’interessante riflessione attorno al concetto di cura, che aspira a coniugare la dimensione teoretica a quella pratica si veda [20].

¹⁸ L’importanza dell’autonomia in ambito bioetico si è imposta, come è noto, soprattutto grazie al cosiddetto *principalismo* elaborato da Tom Beauchamp e James Childress, che prende il nome dall’opera – *Principles of Biomedical Ethics* del 1979 – in cui tale modello è stato proposto. Qui vengono individuati quattro principi fondamentali: rispetto dell’autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia. Il successo di questo modello sarebbe dovuto al fatto che, grazie alla sua impostazione formale e procedurale, il *principalismo* sarebbe stato in grado di trovare alcuni criteri di azione per risolvere i problemi etici. In realtà, il risultato di tale impostazione, affidato al bilanciamento di tali principi, si configura co-

una bioetica della *cura*, che riafferma il ruolo fondante della *vulnerabilità*.¹⁹

L’etica della cura, così come delineata da tali voci femminili, Carol Gilligan in testa, ripensa e riscrive le questioni bioetiche e il linguaggio della cura, anzitutto affidando il primato etico-morale non più all’autonomia dell’essere umano in quanto tale, ma al dato ontologico della *dipendenza* e, dunque, all’esigenza – insopprimibile – di reciprocità e relazione.

Proprio tale rinnovato sguardo alla condizione umana permette – come mette in luce Gensabella – di riposizionare al centro dei dilemmi bioetici tutte quelle *persone*²⁰ più vulnerabili, malate e portatori di disabilità, che rischiavano di non trovare un degno riconoscimento in una bioetica centrata esclusivamente sul principio teorico dell’autonomia [12, p. 25].

La bioetica della cura – alla luce di una lucida narrazione della condizione umana – ripensa, infatti, la nozione stessa di malattia come manifestazione evidente del *vulnus*, fisico o psichico, in quanto esperienza sempre possibile che esprime in modo trasparente la *fragilità* e la *finitudine* dell’umano.

Un tale sforzo di comprensione antropologica è fondamentale in scenari medici compromessi, perché permette di riposizionare al centro dell’agire medico le *soggetti-*

me un approccio riduttivo e relativistico nonché ambiguo per la risoluzione dei problemi, poiché, a seconda dell’interpretazione dei principi stessi, si giungeva a soluzioni contraddittorie [11, pp. 26-27]. Per un approfondimento sullo sviluppo del *principalismo* si rimanda a [21, pp. 71-90; 12, pp. 1-20].

¹⁹ Si veda, a tal proposito [21, p. 71].

²⁰ Sulla complessità e pregnanza dell’utilizzo della nozione di persona in ambito bioetico si rimanda a [11, pp. 86-103].

vità dei protagonisti della *relazione* di cura: anzitutto la persona malata, un *chi* la cui umanità è più vulnerabile perché ferita dalla patologia e perciò bisognosa di assistenza, e il medico, anch'egli vulnerabile in quanto persona e responsabile del gesto di cura.

Il paradigma medico di cura, dunque, ripensato alla luce della vulnerabilità, non può che essere orientato dal *limite* connotato e inscritto nella condizione umana. Limite che non è un ostacolo da superare, ma segna il *confine* – con tutta la pregnanza etimologica del termine²¹ – entro cui dimora e fiorisce l'umanità: non il fallimento della cura, bensì la sua radicale necessità.

La nozione di vulnerabilità non solamente, infatti, esprime il carattere di limitatezza dell'uomo, ma anche la sua *umanità*, che è sempre da tutelare e custodire.

Gensabella, non a caso, scorge nella vulnerabilità un «principio fondante» dell'etica e una categoria antropologica che riesce ad «aprire le vie della cura» [12, p. 49].

La nozione di vulnerabilità evoca e giustifica il bisogno di cura, dinnanzi a quella fragilità che connota ontologicamente la persona umana. Nondimeno, una tale presa di coscienza lungi dal sollecitare un'apologia della vulnerabilità e dal fare di quest'ultima il fondamento del dover-essere dell'uomo.

L'atto di cura, infatti, non trova la propria radice nel dato della vulnerabilità e della finitudine, ma piuttosto nella *persona*

umana in quanto tale, che conserva un *valore* e una dignità *in sé e per sé*, anziché primariamente in virtù delle sue ferite. Il significato del valore intrinseco dell'umano è emblematicamente dischiuso dal cosiddetto *malgrado etico* delineato da Pessina, che non cessa di rammentare come il diritto di cura degli uomini si radichi nel «riconoscimento, anche soltanto implicito, del valore, della dignità dell'uomo *malgrado* la sua malattia» [23, p. 75], anziché solo, e primariamente, in funzione della stessa.

Ciò non toglie, a ben vedere, che la vulnerabilità resti un dato ineludibile della condizione umana che invoca un imprescindibile dovere di tutela, nella misura in cui rivela l'esperienza e il bisogno ontologico di cura, dipendenza, e relazionalità.

Per questo motivo, ogni riflessione che ponga a tema il gesto umano di cura non può prescindere da una concettualizzazione della nozione di vulnerabilità.

In termini valoriali il concetto di vulnerabilità, intesa come *apertura* alla cura, suo *principio e motore*, dall'etica della cura è approdato gradualmente nell'ambito della bioetica contemporanea.²² In particolare, è nella *Dichiarazione di Barcellona* del 1998²³ che la vulnerabilità diventa una ca-

²¹ Come sottolinea Umberto Curi, il termine *confine* – *cum-finis* – ha un significato peculiare. Esso indica una linea di divisione che è luogo di incontro con l'alterità. Pensare il confine a partire dal *cum*, permette di riflettere sulla valenza intrinsecamente relazionale del termine. Per un approfondimento si rimanda a [22].

²² Per un approfondimento sul concetto di vulnerabilità come sfida e opportunità per la bioetica contemporanea si rimanda a [24].

²³ La dichiarazione è il risultato di tre anni di lavoro promossi dalla Commissione Europea in ambito bioetico, volti al ripensamento dei principi etici dell'agire medico a fronte delle criticità sollevate dallo sviluppo delle nuove biotecnologie. Oltre ai tre principi ispiratori della bioetica tradizionale (autonomia, dignità e integrità) viene aggiunto il principio vulnerabilità allo scopo di ridimensionare il peso dell'autonomia [12, p. 47]. Per un approfondimento sull'*iter* normativo in ambito bioetico del concetto vulnerabilità si rimanda a [25, pp. 108-115].

tegoria bioetica, che – mettendo in luce la finitudine e la fragilità della vita – chiama i *più* autonomi alla responsabilità di cura dei *più* vulnerabili e all’impegno per una costruzione di una comunità solidale all’altezza della condizione umana.²⁴

La cura, allora, riletta alla luce della categoria della vulnerabilità, diventa anche un tema politico e una fondamentale questione di giustizia sociale, come si legge nella stessa *Dichiarazione*: «la protezione della vulnerabilità è considerabile come un *ponte tra stranieri morali* in una società pluralistica, e il rispetto per la vulnerabilità è essenziale nel delineare le scelte politiche nel modello moderno del *welfare state*» [26, p. 237].

A partire dal “principio vulnerabilità”, dunque, si può ripensare il concetto stesso di cura, passando da un paradigma antropologico fondato sul “principio di autonomia”, a uno centrato sul bisogno ontologico di relazione.

Le persone, in quanto tali, anche quelle più autonome – in condizioni fisiche, psichiche, sociali o materiali migliori di altre – restano pur sempre ontologicamente vulnerabili e, dunque, in qualche misura fragili e dipendenti.

L’autonomia assoluta, in tal senso, che può essere interpretata come una figura antropologica di un individuo che si pensa *si-ne-limite*, è il prodotto di una mitologia sociale, di matrice liberale, che fa coincidere erroneamente tale concetto con l’indipendenza se non addirittura con la libertà,²⁵ po-

rendolo come principio cardine di una società funzionalista e atomizzata che, nei fatti, non rappresenta e non salvaguarda l’uomo e la sua umanità.

Sarebbe più opportuno dire, contro questa indebita narrazione della condizione umana, che proprio il lavoro di cura, come risposta necessaria di fronte alla vulnerabilità ontologicamente costitutiva, apra a forme di autonomia. Si nasce con un bisogno di cura che, se non riceve una risposta responsabile, non consente la crescita della persona fino a stadi in cui poter esercitare, entro certi limiti costitutivi, la propria autonomia, sempre variabile nel tempo.

A proposito dell’autonomia come mito, così si legge, inoltre, nella *Dichiarazione di Barcellona*: «l’autonomia resta soltanto un ideale, a causa delle limitazioni strutturali che gli derivano dall’umana finitudine e della dipendenza da condizioni biologiche, materiali e sociali [...] Dobbiamo riconoscere *la persona umana come un corpo vivente situato*» [26, p. 243].

Il “principio vulnerabilità”, quindi, permette di rileggere la condizione umana alla luce della *dimensione corporea*. Cosicché la nozione di persona umana come “corpo vivente situato” diventa finalmente fondante e necessaria per ripensare il paradigma medico di cura, poiché come scrive Pessina: «il riferimento al corpo umano risulta di fatto imprescindibile per qualsiasi riflessione che voglia porre a tema la dipenden-

²⁴ Si veda [12, pp. 71-113].

²⁵ Come sottolinea Alessio Musio: «nel linguaggio comune, infatti, le parole *libertà* e *autonomia* sono distinte ma vengono utilizzate spesso come sinonimie. Per cercare di chiarire i termini, si potrebbe, dunque, proporre

questa distinzione: *la libertà indica la possibilità che il soggetto ha di auto-determinarsi*, esprimendo tale auto-determinazione nella dinamica della scelta, mentre *l’autonomia indica la ragione per cui nella scelta si opta per un determinato contenuto in quanto realizzazione della libertà*». [27, pp. 99-100].

za a partire dalla malattia e dalla menomazione» [6, p. 199].

Riposizionare al centro dell'agire medico la corporeità della persona malata e, dunque, di riflesso, il tema della "dipendenza" e della "menomazione" del corpo – sempre "situato" e in "situazione" – e non semplicemente "danneggiato", è insomma il primo passo da compiere per uscire da logiche migloristiche e reificanti che sviliscono la dignità umana riducendo il corpo a mero oggetto biologico, morboso, manipolabile e perfettibile.

Il "principio vulnerabilità", in tal senso, apre a riflessioni etiche e pratiche sulle modalità di cura che, in ambito medico, hanno un importante valore morale poiché delineano l'orizzonte etico entro cui si può ripristinare e ricomporre la sensibilità umana del bisogno di cura.

Rileggere la condizione umana alla luce della dimensione corporea permette di ripensare la prassi medica oltre il paternalismo e il contrattualismo,²⁶ come etica relazionale *della e nella* vulnerabilità.

Da un lato, la vulnerabilità più fragile del malato che richiede cura, dall'altro quella del medico, anch'egli persona e perciò in qualche misura limitato e dipendente, esposto anch'egli – perciò attento e responsabile – al danno.

Tale etica relazionale che sorge dal bisogno di comprensione, tanto della persona

malata che si interroga circa il suo male, quanto del medico che offre la sua competenza e umanità per formulare una diagnosi e una terapia, trova nella nozione di vulnerabilità il modello etico-antropologico che rispecchia la condizione umana; paradigma da cui partire e a cui tornare per instaurare un'*alleanza terapeutica*, che è sempre asimmetrica per ruoli e compiti, ma reciproca quando autentica.²⁷

Ed è a partire dall'incontro tra due soggettività – il medico e il paziente – che deve realizzarsi un'etica relazionale capace di comprendere e rispondere ai bisogni di cura. Come scrive Gadamer: «nella comune intesa tra medico e paziente viene sviluppata una *vigile attenzione*, la quale rappresenta un compito ed una possibilità dell'uomo e la capacità di comprendere e di reagire correttamente alla situazione del momento e alla persona incontrata per caso» [4, p. 146].

Questa "vigile attenzione" che si instaura tra il medico e il paziente è alimentata e orientata dalla vulnerabilità, non un peso da sopprimere, proprio perché espressione della ineluttabile *limitatezza* della condizione umana, bensì origine del bisogno di cura e responsabilità di rispondervi con strumenti terapeutici tecnicamente efficienti, ma eticamente umani.

3. Il corpo come limite e confine

Gli esseri umani sono ontologicamente vulnerabili, esposti alla finitudine e alla mortalità, chiamati a fare i conti con il li-

²⁶ Scrive Elisa Buzzi a tal proposito: «il modello contrattualistico, centrato sull'autonomia del paziente, e quello paternalistico, centrato sull'autonomia del medico, risultano essere due facce, opposte complementari, di una medesima metanarrazione antropologica ed etica individualista, che riconosce nell'individuo isolato e autosufficiente l'unica sede legittima dell'autorità morale» [29, p. 121].

²⁷ Si veda a tal proposito [30, pp. 29-31].

mite. Come scrive Vladimir Jankélévitch: «l'uomo è fondamentalmente vulnerabile, e la morte può entrare in lui attraverso tutte le giunture del suo *edificio corporeo*» [31, p. 35].

Eppure, una tale evidenza così scomoda, diventa un peso tangibile di cui farsi carico quando la malattia, qui intesa come danno e sofferenza fisica, fa la sua apparizione: le fondamenta dell'«edificio corporeo» iniziano a incrinarsi.

Da ambiente familiare, obbediente e controllabile il corpo diviene inospitale, disobbediente e scomodo.

Il corpo, cioè, a causa della malattia, viene avvertito come un peso materico che prima passava inosservato. D'altronde, stare bene, come sottolinea Georges Canguilhem, significa «inconsapevolezza del proprio corpo» [32, p. 65], laddove invece «la consapevolezza del corpo risiede nel *sentimento del limite*, della minaccia, dell'ostacolo alla salute» [32, p. 65].

Nel «silenzio degli organi» [32, p. 65], indice dello stato di salute, il corpo malato fa sentire la propria scomoda presenza rivendicando voce e ascolto.

Da *soggetto di intenzioni* – come sottolinea Umberto Galimberti – il corpo, diventa *oggetto intenzionato*: non si vive più con il corpo, ma per quest'ultimo [33, p. 81]. Tale duplicità corporea del nostro essere persona – che rimanda alla distinzione husserliana tra il *Körper* come corpo oggetto, anatomico e fisiologico, e il *Leib* come corpo vissuto, espressione dell'identità della persona e complesso centro esperienziale – si manifesta e si esperisce con tanta più forza e chiarezza laddove si sperimenta il corpo come *limite*.

Con l'irruzione della malattia, si può

soffrire il corpo come scomodo possesso e fardello di cui liberarsi; ciò non toglie che il corpo resti anche il luogo di «ancoraggio» del sé – per usare un'espressione di Paul Ricoeur – il «mediatore fra l'intimità dell'io e l'esteriorità del mondo» [34, p. 437], nonché espressione ontologica della persona.

La cura, in tal senso, riguarda da sempre il confronto con il corpo perché esser-uomo significa esser-corpo.

Bisogna, tuttavia, aver-cura in modo ontologicamente adeguato all'essere umano in quanto corporeo: nell'esperienza vissuta della malattia l'espressione personale della corporeità rischia sempre di essere oscurata, oggettivata ed espropriata dalla prospettiva biomedica e tecnica. La prima vede il corpo come complesso funzionale di organi da ripristinare, la seconda, invece, lo parcellizza per controllarlo, manipolarlo e migliorarlo.²⁸

Tale visione funzionalista e atomizzata rinchiude lo sguardo medico in un localismo tecnico che è focalizzato esclusivamente sul dato patogeno da debellare e non sulla sofferenza provata dalla persona malata.

Come sottolinea Foucault: «paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi [...] Non è il fatto patologico a funzionare, rispetto alla vita come una *contro-natura*, ma il malato rispetto alla malattia stessa» [1, p. 21].

Un tale sguardo clinico alla corporeità ferita del paziente espropria la persona ma-

²⁸ Per un approfondimento si rimanda a [35, pp. 90-100].

lata della propria identità, che deve essere “messa tra parentesi”, in quanto è una sorta di “disturbo esterno” rispetto al morboso da asportare chirurgicamente.

La malattia, dunque, mappata dai medici e appiattita sul dato patologico, non sempre viene riconosciuta come *esperienza* del paziente, che penetrando nel corpo, impatta inevitabilmente sul suo essere persona.²⁹

Eppure, è proprio la corporeità, specialmente quando resa ancor più vulnerabile dalla malattia, ad essere il banco di prova del paradigma medico di cura, nonché il simbolo dell’antropologia del limite.

Da un lato, infatti, la persona malata, ripiegato nel suo dolore, può esperire il proprio corpo alla stregua di un oggetto ingombrante di cui vorrebbe liberarsi, un pesante fardello che lo contorce in se stesso.

Il medico, d’altro canto, è chiamato alla responsabilità di aver-cura del paziente e della sua corporeità ferita.

Questi non è umanamente autorizzato, sebbene debba far ricorso alla sua competenza e precisione tecnico-chirurgica, a ridurre la complessa e insostituibile corporeità del paziente a quella parte patogena da debellare, all’*ostacolo* da rimuovere.

Proprio la corporeità della persona, quindi, segna il *confine* dell’agire medico, un confine antropologico positivo che stabilisce le finalità della cura, rispetta la finitudine della condizione umana e indirizza il gesto terapeutico verso il bene.

Scriva Pessina a proposito del corpo co-

me espressione e luogo del *limite* – quest’ultimo inteso anzitutto nella sua accezione più eminentemente positiva – come orizzonte e fonte della stessa *possibilità* umana di scelta: «ma è nel *corpo* che noi impariamo a riconoscere il *limite* ed il suo senso. [...] il corpo che noi siamo, anche se non siamo solo corpo segna infatti la nostra *temporalità* e le stagioni della vita conservano un senso alla *finitezza*» [36, p. 59].

Il corpo è il confine etico che definisce la condizione umana come limitata, perciò esposta alla temporalità del divenire e alla finitudine, ma anche alla possibilità di scegliere quali beni siano da tutelare. In questo senso, concepire come il corpo come limite e confine ha un’eccezione etica positiva che dovrebbe orientare anche lo stesso agire medico.

Bisogna, dunque, sempre curare il *corpo visibile* della persona malata, non solo guarire la malattia, né tanto meno curare la salute, potenzialmente sconfinata e invisibile.

Lo stesso concetto di salute, del resto, è stato definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità – “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solamente “assenza di malattie o infermità”. Si tratta di una definizione indebita, proposta come idea regolativa e utopica ma che, di fatto, incentiva le teorie biopolitiche sulla medicalizzazione dell’esistenza e, per altro, ricalca una tendenza indefinita e rischiosa a fronte della medicina migliorista che ridefinisce sempre più i criteri di sanità, normalità e di socialità, creando ancora più distanze tra un “io malato” e una immagine sociale di perfezione in cui anche i sani sono in qualche modo “fuori norma” rispetto ad un ideale immaginato [37, p.

²⁹ Scrive Gadamer sul peso esistenziale della malattia: «la malattia, ossia la perdita dell’equilibrio, non si riferisce soltanto a un fatto medico-biologico, bensì ad un avvenimento biografico e sociale. Il malato non è più la stessa persona di prima» [4, p. 50].

176]; ideale che rischia di diventare normativo ma che resta realmente irraggiungibile.³⁰

La salute, d'altro canto, si sottrae ad una definizione oggettiva, ed è un fine solo in rapporto alla malattia; tuttavia, non deve diventare il fine dell'arte medica, che deve rimanere pur sempre l'assistenza alla totalità psicofisica della persona e, laddove possibile, la guarigione della malattia. Sarebbe, allora, più opportuno dire che la salute è un bene da tutelare, perché permette di realizzare più facilmente altre finalità, perché è collegabile alla pienezza di vita.³¹

La salute è, infatti, come la definisce Canguilhem, «un insieme di sicurezze e assicurazioni [...]: sicurezze nel presente e assicurazioni per il futuro» [23, p. 162].

Ciò non implica, però, che a fronte dell'incertezza della malattia non si possano realizzare altri beni nel presente o scoprire nuovi orizzonti di progettualità. Il malato, a prescindere dalla gravità della sua condizione, resta pur sempre persona, *più vulnerabile* di altre soggettività, proprio perché ferito dalla malattia: danno fisico che non semplicemente subisce e patisce come una sorta di cortocircuito corporeo, ma che può vivere attivamente nella ricerca di *senso* attraverso la mobilitazione di nuove risorse morali.³²

Questa ricerca personale di senso esige il riconoscimento da parte del medico del valore del paziente in quanto persona e, quindi, la responsabilità non solo di lenire il dolore, ma anche di *incontrare* la sofferenza della persona malata, curando la dimensione di senso che dolore e sofferenza esprimono.³³

Il gesto di cura, perciò, è autenticamente terapeutico quando non si riduce esclusivamente alla prestazione tecnica, ma si mette al servizio della persona, avendo cura della sua umanità più vulnerabile.

Partendo dalla corporeità come luogo di *significato*, come espressione del carattere ontologico dell'*unicità* e della *insostituibilità* della persona, è possibile tracciare il confine etico necessario per realizzare buone prassi terapeutiche di cura.

4. Una missione culturale

Delineare un'antropologia e un'etica del limite e della vulnerabilità all'interno del paradigma medico di cura non significa sacrificare il progresso tecno-scientifico – fatto da accettare e indirizzare verso il bene – quanto piuttosto recuperare e salvaguardare lo sguardo artistico e olistico alla persona che nasce sempre a partire dall'*incontro* di due soggettività: da un lato il malato che manifesta il bisogno di assistenza

³⁰ Come sottolinea Papa: «non esiste, quindi, un valore assoluto di normalità, ma solo una normalità relativa, di volta in volta decisa sulla base di criteri sociali e culturali, mai definitivamente valido o assegnato, del resto la norma in latino sta a indicare uno strumento di misurazione, la squadra per misurare gli angoli retti, quindi in senso figurativo la norma è ciò che regola, misura». [37 p. 91].

³¹ Si rimanda a [6, p. 182].

³² Per un approfondimento si rimanda a [38].

³³ I vissuti del dolore e della sofferenza sono, infatti, come ben sottolinea Musio, «questioni decisive per l'io», categorie di senso che – a fronte di una società sempre più algofobica e medicalizzata – sono da custodire, soprattutto in scenari in cui si è chiamati ad aver cura dei più vulnerabili. Per un approfondimento sulla distinzione tra dolore e sofferenza, alla luce del significato scheleriano del patire, si rimanda a [39, pp. 53].

esprimendo la *sua* domanda di cura, e dall'altro la risposta responsabile e *personale* del medico.

In questo circolo virtuoso tra cura e responsabilità, provare a custodire il portato artistico della medicina significa anche fare i conti con la precarietà delle relazioni, la finitudine dell'umano e la sua vulnerabilità: con il *limite* – come *confine* positivo e orizzonte etico di senso – entro cui la prassi medica si trova ad agire e deve tornare ad essere orientata.

È indispensabile, allora, recuperare il valore e il senso della nozione *limite* entro cui si colloca l'azione e il fine della medicina come arte: curare la persona umana, salvaguardandone la sua insopprimibile *umanità*.

Il medico, vocato alla responsabilità di cura, non deve lasciarsi stordire e ammalearsi dal potenziale illimitato delle tecnologie: il suo *fare* tecnico, per quanto efficiente, deve sempre rispettare il *proprium* dell'essere umano, a partire dal riconoscimento e dalla custodia della corporeità ferita – ma vissuta – della persona malata [40-42].

Ripensare il paradigma medico di cura alla luce dell'esperienza del *limite*, significa, dunque, promuovere una forma di agire umanamente competente e responsabile che trova nella *vulnerabilità* un *collante etico* che relaziona il medico con la persona malata.

Per restaurare l'*ethos* umanitario che ispira fin dalle origini la medicina, il medico *in primis* è chiamato alla responsabilità personale e sociale di custodire e rilanciare il valore etico-antropologico del limite e della vulnerabilità. La custodia di tali nozioni, insomma, ridona *umanità* alla me-

dicina ma anche *personalità* al medico, come soggetto etico.

Come scrive Karl Jaspers: «il medico che costringe il ricercatore presente in lui a *essere cosciente dei propri limiti*, che non lascia sussistere in maniera ovvia e incontrollata alcunché e che, attraverso la riflessione, cede la guida al filosofo che è in lui, di fronte ai pericoli mortali provocati dalle conseguenze della tecnica e dai fuochi fatti, potrebbe trovare, per conto di tutti, la via che conduce fuori dalla prigione del limitato pensiero intellettuale». [43, p. 69].

Il medico, conscio dei suoi limiti e della sua ontologica vulnerabilità, deve regolare il suo potere d'azione – finalizzato sempre alla cura della persona – cercando il *mètron*³⁴ tra il potenziale tecnico illimitato e la caducità dell'umano.

L'esperienza del limite e della vulnerabilità, confini invalicabili della condizione umana, sono categorie di misura etico-antropologiche indispensabili: bussole morali per l'*ars* medica.

References

- [1] Foucault M. *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane* (trad. it). Torino: Einaudi; 1969.
- [2] Dadà S. *Uno sguardo etico sulla telemedicina. La relazione di cura tra distanza e prossimità*. In: Masala A, Neri V (a cura di). *Vulnerabilità, social media e democrazia. Categorie resistenti e infosfera*. Pisa: Edizioni ETS; 2022: 61-80.

34 Si rimanda, a questo proposito, alla bella riflessione di Gadamer – dal gusto filologico ma dalla rilevanza etica – sulla distinzione greca tra *mètron* come ciò che viene oggettivamente misurato in un dato modo e *mètrion* come adeguatezza in sé, una misura interiore non aritmeticamente quantificabile [4, pp. 109; 142].

- [3] Russo MT. La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica medica. Milano: Vita e Pensiero; 2006.
- [4] Gadamer HG. Dove si nasconde la salute (trad. it). Milano: Raffaello Cortina Editore; 2018.
- [5] Marletta G. Transumanesimo. Maschera e volto della post-umanità. Roma: Cinabro Edizioni; 2024.
- [6] Pessina A. La “nostra salute”, tra corpo vissuto e saputo. In: Anelli F, Cesario A, D’Oria M, Giuliadori C, Scambia G (a cura di). Persona e Medicina. Sinergie sistemiche per la Medicina Personalizzata. Milano: FrancoAngeli; 2021: 173-183.
- [7] Foucault M. Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale (a cura di Napoli P). Roma: Donzelli Editore; 2021.
- [8] Illich I. Nemesi medica. L’appropriazione della salute. Milano: Red Edizioni; 2005.
- [9] Papa A. La persona e lo stigma: questioni biopolitiche. Rivista di Filosofia Neo-Scolastica 2016; 1: 55-66.
- [10] Alici L, Pagliacci P (a cura di). Tempo della cura, cura del tempo. Del vivere e del morire. Milano: Mimesis; 2024.
- [11] Pessina A. L’uomo sperimentale. Milano-Torino: Pearson; 2020.
- [12] Gensabella M. Vulnerabilità e cura. Bioetica ed esperienza del limite. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore; 2008.
- [13] Spinsanti S. La responsabilità della cura. Oltre l’orizzonte delle prestazioni sanitarie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2024.
- [14] Papa A. Forme semantiche e grammatiche della cura. Dimensioni etiche e antropologiche. In: Anelli F, Cesario A, D’Oria M, Giuliadori C, Scambia G (a cura di). Persona e Medicina. Sinergie sistemiche per la Medicina Personalizzata. Milano: FrancoAngeli; 2021: 207-224.
- [15] Pierosara S. Per un’autonomia narrativa. Etica, storia, educazione. Roma: Studium edizioni; 2022.
- [16] Reich WT. Prendersi cura dei vulnerabili: il punto di incontro tra etica secolare ed etica religiosa nel mondo pluralistico (trad. it.). Annali di Studi Religiosi 2002; 3: 71-86.
- [17] Brotto S. Etica della cura. Una introduzione. Napoli: Orthotes; 2013.
- [18] Botti C. Cura e differenza. Ripensare l’etica. Milano: Led; 2018.
- [19] Brugère F. L’etica della cura. Milano-Udine: Mimesis; 2023.
- [20] Mortari L. Sull’etica della cura. Milano: Vita e Pensiero; 2023.
- [21] Papa A. L’identità esposta. La cura come questione filosofica. Milano: Vita e Pensiero; 2014.
- [22] Curi U. Straniero. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2010.
- [23] Cariboni C, Oliva G, Pessina A. Il mio amore fragile. Storia di Francesco. Varese: Mama Edizioni; 2022.
- [24] Have HT. Vulnerabilità. Una sfida per la bioetica. Milano-Udine: Mimesis; 2024.
- [25] Dadà S. Etica della vulnerabilità. Brescia: Morcelliana; 2022.
- [26] Barcelona declaration. In: Rendtorf JD, Kemp P. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw, I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project, Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw, 1995-1998. Copenhagen; 2000: 235-244.
- [27] Musio A. Come la cellula, così l’uomo? Autonomia e dipendenza dell’io (dal biologico). In: Anelli F, Cesario A, D’Oria M, Giuliadori C, Scambia G (a cura di). Persona e Medicina. Sinergie sistemiche per la Medicina Personalizzata. Milano: FrancoAngeli; 2021: 93-105.
- [28] Pessina A. Barriere della mente e barriere del corpo. Annotazioni per un’etica della soggettività empirica. In: Pessina A (a cura di). Paradoxa. Etica della condizione umana. Milano: Vita e Pensiero; 2010: 199-243.
- [29] Buzzi E. La persona al centro della cura. Una sfida per la medicina moderna. Soveria Mannelli: Rubbettino; 2010.
- [30] Alici L. Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi. Brescia: Morcelliana; 2016.
- [31] Jankélévitch V. Pensare la morte? (trad. it). Milano: Raffaello Cortina Editore; 2019.
- [32] Canguilhem G. Il normale e il patologico (trad. it.). Torino: Einaudi; 1998.
- [33] Galimberti U. Il corpo. Milano: Feltrinelli; 2021.
- [34] Ricoeur P. Sé come un altro (trad. it.). Milano: Jaca Book; 2021.
- [35] Russo MT. Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore; 2004.
- [36] Pessina A. Il senso del possibile e l’orizzonte del limite nella civiltà tecnologica. Hermeneutica, Annuario di filosofia e teologia 2001: 41-64.

- [37] Papa A. Genealogia e umanizzazione della cura. In: Pessina A (a cura di). *Paradoxa. Etica della condizione umana*. Milano: Vita e Pensiero; 2010: 77-107.
- [38] Angelini G. *La malattia, un tempo per volere*. Saggio di filosofia morale. Milano: Vita e Pensiero; 2000.
- [39] Scheler M. *Il senso della sofferenza* (a cura di Musio A). Milano: Mimesis; 2023.
- [40] Refolo P, Sacchini D, Raimondi C, Spagnolo AG. Ethics of digital therapeutics (DTx). *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022; 26 (18): 6418-6423.
- [41] Brereton L, Wahlster P, Mozygemba K, et al. Stakeholder involvement throughout health technology assessment: an example from palliative care. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017; 33 (5): 552-561.
- [42] van der Wilt GJ, Bloemen B, Grin J, et al. Integrating Empirical Analysis and Normative Inquiry in Health Technology Assessment: The Values in Doing Assessments of Health Technologies Approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 2022; 38 (1): e52.
- [43] Jaspers K. *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2019.

