

Vita morale ed etica della cura in Stan Van Hooft

Antonio Scoppettuolo
Università degli Studi di Napoli Federico II

Riassunto

Il contributo analizza la nascita e lo sviluppo dell'etica della cura nella riflessione del filosofo australiano Stan Van Hooft. Nel pensiero di Van Hooft, essa è esaminata dapprima in ambito sanitario e assistenziale e nel rapporto operatore- paziente, successivamente è assunta come paradigma universale della vita morale spiegata dal circolo cura profonda, relazionalità, auto-progetto, azione morale. In questo senso, la sua proposta etica non rappresenta una semplice dimensione applicativa, ma una questione fondamentale dell'umano. Il modello di Van Hooft si può ricondurre al confronto tra motivazioni interne e ragioni esterne a fondamento dell'azione morale del soggetto e appare significativo per il superamento di questa dicotomia attraverso una conciliazione tra le due sfere che appartengono ad un'unica dinamica dell'uomo che agisce da essere umano.

Parole chiave: etica della cura, cura profonda, cura per gli altri, auto-progetto, azione morale, pre-riflessività, un modello per esplorare l'umanità

Abstract. *Moral life and Caring ethics in Stan Van Hooft*

This essay analyzes the birth and the development of the Australian philosopher Stan Van Hooft's Caring Ethics. According to his thought, the issue is first examined in relation with healthcare and assistance, then in the relationship between operator and patient. Subsequently, the Caring Ethics is assumed as a universal paradigm of moral life itself by describing the path among "deep caring", relationality, self-project, and moral action. In Van Hooft's framework, Caring Ethics may soften the comparison between internal motivations and external reasons at the basis of individual moral action, allowing to overcome the afore-mentioned dichotomy by synthesizing the two sphere belonging to the sole dynamics of the man acting as human being.

Keywords: Caring ethics, caring, deep caring, caring-about-others, self-project, not conscious; not intentional, Model for Exploring Humanity, morality

DOI: 10.32049/RTSA.2019.2.06

1. Dove nasce l'etica della cura

Il modello di cura proposto da Stan Van Hooft non descrive il campo di un'etica applicata, ma affronta il problema del funzionamento stesso della vita morale del soggetto. Sviluppato alla luce del dialogo con i testi aristotelici e degli influssi provenienti soprattutto dai contributi di Justin Oakley (1991), Glen Pettigrove (2007), Pat Shade (2001), Michael Slote (2007 e 2014) e Christine Swanton (2003) mira a restituire un modello olistico di comprensione del soggetto virtuoso che risponda, da una parte al bisogno di felicità come realizzazione umana e dall'altra alla soluzione dei suoi dilemmi etici.

Un primo abbozzo del paradigma di cura è rinvenibile in *Bioethics and Caring* (1994), relazione tenuta all'International Association for Bioethics a Buenos Aires nell'ottobre del 1994 e successivamente pubblicata (Van Hoof, 1996). La relazione precede di un anno l'edizione dell'importante volume *Caring*¹. Il saggio, che può essere definito preparatorio allo sviluppo della teoria principale, pone delle domande riguardo alle sue implicazioni bioetiche e cioè se la cura possa rappresentare un punto di vista valido anche per affrontare i problemi del dolore e del rapporto medico-paziente. La collocazione della discussione in questo particolare humus pratico ben rappresenta quanto la dimensione curativa sia difficilmente separabile dal proprio terreno originario che è il teatro della vulnerabilità umana, ed, inoltre, evidenzia quanto il concetto sia legato a quello di intervento in situazioni di difficoltà, di dilemma e problematicità della scelta. Per questo motivo, come mostra la genesi stessa di *Caring*, la riflessione giunge a maturazione nello studio delle etiche delle professioni sanitarie, professioni che più di altre interrogano e richiedono una maggiore presenza etica e descrivono contesti nei quali la cura si rende presente nel proprio carattere primordiale (Van Hooft, 2006). Nei prodromi della speculazione di Van Hooft si trova l'esigenza di comprendere l'origine delle motivazioni che spingono medici e operatori sanitari a prendersi cura dei propri pazienti. Se cioè, oltre agli obblighi contrattuali e deontologici, esista un legame più profondo di tipo extra-normativo alla base del servizio prestato². Occorre comprendere se l'impegno proveniente dai doveri codificati basti a informare l'azione morale o invece occorra essere attratti da ciò che suscita la nostra preoccupazione; vale a dire che l'azione debba essere rafforzata con elementi ulteriori non riconducibili ai doveri formali. Scrive Van Hooft, (1995, pp. 39-40):

Questo punto è di una certa rilevanza per le cosiddette professioni di cura [*caring professions*]. Assistenti sociali, consulenti, infermieri e insegnanti sono solo alcuni dei professionisti che si definiscono impegnati nella cura. Ora è vero che nella retorica di queste professioni si dice spesso che questi professionisti si

1 Cfr. Van Hooft, 1995. Il libro avrebbe dovuto avere una seconda edizione a cui si sarebbe aggiunto un ulteriore capitolo *Caring, Reason and Normativity*, che però non ha mai visto la luce. Per gentile concessione dell'Autore si è avuta la possibilità di leggere la bozza di questo scritto. Le citazioni delle opere e degli scritti di Van Hooft sono nostra traduzione.

2 Un ulteriore filone che l'etica della cura ha prodotto è la sua declinazione in chiave sociale e politica soprattutto nelle riflessioni di Tronto (2006) e Nussbaum (2006).

prendono cura dei loro clienti, e spesso viene suggerito che un certo sentimento positivo nei confronti del cliente è coinvolto in maniera importante. Ma ci saranno altri che sostengono che il requisito fondamentale in queste professioni è che il lavoro sia svolto bene e che la cura che è richiesta nella pratica di queste professioni consista proprio nel soddisfacimento di questo requisito. Dal punto di vista di tale ethos professionale, prendersi cura di qualcuno nel senso di vedere i bisogni di quella persona è il requisito essenziale della professionalità. Qualunque sia l'esito di questo dibattito, la sua stessa possibilità dimostra che non esiste un collegamento necessario o diretto tra la *cura* o la *cura di*, intesa come un'attività di vedere i bisogni dei clienti o dei dipendenti e la cura come orientamento motivazionale. Si potrebbe curare un cliente senza farlo per l'interesse del paziente.

La prospettiva di Van Hooft si delinea, quindi, all'interno di un percorso che tenta di includere a sostegno dell'azione ragione e desiderio, sentimento di obbligo e libera scelta, motivazione profonda e motivazione contingente, razionalità e affezione, legge e crescita virtuosa. Lo sviluppo dell'etica della cura si origina in un campo contiguo alla filosofia della medicina e alla bioetica (*Nursing Ethics*; cfr. Van Hooft, 2003) e si nutre del confronto con i lavori di Madeleine Leininger (1981), Jean Watson (1985), Patricia Benner e Judith Wrubel (1989)³. Tuttavia, la sua genesi è debitrice della riflessione e dell'indagine psicologica da cui fiorisce la meditazione femminista in particolare di Sara Fry (1989), Peta Bowden (1997) e Carol Gilligan (1987). È anche grazie al celebre lavoro di Gilligan intorno alle osservazioni di Kohlberg (1971) e alla fenditura aperta sul tema delle predisposizioni del soggetto alla vita, che a distanza di quasi quarant'anni, l'etica della cura si è andata affermando non solo nel campo specifico delle etiche professionali, ma ha consolidato la propria posizione nella teoria morale generale.

Sulla scorta di Gilligan e Kohlberg, Van Hooft riflette sul fatto che gli esseri umani non sono solo propensi a risolvere i dilemmi e i conflitti tra simili a partire da uno schema che presupponga regole fisse di comportamento, ma anche da standard discordanti, basati sulla risoluzione delle controversie in modo amichevole. Ciò vuol dire che nell'esito dei conflitti non entrano in gioco unicamente paradigmi fissi di tipo razionale, fondati su dovere e imparzialità, ma anche emotivi o comunque basati su impegni interiori che fanno in modo

³ Per uno sguardo generale sulle origini e lo sviluppo dell'etica della cura si vedano Viafora; Zanotti, Furlan (2007) e Garrau, Le Goff (2010).

che ciò che conti per chi è chiamato a confrontarsi con situazioni di dilemma, sia ciò che sta più a cuore: tale predisposizione è la cura. Il modello di cura proposto da Van Hooft assume questi elementi e al contempo si orienta verso il superamento degli stessi schemi della contesa: esso non si serve di indagini positive né presuppone una gradualità delle cognizioni morali, ma «è descrittivo del nostro essere ontologico e dà conto dei nostri obblighi. In quanto tale non è prescrittivo. Piuttosto che dirci cosa dovremmo fare, il modello spiega perché possediamo alcune nozioni morali che applichiamo. Mostrando come tutti e quattro e livelli del nostro essere vengono espressi in tali concetti, esso spiega perché l'etica ha valore e perché le situazioni moralmente rilevanti interpellano la nostra risposta» (Van Hooft, 1996, p. 87). In questo senso, le premesse sviluppate da Gilligan nella sua critica a Kohlberg, appaiono di grande rilevanza per comprendere non solo i presupposti, ma anche l'orizzonte dell'etica della cura di Van Hooft, in quanto pongono l'attenzione su un punto focale della natura dell'azione morale che è il suo carattere emotivo ed insieme razionale, cognitivo e responsabile. Sostiene Van Hooft, (1996, p. 87)

Potrebbe anche essere allettante e vedere il mio modello come uno sviluppo e suggerire che le donne studiate da Gilligan hanno arrestato il loro sviluppo al secondo livello, mentre i soggetti di Kohlberg hanno continuato a sviluppare i livelli tre e quattro. Ma il mio modello non è evolutivo o gerarchico. Piuttosto ipotizza un livello profondo di cura di tutti gli esseri umani che viene ad esprimersi a vari livelli. È possibile che la formazione sociale favorisca una forma di espressione rispetto ad un'altra ed è probabile che tale formazione sociale differisca tra le persone in modi specifici di genere. (Tuttavia, non vi è alcun suggerimento nel mio modello che la cura profonda sia una qualità femminile).

2. Cura (Caring) e cura profonda (Deep Caring)

La radice della cura va ricercata, dunque, ad un livello primordiale e comune ai soggetti agenti; il superamento del paradigma di genere si fa qui analisi sulla natura generale dell'essere umano. Ciò che viene cercato dal modello non è la possibilità di un marginale o più rilevante sviluppo morale o la diversificazione delle esperienze culturali e sociali, ma un

nucleo che a livello primigenio fornisce la base sulla quale si svilupperà le capacità curative e cognitive del soggetto. Per questo, la nozione di cura assume le medesime qualità di un concetto universale come è quello di *impegno*, che Van Hooft distingue da quello di *obbligo morale*. Sia l'impegno che l'obbligo morale descrivono, innanzitutto, una dinamica che agisce tra interno ed esterno e che mette in comunicazione il momento dell'elaborazione con quello della decisione; una dinamica che in ogni caso, precede l'azione morale. Gli obblighi morali possono derivare anche da fattori esterni al soggetto: possono darsi come semplici obbligazioni derivanti da norme sociali che rimangono sulla superficie della coscienza, ma anche in una situazione di contingenza perché superabili da nuovi e più stringenti doveri. La dialettica morale appare quindi segnata per un verso dall'*impegno* come decisione fondamentale che orienta l'esistenza e per l'altro dall'*obbligo morale* che è la materia cangiante attraverso cui l'impegno si manifesta nella realtà. Si tratta, quindi, di un rovesciamento della concezione del dovere secondo cui è la forma del dovere come obbligo a disporre l'azione e non la materia della decisione. Per Van Hooft, (1995, p. 21) l'impegno affonda nelle profondità della psicologia dell'agente, gli obblighi morali, al contrario, possono essere superati da altri più urgenti o che richiedono un intervento prioritario:

la maggior parte degli obblighi morali sono ritenuti *prima facie* non assoluti in quanto una situazione può richiedere che un obbligo particolare venga annullato quando è presente un obbligo più urgente. Il classico esempio di non adempiere alla promessa di restituire un fucile preso a prestito da un maniaco omicida illustra questo punto. D'altro canto, un impegno, poiché fonda il modo di vivere da cui derivano i nostri vari obblighi, non può essere annullato in questo modo. In effetti, il giudizio richiesto per vedere quali obblighi potrebbe essere annullato in un caso specifico sarà basato sugli impegni che uno ha preso. Un impegno è il terreno originario, fondamentale e spesso inconscio su cui devono essere fatti tali difficili discriminazioni morali.

Come nel celebre caso sartriano del giovane messo dinanzi al dilemma se rimanere accanto alla propria madre ammalata bisognosa di assistenza o partire per il fronte e onorare un dovere, non è l'obbligo morale a incidere sulla decisione finale, ma è l'impegno che egli avverte come profondo e originario a determinare la decisione (Sartre, 2007). Se per Sartre,

l'impegno è soltanto una conseguenza della scelta, per Van Hooft, preesiste e la decisione è condizionata dall'impegno che il soggetto avverte. «Potrei davvero essere in grado di ordinare i miei impegni in una sequenza che riecheggia quella delle mie ragioni pratiche, ma sono quegli impegni che motivano le mie azioni, mentre le mie ragioni servono semplicemente a spiegarle a me stesso o agli altri. Nella misura in cui sono impegnato nel mio progetto, potrei dovere a me stesso o agli altri una ragione per esserne coinvolto, ma nella misura in cui il progetto è ritenuto importante per me sarà di scarso significato pratico se possa articolare questa ragione o no» (Van Hooft, 1995, p. 208). Secondo Van Hooft, Sartre assume per la discussione intorno alla decisione un modello alla cui base è collocato un agente razionale che ha ben presente la ragione che lo spinge all'azione, egli avverte la chiarezza del dovere che ordina un comportamento. Il modello a cui Van Hooft si ispira e che in un certo senso radicalizza, contempla un agente che agisce in prima persona e con un tipo di razionalità che non esclude le motivazioni interne: «Se fosse mai possibile in una vita vissuta organizzare gli scopi in un ordine che mostrasse la rispettiva relazione con un valore o un orientamento di base verso la vita, allora è a questo livello di base che vorrei collocare la cura. Gli impegni sarebbero quindi l'espressione, l'articolazione e la specificazione di questa profonda cura» (Van Hooft, 1995, p. 34).

La cura riposa, dunque, sull'impegno; essa assume una duplice funzione: può darsi come *comportamento* ma anche come *motivazione*. Nel primo caso indica l'orientamento ad occuparci di qualcuno, dei suoi bisogni o del compito che siamo chiamati a svolgere (*to take of*); nel secondo, designa un orientamento motivazionale che si esprime attraverso l'affezione, la preoccupazione, la generosità, (*care for*). Ponendo la differenza tra le due significazioni che riflettono la medesima dinamica dell'impegno, il modello ammette che l'agente possa occuparsi di qualcosa o di qualcuno senza per questo essere emotivamente coinvolto e senza sperimentare alcuna partecipazione etica. Ciò significa che dobbiamo ricercare tale motivazione ad uno stadio ulteriore. Significa, inoltre, che la cura come comportamento afferisce nella sua forma plastica soprattutto all'ambito delle professioni assistenziali e mediche, che al di là delle motivazioni interne, vanno svolte innanzitutto così come sono state codificate dagli standard di comportamento e successivamente possono

essere rivestite di una significazione etica. Si potrebbe obiettare che il concetto di cura rappresenti alla fine solo una declinazione più sottile del concetto di *inclinazione* o di *intenzione*; vale a dire che essa sia assimilabile ad una predisposizione naturale o probabilmente ad un'intenzione innata. Tuttavia, si evince nel modello come l'autore assegni alla cura una qualità ulteriore che né l'inclinazione né l'intenzione posseggono: si tratta della necessità pratica durevole in essa radicata. Mentre l'inclinazione si dà come transeunte, è sottoposta alle situazioni e agli stati d'animo, la necessità pratica della cura resiste nel tempo, supera la contingenza. Dunque, (Van Hooft, 1995, p. 148).

Se non compio le azioni richieste dalle situazioni, avverto nei miei confronti una particolare forma di delusione o una particolare disarmonia con quello che sono e con ciò a cui aspiro che si chiama colpa. Anche il senso di colpa è una rivelazione di sé. Il senso di colpa non è un sentimento indotto dall'incapacità di rispondere a qualcosa di oggettivo così come il nostro linguaggio morale si riferisce ad una realtà. È la sensazione indotta quando riconosciamo la nostra incapacità di vivere secondo i nostri ideali e le nostre aspirazioni.

In questo senso, la cura descrive uno stato durevole, persistente e attivo che spinge all'azione e cioè alla sua attuazione: «Questo è semplicemente un altro modo per dire che l'oggetto della cura è considerato importante e che l'importanza ha un ruolo costitutivo nella necessità pratica» (Van Hooft, 1995, p. 47).

La dinamica dell'impegno realizza un ponte tra coscienza morale e realtà, tra motivazioni interne e obblighi esterni; ciò vale anche per il rapporto che si istituisce tra la dinamica della cura e il proprio oggetto. Tale rapporto non si esprime come un mero trasferimento di attenzione, ma coinvolge prima di tutto il soggetto che la esercita. L'impegno non rappresenta unicamente una motivazione che spinge ad agire verso l'esterno, ma è prima di tutto una realtà performante che agisce all'interno della coscienza morale. Questo aspetto è stato messo in evidenza da Milton Mayeroff (1971) e Nell Noddings (1984) secondo i quali ogni rapporto di cura sia esso indirizzato verso una persona o un ideale pone le basi anche per una relazione diadica basata però su un differente status di reciprocità. La cura presuppone una crescita virtuosa per ogni attore della relazione che si espande da parte del soggetto originante e si riversa nuovamente su di esso. «Solo il successo nella lotta per

questi valori sarà incoraggiante e in assenza di tale successo questa cura dovrà essere sostenuta da ostinazione e coraggio. Inoltre, tale cura dovrà essere sostenuta dal modo in cui la cosa interessata è compresa» (Van Hooft, 1995, p. 44). Il punto della discussione di Van Hooft che appare centrale per la chiarificazione del concetto di cura è il rapporto tra l'agente e l'ideale verso cui si orienta la propria premura. La relazione di non reciprocità consente, infatti, di analizzare in modo analitico e meno spurio la vita interna del concetto. Se da un contesto interpersonale la dinamica della cura ne risulta accresciuta da incoraggiamenti o in caso contrario da respingimenti, in virtù della dimensione umana alla quale essa è diretta, la cura esercitata verso un ideale o comunque verso ciò che è impossibilitato a rispondere con gli strumenti transitori dell'emotività, spiega ciò che si muove di duraturo al proprio interno e soprattutto chiarisce il perché di dinamiche difficili da giustificare con i soli strumenti della razionalità classica. Ciò dimostra la natura cognitiva della cura e il suo esprimersi come *auto-progetto (self-project)* così come si cercherà di argomentare più avanti. È proprio in questa complessità cognitiva che va ricercata la sua natura che rappresenta anche l'originalità della meditazione di Van Hooft.

Van Hooft, distingue nella cura tre modalità di funzione, intendendo con *funzione* un novero di attributi che danno origine a stati differenti dell'azione. La prima modalità che esaminiamo è quella dello *stato mentale*, la seconda di *disposizione mentale* e la terza di *attività mentale*⁴. Nel primo caso, la cura agisce nell'azione come elemento motivante, essa cioè è consapevolmente assunta verso ciò di cui ci occupiamo; nel secondo, orienta alcune fasi dell'esistenza verso determinate e specifiche preoccupazioni, vale a dire che se l'obiettivo è quello di salvaguardare il pianeta allora si metteranno in atto delle azioni che possano favorire l'obiettivo e infine, nel terzo caso, essa opera come attività mentale in quanto *attenzione premurosa* sottesa implicitamente a tutto ciò che si fa. La discussione sugli stati mentali o comunque sull'importanza cognitiva della cura oltre a rivelare che, pur originandosi da un unico nucleo assume caratteri differenti, rivela anche che essa si dà in modo *intenzionale* ma anche *non intenzionale*. Vale a dire che la cura si esprime in modo vigile e cosciente nei riguardi degli oggetti che catturano la nostra attenzione come accade

4 Van Hooft assume il concetto di *stati mentali* da Wollheim (1984); cfr. inoltre Van Hooft, 1995, p. 53.

con le credenze e gli ideali ma anche in maniera non intenzionale quando l'agente agisce semplicemente, al di là dell'oggetto, in maniera premurosa, amorevole e pur non avendo ancora evidente il fine della propria attenzione. In questo senso, la cura è simile ad uno stato mentale, a una disposizione ma anche a un'attività inconscia inarrestabile che informa l'esistenza senza che ciò sia percepito come tale. «Ci preoccupiamo e quindi ci impegniamo. Il risultato è che ci preoccupiamo nel senso di agire con cura. Un'attività mentale ha dato origine a una disposizione mentale. In quelle occasioni in cui agiamo con cura o attenzione e siamo consapevoli di questa qualità della nostra azione, potremmo persino sperimentare lo stato mentale di cura. Ma il punto di origine di tutto questo è l'attività mentale di prendere un impegno» (Van Hooft, 1995, p. 55). La base più profonda di questo impegno si trova ad un livello non intenzionale ed è ravvisabile in ciò che il modello chiama *cura profonda* (*Deep Caring*): «la cura profonda non è intenzionale. Non è una ricerca di qualcosa di specifico. Ma fornisce l'impulso per tutte le nostre preoccupazioni, i nostri obiettivi e i nostri desideri. Il suo scopo fondamentale (ma non lo scopo cosciente) è la formazione e il mantenimento sia dell'integrità di noi stessi sia delle nostre relazioni con gli altri e il mondo che ci circonda» (Van Hooft, 1996, p. 84). La sua non intenzionalità consiste nel fatto di essere funzionante per l'azione ma non presente a livello fenomenologico, va a dire che essa produce degli effetti ma non si fa riconoscere consapevolmente. Negli appunti preparatori all'introduzione della seconda edizione di *Caring*, Van Hooft utilizza un esempio di grande impatto. Egli immagina che un soggetto si trovi all'interno di una stanza buia e il suo sguardo veda l'oscurità senza distinguere le forme che si trovano dinanzi. È solo quando la luce colpisce le forme che lo sguardo si dirige sulla superficie di un oggetto ben definito ed è quando l'oggetto diventa riconoscibile che è possibile acquisire la consapevolezza di ciò che lo sguardo ha di fronte. La cura profonda non è definibile attraverso un oggetto preciso ma è uno stato indeterminato di premura che rappresenta la base ermeneutica per ciò che si muove nella genesi dell'azione. In questo senso, essa non è un contenuto di coscienza, ma rappresenta un orizzonte verso il quale l'impegno guarda senza riconoscere immediatamente l'oggetto; riconoscimento che avverrà con la definizione della contingenza, (Van Hooft, 1995, p. 150):

Questa nozione di cura profonda non è quella nozione determinata o determinabile che usiamo per descrivere qualcuno che è preoccupato per un particolare problema o per una persona o per parlare di qualcuno che è caratteristicamente premuroso. Tali comportamenti e insiemi motivazionali come questi sono una conseguenza degli impegni che potremmo assumere o con cui potremmo trovarci. Mentre *prendersi cura* o *prendersi cura di* sono intenzionalmente disposizioni mentali intenzionali focalizzate su particolari oggetti o persone e sono espressione di questa cura fondamentale, la cura profonda è la cura che costituisce l'orizzonte fondamentale di intelligibilità per questi impegni e cure. La cura profonda è una disposizione mentale pre-riflessiva. È una struttura motivazionale pre-intenzionale attraverso la quale, ciò per cui ci impegniamo, ciò per cui ci preoccupiamo e ciò di cui ci prendiamo cura acquistano importanza per noi.

Ciò che acquisisce importanza per il soggetto rappresenta l'immagine speculare della cura profonda, una qualità che informa la decisione e l'azione e restituisce forza e senso a ciò che si porta a termine. La cura profonda essendo non intenzionale e pre-riflessiva e descrivendo questa dinamica tra interno ed esterno, si occupa degli altri allo stesso modo in cui si occupa del sé. L'attenzione è diretta verso gli altri perché essi sono avvertiti come importanti ad un livello intimo che fonda anche il proprio progetto personale. L'idea della cura si sviluppa nel modo in cui si dipanano le credenze: non può essere dimostrata ma funziona nell'intelligibilità dell'azione morale, offre cioè una spiegazione plausibile al suo funzionamento.

3. La cura nei livelli di funzionamento del soggetto

La cura rappresenta, dunque, anche ciò che è orientato all'esterno, essa cioè interviene nella realtà, la plasma, ne modifica l'aspetto. L'azione è per questo sempre positiva e mondana, ma ciò che lo sguardo positivo coglie, come si è visto, è solo una parte della sua natura. Il modello ci consente di scorgere cosa si trovi o cosa è possibile che avvenga nel soggetto agente prima o nel medesimo momento in cui si realizza la decisione. Van Hooft descrive questa realtà come *funzionamento* sul modello di Aristotele che, come è noto,

aveva distinto nella natura umana delle funzioni a partire dall'anima: vegetativa, sensitiva, intellettiva o razionale e contemplativa (Van Hooft, 1995, p. 62). Non si tratta quindi di riconoscerne la realtà ontologica, ma la funzionalità nei differenti ambiti della vita intima dell'agente. Essi, cioè, pur esprimendo una realtà visibile nei suoi effetti, non racchiudono un dato, ma una modalità di espressione. Il neoaristotelismo di Van Hooft si comprende alla luce della distinzione dei livelli di interazione nel soggetto; essi non descrivono una scala evolucionista di tipo morale né psicologica, ma sono già presenti nel soggetto sin dalla nascita. Il modello distingue un livello *biologico* che comprende le funzioni fisiche involontarie (metabolismo, pulsioni, riflessi) che è anche il livello che l'essere umano possiede in comune con le piante; un secondo che è quello *percettivo-reattivo* che descrive i modi involontari di reazione alla realtà e grazie ai quali si esplicano emozioni, desideri, legami e appartenenze; un terzo chiamato *valutativo e proattivo* che spiega i comportamenti volontari, intenzionali e il *perseguimento dei bisogni derivanti dai livelli inferiori* e ha a che fare con le attività della vita pratica; infine un quarto livello di tipo *spirituale* nel quale vengono integrati i precedenti e che chiarisce l'universo della creatività, ma anche dell'attività morale, della fede religiosa e dell'aspirazione alla trascendenza; un livello, che come si comprende, è solo umano e indisponibile ad altre creature (lo schema utilizzato è contenuto in Van Hooft, 1996, p. 84).

Il termine *funzionamento* non è da intendere come dato meccanicistico, ma come una possibilità all'interno della quale la cura si esprime non in maniera sincronica o per successione, bensì diacronica: nella vita morale come in quella puramente sensitiva è tutto il vivente che si manifesta e non una parte di esso e in momenti differenti. Per questo motivo, Van Hooft suggerisce di interpretare le qualità del soggetto non in termini *sostantivali* ma *verbali*: «Non ci stiamo chiedendo cosa sia un essere umano o che genere di nome sia la parola "uomo". Dovremmo prendere l'espressione "essere umano" per una espressione verbale. In questo modo "essere umano" significherà "essere in modo umano"» (Van Hooft, 1995, p. 59). Quella di Van Hooft appare così non la riscrittura di un'antropologia positiva che dica ciò che è l'uomo; egli rinuncia sin dall'inizio a questo tentativo, ma una rappresentazione che è da intendersi nell'accezione originaria del termine e cioè come *re-*

ad-presentare, rendere presente non la sua natura, ma la modalità attraverso cui essa si manifesta. L'accento posto sulla forma verbale e non sul sostantivo descrive questa distinzione tra *ens* e *potens*, vale a dire tra *ciò che è* e *ciò di cui invece è capace* e può esprimere. Il rapporto tra l'etica della cura e i livelli di funzionamento si dà come una relazione di tipo funzionale: la cura appartiene intrinsecamente alle modalità dell'azione. La *cura profonda* e la *cura come comportamento* sono delle disposizioni umane e non potrebbero nascere né manifestarsi se il soggetto nel suo funzionamento non fosse legato alla complessità di più livelli dell'esistenza. La critica di Van Hooft è indirizzata verso la tradizione kantiana e quelle che egli include nelle morali tradizionali secondo cui la vita morale si esplica come conflitto tra desiderio e ragione, particolarismo e generalismo, fissità e mutazione e pongono la razionalità classica dell'agente autonomo come regolatrice dell'azione morale. Una critica, il cui scopo è ricondurre all'interno del recinto della complessità della vita morale tutto ciò che era stato escluso perché non corrispondente a forme fisse come la razionalità e il dovere, (Van Hooft, 1995, pp. 212-213):

Se c'è un conflitto con inclinazioni "inferiori" è un conflitto interno piuttosto che un conflitto tra me e qualche ragione esterna derivante da esigenze morali oggettive. Il mio modello a quattro livelli su cosa significhi essere come essere umano potrebbe indurmi a spiegare questo conflitto in termini di inclinazioni derivanti dai livelli inferiori che entrano in conflitto con inclinazioni o impegni che derivano da quelli superiori. Tuttavia, questo modo di renderne conto ricorda troppo il tradizionale modello moralistico di conflitto tra desideri indisciplinati e ragione imparziale. Parte dell'importanza del mio modello alternativo è di inserire la ragione in tutti i livelli del nostro essere e di presentare un modello che sia olistico anche se ci permette di fare discriminazioni tra i vari modi di essere. Tutti e quattro questi modi o livelli di essere sono razionali e concupiscenti in una qualche forma e il nostro essere come una persona intera abbraccia e unifica questi livelli. Quindi il mio utilizzo di questi livelli per spiegare il conflitto non dovrebbe essere letto come una riproposizione della ragione contro il modello del desiderio. Ciò che cerchiamo nelle nostre vite morali non è il controllo del desiderio da parte della ragione, ma la coerenza della ragione e del desiderio a tutti e quattro i livelli del nostro essere.

Ogni livello è attraversato dalla dimensione della cura non perché quest'ultima sia una proprietà fissa da sostituire alle nozioni di dovere o di razionalità, ma perché essa si dà come

struttura motivazionale che riposa nel substrato della vita morale e si manifesta nell'azione come auto-progetto e cura per gli altri. Essa cioè può essere considerata solo in parte una caratteristica compiuta del soggetto; infatti, la sua identità, seppure durevole e persistente, necessita di essere esplicitata nell'azione; non fissa alcun oggetto, ma fornisce la motivazione e la predisposizione perché una determinata realtà diventi la forma della cura stessa. Scrive Van Hooft, (1995, p. 150):

Mentre Aristotele aveva identificato il nostro *ergon* o spinta fondamentale come il perseguimento dell'*eudaimonia*, intesa come felicità nel senso di auto-realizzazione, attiva, non pretendo di essere in grado di identificare un obiettivo o un oggetto per la cura profonda. Ecco perché la chiamo pre-intenzionale nel modo in cui può interessare prendersi cura dell'altro. Né identifico questa cura con gli istinti biologici o riducendone tutte le espressioni a tali impulsi come se avere una disposizione fondamentale o superficiale significasse che essa debba appartenere esclusivamente al primo livello del nostro essere.

La cura appare una qualità unificante che per adempiere al proprio compito, deve scomparire, lasciando il passo all'azione stessa. Essa agisce disciogliendosi nell'azione, non separando ed escludendo, ma aggregando ragione e desiderio, e nel «progetto personale, fluisce attraverso e combina quei livelli in un movimento in avanti» (Van Hooft, 1995, p. 60). La cura acquisisce alla luce soprattutto del quarto livello (lo spirituale) una qualificazione ulteriore, essa diventa anche la fonte dell'esperienza intima della volontà della propria realizzazione come persona e come soggetto all'interno del mondo. Si tratta di ciò che afferisce alla duplice dimensione curativa nel suo svolgimento verso l'esterno, ma anche verso il nucleo interiore dell'essere umano. In questo senso, non si dà alcun atto di cura o relazione che non sia allo stesso tempo un atto e una decisione personale, che non agisca cioè su se stessi allo stesso modo in cui agisce sugli altri. Come la cura anche i livelli non formano un'identità fissa, ma realizzano le modalità di espressione del soggetto nei propri bisogni e nei propri progetti: «Nei primi tre livelli del nostro essere siamo dialetticamente correlati alle influenze causali della biologia, della sensibilità e dell'acculturazione. Ma non siamo solo una proiezione e una formazione di questa causalità.

Questo regno di causalità o fatticità costituisce solo il mio passato e il presente» (Van Hooft, 1995, pp. 222-223).

Il futuro, infatti, è rappresentato dal regno della libertà e da ciò che si deciderà sul progetto da conferire all'intera esistenza; in questo senso, *cura e auto-progetto* si appartengono e afferiscono al funzionamento del soggetto integrale. Possiamo, quindi, evincere dal modello la relazione tra funzionamento e cura nei termini di due assi (fig. 1): uno rappresenta i livelli del soggetto, l'altro la cura e l'auto-progetto. Entrambi descrivono una dinamica attraverso cui, combinandosi e incontrandosi, dipana la complessità della vita morale.



Fig. 1

Se i livelli non sono concepiti sulla base di una gerarchia valoriale significa che tutti contribuiscono alla vita morale anche se il quarto ha una significazione differente perché agisce come raccordo principale dei primi tre, conferendo ad essi senso e motivazioni non contingenti. Le azioni che sono informate maggiormente dai livelli cosiddetti inferiori come le risposte istintive, reattive, intenzionale e valutative non escludono l'azione della cura, ma la presuppongono in una modalità espressiva qualitativamente differente. Come sostiene Van Hooft, una forma di cura primordiale è presente anche nel primo livello biologico allorquando i bisogni che derivano dai geni e dalle funzioni primordiali dell'essere umano

svolgono una forma di motivazione; tuttavia, una motivazione può essere utile, ma non sufficiente a spiegare il processo interno dell'azione. Infatti, (Van Hooft, 1995, p.67):

Questo basta per sostenere la mia tesi che una forma determinabile di cura opera a livello biologico del nostro essere. Tuttavia, non vedo la necessità di estendere il programma sociobiologico a forme di espressione culturale compresa l'etica. Spiegare tali comportamenti in termini puramente biologici significa ignorare i livelli più alti dell'esistenza umana con cui tali comportamenti sono culturalmente modellati e trasformati in progetti vissuti. Il programma esplicativo di sociobiologia non può avere successo nel compito di dirci cosa significa questo comportamento e perché è importante (e sembra che lo sia dal momento in cui i sociobiologi presumono di dirci cosa dovremmo fare riguardo a tali comportamenti), poiché ha privato del significato umano le dimensioni essenziali che sorgono solo a questi livelli culturali.

Per risolvere il secondo livello, Van Hooft si rifà palesemente alla fenomenologia della percezione di Merleau-Ponty (2017) secondo cui la realtà non si presenta neutrale allo sguardo del soggetto, ma è informata da significati, (Van Hooft, 1995, pp. 70-71):

Come Merleau-Ponty ha mostrato in modo convincente, i bisogni, gli orientamenti pratici e gli atteggiamenti che guidano le nostre vite sono espressi in un comportamento corporeo verso il mondo che struttura la nostra percezione. Inviando una *domanda muta e permanente* nel nostro mondo la cui risposta è sia la percezione che l'azione. Questo è chiaramente vero quando stiamo perseguendo uno scopo specifico espressivo di alcune preoccupazioni determinate o determinabili. Notiamo più prontamente le cose che riguardano le nostre preoccupazioni. Ne consegue che la reazione non è un effetto secondario della percezione ma uno schema attraverso il quale ciò che è percettivamente dato nel mondo è significativo per noi.

L'occhio umano non è un organo impersonale, ma coglie interpretando la realtà e la restituisce in una visione complessiva. Per il modello, infatti, lo sguardo non realizza una semplice percezione «è una parte del mio orientamento attivo nel mondo» (Van Hooft, 1995, p. 70). Ciò riveste una particolare importanza per l'etica della cura se si fa riferimento al fatto che anche la reazione ad un evento o ad una sollecitazione esterna rappresenta una caratteristica del soggetto: il soggetto cioè interiorizza la realtà non limitandosi alla convivenza, ma reagendo, ricavandone un orientamento che diviene importante e

significativo. Anche a questo livello è possibile, quindi, scorgere la fisionomia della preoccupazione per gli altri (*caring-about-others*) non ancora cosciente e quindi pre-riflessiva, ma allo stesso modo rilevante per azioni e reazioni spontanee. Tale applicazione può essere propositiva e nello stesso tempo negativa; può riguardare cioè i sentimenti di cura come quelli di rifiuto e rigetto delle condizioni dell'altro. Questo livello che è chiamato *percettivo e reattivo* inizia ad essere sicuramente più interessante per la filosofia morale perché presuppone in qualche modo l'esistenza di un carattere, di alcune acquisizioni che svolgono un ruolo all'interno dell'etica della virtù come si ritrova in Aristotele o in autori come Philippa Foot (2001) e nel filone della *normatività naturale*⁵. Come indica Van Hooft, «d'altra parte poiché i quattro livelli dell'esistenza che ho descritto non esistono da soli; poiché il livello di orientamento pre-cosciente diventa la base per atteggiamenti e posizioni che adottiamo o riconosciamo come soggetti coscienti, il significato morale può venire ad essere associato a questo secondo livello di cura degli altri» (Van Hooft, 1995, p. 105).

Il terzo livello del modello non è più caratterizzato dalla descrizione della vita pre-cosciente e cioè di tutto ciò che avviene ad uno stadio pre-riflessivo dell'azione, ma ha a che fare con ragioni e desideri che si fanno presenti e orientano la vita quotidiana. Desideri, ragioni e impulsi sono stati, già attraversati dell'elemento razionale che ha provveduto alla valutazione degli obiettivi e degli scopi: «La nostra attività quotidiana in relazione al nostro lavoro, alla famiglia, agli hobby, ai divertimenti costituisce il nostro comune orientamento pratico verso il mondo. Questo orientamento a sua volta è la formazione culturalmente strutturata di un livello più profondo di bisogni e desideri come motivatori dell'azione. Questi atteggiamenti, interessi e desideri formati culturalmente costituiscono esempi determinanti e determinati di cura e forniscono le ragioni per agire» (Van Hooft, 1995, p. 71). A questo livello gli scopi e le finalità della vita pratica vengono perseguiti in modo cosciente e consapevole a partire dalle motivazioni interne all'agente. Si assiste alla loro emersione in una forma ben precisa che si struttura a partire dalle possibilità di espressione consentite dalla vita sociale. Ciò che si trova come cura profonda e, quindi, in una

5 Per un'analisi di questo interessante filone si cfr. Campodonico, Croce e Vaccarezza, 2017, in particolare pp. 111-119.

dimensione pre-riflessiva, veste ora l'abito dello sforzo personale orientato verso un obiettivo. Il terzo livello è anche quello nel quale si sviluppano le relazioni interpersonali fondate su una forma pratica di fiducia. La fiducia rappresenta un sentimento cooperativo che esprime nel mondo della prassi la cura profonda del soggetto portata per predisposizione ad essere collaborativo. Essa raffigura il persistente scambio tra ragioni esterne e motivazioni interne instaurato tra il soggetto e la realtà. Infatti, se la fiducia ad un livello esterno favorisce un sistema sociale armonioso; nel livello interno agisce in direzione della stratificazione dell'identità e dell'auto-progetto.

Scriva Van Hooft (1995, p. 108) che

È a causa di rapporti come la fiducia che una gran parte della nostra realizzazione come esseri umani può essere raggiunta al terzo livello. Sebbene la maggior parte dei nostri progetti a questo livello siano di tipo mondano e pragmatico, cerchiamo e talvolta realizziamo una forma di auto-autenticazione a questo livello. Poiché gli altri ripongono fiducia in me anche quando fa parte delle forme abituali di cooperazione a cui raramente si allude in modo esplicito, ritrovo una forma di riconoscimento del mio essere che non sarei riuscito ad ottenere se mi fossi chiuso in me stesso.

La tesi è che i sentimenti di cooperazione dimostrano l'essere relazionale del soggetto e il fatto che quest'ultimo sia condotto alla solidarietà spontaneamente prima ancora che l'azione morale si esprima nella realtà con atti concreti. In questo senso, gli atteggiamenti di cooperazione e tutto ciò che ha a che fare con la dinamica della condivisione rappresentano le determinazioni dell'impulso profondo della cura. La cura fornisce, in un certo senso, anche un carattere normativo alle ragioni che spingono ad agire quando ci preoccupiamo dell'altro. Questa dimensione è ben presente nel processo di riconoscimento tra simili che si attua nelle relazioni sociali. Se ad un livello profondo la cura si dà come auto-progetto, quest'ultimo risulta realizzato soprattutto nella relazione che si basa sul riconoscimento da parte della comunità. La cura determinata cioè che deriva dalla cura profonda trova nell'apprezzamento dell'altro e nelle forme che la vita associata mette a disposizione una possibilità di espressione. L'essere umano per realizzare il sé necessita, infatti, della comunità; la propria esistenza è un'esistenza nella storia e nelle strutture sociali. I membri di

una comunità essendo portati alla socializzazione e alla cooperazione dal medesimo bisogno realizzano un circolo nel quale la cura profonda può essere soddisfatta. Come si comprende, ne consegue anche il carattere contrattualistico della cura che esternamente si esprime da una parte come riconoscimento reciproco (ragione esterna) e dall'altra come obbligo morale a non rifiutare una relazione fondata su un'etica minima e comune anche se primordiale (motivazione interna). Il rispetto della fiducia e della cooperazione non rappresenta allora più soltanto delle ragioni esterne al soggetto, ma descrivono il proprio auto-progetto e cioè la volontà di vivere insieme in un rapporto di reciproco riconoscimento. Ciò significa che, anche se non in modo cosciente, in questo terzo livello si dà già una qualche forma di etica fondata sulla relazione. La relazione non è solo una dinamica funzionale al sé e ai propri interessi, ma inizia a rappresentare ciò che nel quarto livello (che integra tutti gli altri) si realizza in maniera consapevole come progetto morale di vita. La fiducia rimane però un atteggiamento che deriva da una forma di cura che non è ancora assimilabile all'amicizia o all'abnegazione, tuttavia, non nega il fatto che questa forma, fondata sul perseguimento di alcuni principi morali agisce a favore di se stessi favorendo nello stesso tempo anche la cura per gli altri.⁶

Se nei primi livelli la posizione assunta dal soggetto nei confronti della cura rappresenta ancora il mondo del sé, rimane cioè ancorata ad una dimensione funzionale al proprio auto-progetto nelle sue declinazioni di *tendenza, reazione e valutazione*, con la descrizione di ciò che si muove nel quarto livello (quello *spirituale*) l'esistenza morale assume contorni più netti. Essa si apre consapevolmente all'altro fuoriuscendo dal luogo degli interessi immediati. Il modello non prevede la sussistenza di una dimensione spirituale autonoma e non nell'accezione classica secondo cui si dà nell'essere umano qualcosa di distinto dalla vita biologica e corporea. Van Hooft assume a tal proposito non un sostantivo, ma ancora una volta un verbo così come per il funzionamento generale del soggetto: *to integrate*. Il livello spirituale agisce come capacità, potenza e possibilità di *integrazione* di tutti i livelli di funzionamento dell'esistenza. Van Hooft (1995, p. 77):

6 La dimensione normativa e il carattere contrattualista della cura sono affrontati da Van Hooft negli appunti inediti per la seconda edizione di *Caring*. La questione è affrontata a partire soprattutto dalla posizione di Thomas Michael Scanlon (1998).

Vogliamo e abbiamo bisogno di possedere una visione del mondo integrata, tale che le cose nel nostro mondo siano vissute come a noi appartenenti e come appartenenti insieme nel tempo, desideriamo e abbiamo bisogno di integrità personale. Una dimensione di questa integrità è quella sincronica dei livelli del nostro essere che ho postulato. E un'altra dimensione è quella diacronica della cura che ho proposto. È quest'ultima dimensione che dimostra che l'integrazione delle nostre vite è un progetto esistenziale; il progetto esistenziale fondamentale che possiamo avere: il progetto di essere noi stessi. Questo progetto genera il livello spirituale del nostro essere ed esprime l'esistenza del nostro essere nel tempo.

Ciò che agisce ad un livello più alto è un progetto orientato verso il futuro che supera la contingenza, la particolarità e la frammentarietà della vita quotidiana con i suoi singoli atti pratici necessari al sostentamento o al perseguimento di scopi semplici e conduce il vivente verso una dimensione unitaria. Si tratta di dare significato a un piano di vita che proietta il soggetto nel futuro tenendo insieme tutte le dimensioni dell'esistenza. Il quarto è quello nel quale si costruisce anche l'immagine e l'identità del sé che si stratifica ulteriormente a partire dalla lotta per realizzare le proprie speranze e il proprio progetto. In questo senso, il sé non è un'entità cristallizzata, ma deriva dal vissuto, dalle esperienze culturali e sociali che il soggetto compie nel corso della propria esistenza. Ad agire è una dimensione di fede che non ha caratteristiche trascendenti, ma effetti ugualmente fondanti per l'orizzonte di vita. Tale fede permette alle fasi dell'esistenza, che colte separatamente si mostrano con obiettivi differenti, di istituire un legame integrale: «La cura determinabile al quarto livello del nostro essere può anche essere chiamata fede. Il nucleo di una tale forma di fede non trascendente è una presa di posizione positiva verso la propria vita e un impegno verso gli ideali, anche quando non è possibile trovare giustificazioni razionali per essi. È un'espressione del quarto livello di ciò che significa essere come essere umano. È la più alta espressione di cura profonda» (Van Hooft, 1995, p. 89).

Raggiungere l'integrità vuol dire vivere il proprio auto-progetto ad ogni livello dell'essere che si esprime nella relazione. Difatti, come già avviene in forma embrionale nel terzo, «Nonostante l'immaginario romantico di elevarsi in solitario splendore verso le alte vette della grandezza autoproclamata, la pienezza dell'esistenza umana, anche a livello

spirituale, è raggiunta in comunità» (Van Hooft, 1995, p. 93). La relazionalità umana impone, quindi, che si viva con gli altri e si possa raggiungere l'integrazione all'interno della comunità. Senza la relazione è la stessa identità personale ad non potersi costituire. Non sono quindi dei soggetti isolati e determinati ad entrare in relazione, ma è la relazione stessa a fare in modo che i soggetti si formino nel circolo della cura. Il tentativo dell'autore è spiegare non solo i rapporti fondati sull'amore e sull'amicizia dove la cura può essere facilmente riscontrabile e sostenibile, ma anche quelli che sono funzionali alla vita quotidiana con persone per le quali non si avvertono particolari vincoli e verso cui si è spinti ugualmente a compiere atti di carità e liberalità. Si tratta di fornire una risposta plausibile all'azione morale che superi quanto osservato nel terzo livello; una risposta che non sia fondata né sull'emotivismo, su presupposti di vicinanza e interesse né su obblighi morali totalmente esterni. L'obiettivo è una giustificazione razionale e nello stesso tempo cognitiva dell'azione che sia motivante per il singolo soggetto e allo stesso tempo contenga un grado di universalità. Una prima risposta si può trovare proprio nella complessità del quarto livello umano che Van Hooft interpreta alla luce della filosofia dell'alterità di Lévinas (2000). Van Hooft si concentra sulla stessa natura della relazione e quindi sul presupposto di qualsiasi azione morale. L'altro, colto nella propria irriducibilità e nel proprio infinito, fornisce una prima spiegazione alle motivazioni su cui si basa l'azione. Nonostante i tentativi delle scienze di voler penetrare il segreto e le qualità dell'altro, egli sfugge a qualsiasi opera di riduzione. Il suo carattere è quello dell'infinito mai oggettivabile. Essendo infinito, anche le sue qualità permangono nel mistero; egli cioè non è riducibile ad alcun paradigma sia esso quello della razionalità kantiana o della socievolezza classica. Se Kant poneva al centro dei fini dell'azione l'uomo razionale con la sua libertà, Lévinas, nella lettura di Van Hooft, si spinge oltre, affermando la sua assoluta indisponibilità alla comprensione. Per Van Hooft, l'elemento razionale non basta più a definire il campo della moralità dell'essere umano, la sua qualità sfugge, ogni soggetto è libero e morale nella misura in cui permane nel quarto livello, vale a dire nel suo infinito che gli permette di vivere la propria esistenza come illimitata nel tempo e nello spazio. Questo è anche il senso della fede: aprire il finito a ciò che non lo è e attuare una condotta improntata all'infinito. «Mentre la dottrina della libertà

di Kant dipendeva da un argomento trascendentale in cui la ragione postula la realtà della libertà al fine di rendere intelligibile il fenomeno della moralità, Lévinas afferma l'esperienza del volto dell'altro e del discorso come prova fenomenologica del suo punto di vista» (Van Hooft, 1995, p. 147). Ciò che non può essere conosciuto, tuttavia, nel quarto livello può essere amato di un amore che si esprime attraverso la cura che rappresenta anche una forma di conoscenza. La cura nelle sue forme di *auto-progetto* e *cura degli altri* è la sola struttura di rapporto con l'infinito che i soggetti possano avverare nella sfera morale: «Il mio modello di ciò che significa vivere come un essere umano ci permette di capire questo dicendo che l'altro è potenzialmente un oggetto di fede e di amore al quarto livello del nostro essere piuttosto che un oggetto di uso per terzi» (Van Hooft, 1995, p. 77). Le alterità attraverso la comunicazione offrono la possibilità che la cura si realizzi nelle forme concrete come accade in quelle dell'auto-progetto. Gli stessi ideali e gli obiettivi etici verso cui il soggetto dirige la propria cura, quindi, e per cui il soggetto è disposto anche a sacrifici e rinunce sono dei mezzi che lo introducono nel regno della moralità e nello stesso tempo lo realizzano come essere umano relazionale. Per Van Hooft, (1995, p. 217),

Quando adempiamo ai nostri cosiddetti obblighi morali stiamo adempiendo alle nostre richieste e attuando i nostri impegni autosufficienti. Stiamo perseguendo ciò che è importante per noi e vivendo la nostra fede. Stiamo perseguendo la nostra integrità. Anche quando gran parte dei progetti che perseguiamo sono diretti al benessere e al beneficio degli altri è il senso di noi stessi e di ciò che è più importante per noi che fornisce lo scopo pre-riflessivo e l'impulso motivazionale. Ne consegue che piuttosto che supporre che siano solo la premura per gli altri a fondare la moralità è anche il nostro auto-progetto.

Come si comprende, nella misura in cui si è aperti e attenti verso l'altro attraverso la comunicazione si realizza un circolo curativo che si origina dal soggetto, si dirige verso l'altro e fa ritorno su se stessi nella declinazione di auto-progetto. La realizzazione del sé, infatti, non avviene attraverso la chiusura, ma a partire dalla disponibilità a coltivarsi come bisognoso di relazione, a riconoscere se stesso e l'altro come infiniti.

4. La circolarità tra vita morale ed etica sociale

La prospettiva di Van Hooft che delinea la cura come un flusso di moralità-relazionalità e auto-progetto appare interessante anche sul versante sociale dell'etica oltre che per la comprensione della vita morale intima dell'agente. Ciò è dato dalla possibilità che la dimensione relazionale con le sue caratteristiche sia efficace non solo per se stessi, ma anche per la vita esterna, ossia per tutto ciò che ha a che fare con le sue conseguenze sociali. La relazionalità, che è un attributo a tratti sovrapponibile ad alcune forme di cura, possiede, una capacità mondana, vale a dire è in grado di produrre dei risultati apprezzabili in termini di plasticità sociale. L'espressione più immediata della relazionalità umana è la sua trasformazione nella forma della socialità che si esplica nella costruzione della comunità, realtà che non rappresenta solo una configurazione sociale ma è fondata e alimentata dalle ragioni etiche che l'hanno originata. Se la relazionalità non fosse necessitata ad esprimersi nella socialità e nelle sue costruzioni, rimarrebbe un'ipotesi teoretica e non un dato osservabile dall'esperienza. Ora, abbiamo considerato che l'auto-progetto si realizza nel rapporto con l'altro e si esprime come *care of others* proprio in virtù della relazionalità. Da ciò ne consegue che la socialità è una forma di cura determinata che favorisce allo stesso tempo armonia esterna e integrità del soggetto, il quale ritrova nel binomio relazione-socialità il proprio auto-progetto. Ci sembra, quindi, che in questo senso, vita morale ed etica sociale (come forma determinata di cura), rientrino a pieno titolo in una medesima dinamica circolare che non prevede contraddizione tra forme sociali dell'etica e morale individuale. Il circolo, infatti, prevedendo la sequenza di moralità, cura, auto-progetto e relazionalità non può escludere le etiche condivise che rappresentano gli effetti della combinazione della medesima sequenza. Nel modello, inoltre, si scorge una conformità tra etiche condivise e relazionalità-socialità-cura-autoprogetto. Si afferma cioè la sussistenza di un rapporto di necessità tra il proprio modo di sentire la cura e le modalità attraverso cui essa si determina in concreto nei contesti sociali. La ragione deriva dalla predisposizione alla relazionalità la quale fa in modo che nessuno dei soggetti rifiuterebbe di attuare delle condotte di cura perché spinto dalla medesima propensione nei livelli tre e quattro del

modello. Ciò significa che la cura viene espressa nelle stesse forme, sostenute da identici contenuti etici. Ma tutto ciò pone un problema. Scrive Van Hooft, (1995, p. 190):

è mia opinione che questa conformità sia una funzione della profonda cura dell'individuo nelle forme gemelle di auto-progetto e cura degli altri. Cerchiamo di realizzare noi stessi per mezzo di ciò che è più facilmente disponibile: cioè la nostra formazione sociale e cerchiamo di stabilire e mantenere la solidarietà con gli altri attraverso la conformità a quella formazione che li ha plasmati così come ha plasmato noi stessi. La nostra profonda cura genera un impegno esistenziale primordiale e pre-riflessivo per le etiche della nostra società. Tuttavia, come dimostra il fenomeno della riforma sociale e morale c'è *spazio* per l'individuo di adottare posizioni pratiche che si oppongono a quelle dell'ethos dominante della società.

Il problema è quello dello spazio per le posizioni pratiche oppostive all'ethos diffuso o dominante a cui fa riferimento l'autore perché ha a che fare con il dato dell'esperienza che, rispetto alla teorizzazione della conformità, mostra la frammentazione morale della società e la coesistenza di differenti esperienze etiche. Se così non fosse si sarebbe osservata, infatti, una perfetta confluenza o perfino sovrapposizione tra morale ed etiche diffuse.

La questione viene affrontata da Van Hooft attraverso la distinzione tra *etica* e *morale* secondo cui l'etica corrisponde a condotte pratiche socialmente accettate e condivise all'interno delle comunità di appartenenza; essa, cioè ha a che fare con «quelle norme guida dell'azione che tendono ad allineare le azioni delle persone con le esigenze sociali e interpersonali» (Van Hooft, 1995, p. 119); la morale, riguarda, invece, la dimensione intima della scelta del soggetto e che in taluni casi può trovarsi in contrasto e in disaccordo con le etiche e i comportamenti approvati socialmente. La distinzione tra etica e morale lascia trasparire anche una possibile modalità di interpretazione della circolarità supposta. Essa cioè non descrive una sovrapposizione tra contenuti morali; non si dà come corrispondenza tra morale personale ed etica condivisa. La sua circolarità, invece, è di tipo procedurale e non sostanziale. L'elemento di discrepanza è quello della *pre-riflessività* (*not conscious; not intentional*) della cura profonda. La pre-riflessività agisce come un attributo e non una determinazione; essa orienta l'azione, ma non ne definisce il contenuto. Ciò vuol dire, che la cura profonda può motivare l'intenzione, ma non oggettivarsi. La realizzazione, al contrario,

è demandata alle forme culturali disponibili nel mondo e nella realtà. Van Hooft (1995, p. 222) ritiene che

La formazione culturale avvolge e trasforma i primi tre livelli della nostra esistenza e ci offre ideali e aspirazioni attraverso i quali possiamo poi continuare a rafforzare quella formazione nella posizione della fede. A tutti i livelli della nostra esistenza, quindi, ciò che siamo non è qualcosa che abbiamo come essenza, ma qualcosa che si forma in relazione al nostro ambiente storico e culturale e che posso possedere nella formazione. Ma questa formazione sociale implica molto più che avere un'identità fissa. Che le nostre identità siano una funzione dei ruoli e delle situazioni sociali è ovvio. I nostri progetti fondamentali di vivere una vita in modo significativo, alla luce di alcuni ideali o aspirazioni principali, sono resi possibili per noi dalla formazione storica attraverso la quale si esprimono i quattro livelli del nostro essere.

Ciò vuol dire che la pre-riflessività della cura profonda fornisce un impulso che si sviluppa e rimane nell'ambito della morale. La sua realizzazione, invece, rientra nel campo delle etiche cosicché potremmo affermare che la cura profonda ad un livello inespresso appartiene all'indagine sulla vita morale del soggetto mentre al livello esteriore e cioè nella sua attuazione di cura determinata, afferisce alle etiche sociali. È in virtù di questa pre-riflessività e della non determinazione della cura che essa può manifestarsi come auto-progetto, che per sua stessa natura differisce dall'auto-progetto di qualsiasi altro. Se la cura fosse fissa si farebbe di tutto per raggiungere un accordo con le altre esperienze etiche, cosa che invece in molti contesti non avviene continuando a mantenere lo spazio per l'affermazione di posizioni etiche soggettiviste e individuali. In questo senso, la distinzione tra morale ed etica di Van Hooft rappresenta una ripartizione metodologica e non sostanziale e per questa ragione riproduce coerentemente il circolo della relazionalità-socialità-cura-autoprogetto.

La soluzione della pre-riflessività accompagnata al correlato del rifiuto dell'ipostatizzazione della razionalità quale forma imperante nelle decisioni morali, fornisce una possibile spiegazione non solo alla realtà della difformità etica che si osserva nella società, ma anche alle motivazioni interne al soggetto che consentono la sua libertà morale. La cura nel proprio svolgimento, infatti, è rappresentata come una realtà dialettica che si

esplica in una contrapposizione-correlazione tra motivazioni dell'azione e forme concrete, tra ragioni e realizzazione, tra vita morale personale e determinazioni culturali sociali. In altri termini, alla luce del modello è possibile cioè reinterpretare anche il problema del rapporto tra motivazioni *interne* e ragioni *esterne* alla base dell'azione morale così significativo nel dibattito tra coloro che si richiamano da una parte a Kant e dall'altra a Hume⁷.

Se il soggetto fosse determinato dalla pura razionalità e dalla piena riflessività e non dalla complessità cognitiva espressa nella curvatura levinasiana del modello, la cura si esprimerebbe, come sottolineato, in una forma stabile e fissa e ciascuno si aspetterebbe dagli altri la medesima realizzazione etica. In questo senso, non ci sarebbe contraddizione né eteronomia tra le azioni morali di ciascun soggetto e si ristabilirebbe ciò abbiamo affrontato con il concetto di conformità. L'orizzonte kantiano della libertà improntato alla razionalità morale restituirebbe un soggetto già determinato nelle sue espressioni. Il modello di Van Hooft, al contrario, pone lo svolgimento della vita morale nella possibilità che l'agente possa oggettivare la propria cura e il proprio auto-progetto in forme dissimili dall'etica dominante e dall'obbligo (Van Hooft, 2014, pp. 153-162). Ciò avviene, come si è cercato di dimostrare, in quanto la cura è pre-riflessiva e il suo orientamento non è quindi puramente razionale e cosciente, ma intriso di emozioni, pulsioni e desideri che agiscono ai livelli più nascosti della coscienza. Il carico cognitivo rappresenta nel modello ciò che la pura razionalità non realizza e cioè un'apertura verso differenti forme di oggettivazioni etiche.

Ciò che Van Hooft chiama *Smith's problem* per il fatto che Smith è stato tra i primi a teorizzarlo in maniera compiuta, si ritrova anche nella discussione di Bernard Williams con le cui tesi è possibile istituire un confronto. Sia per Williams che per Van Hooft coloro che si richiamano alla tradizione kantiana (nei tratti messi in evidenza da Van Hooft) sostengono che la validità delle norme morali sono riscontrabili nella ragione e per questo riconoscibili (Williams, 1981, pp. 101-113). Scrive Van Hooft, (1995, p. 211),

⁷ Cfr. Smith, 1994; Nagel, 1989 e 1991; Slote, 2007 e 2014 (cap. 5).

Supponiamo che io faccia la cosa giusta in ogni caso. I kantiani analizzerebbero questo suggerendo che abbiamo obbedito a un imperativo morale universale e abbiamo agito nonostante le nostre inclinazioni inferiori. E suggerirebbero che ciò dimostra che gli imperativi e i doveri morali esistono come realtà oggettive esterne a noi. La mia analisi, al contrario, mi suggerisce che fare la cosa giusta deriva dai nostri più alti ideali e impegni in quanto questi esprimono la nostra cura primordiale. Se c'è un conflitto con inclinazioni inferiori, è un conflitto interno piuttosto che un conflitto tra me e qualche ragione esterna derivante da esigenze morali oggettive.

Il tentativo di coloro che si rifanno alla concezione di un dovere oggettivo a cui rispondere non è spiegare le cause che determinano l'azione morale, ma comprendere se esse sono giuste in base a *ragioni morali o ragioni immorali* da riconoscere in virtù della natura razionale dell'uomo. Se le azioni sono determinate da parametri stabili significa che essi si trovano al di fuori del soggetto e posseggono normatività e forza vincolante per ogni essere razionale. Per chi si richiama alla tradizione di Hume, sostiene Van Hooft, il soggetto, pur riconoscendo la razionalità di un'azione, non riceve da essa una motivazione sufficiente per compierla. La ragione, vale a dire, non agisce come elemento motivante così come invece operano i desideri. Essa può mostrarci strategicamente i mezzi per compierla ma non fornirci anche la convinzione perché venga realizzata. La questione si pone tra riconoscere la preminenza delle ragioni esterne, provenienti da obblighi, ma pur sempre fondati sulla natura razionale dell'uomo oppure delle motivazioni interne all'azione che descrivono anche l'appetito dei desideri⁸.

La soluzione di Van Hooft prende le distanze da entrambe le posizioni, superando la necessità di scegliere tra le due dottrine e offrendo una terza via basata sull'incontro tra la cura e i livelli di funzionamento dell'essere umano. Per il nostro autore, ragioni esterne e motivazioni interne rappresentano degli archetipi adatti alla spiegazione solo se si considera che il soggetto agisca ad una sola dimensione o che esso sia in grado di separare nella

⁸ «Al posto di un simile racconto, molti filosofi che oggi si ispirano a Kant preferiscono vedere un agente responsabile e autonomo mosso all'azione dalle ragioni [...] Questi teorici respingono l'approccio sentimentalista e la tradizione di Hume più in generale perché mettono in risalto le simpatie e i desideri dell'agente, sia come motivazione che come causa delle azioni, a discapito delle ragioni dell'azione. Per tali teorici, la teoria morale non deve spiegare le nostre azioni morali in termini di cause, ma determinare quali azioni siano giuste o sbagliate», come riportato nel saggio inedito di Stan Van Hooft, dal titolo *Caring, Reasons and Normativity* (pp. 1-52), gentilmente concesso dall'Autore.

decisione i diversi fattori cognitivi. «Se la ragione e il desiderio sono veramente separati e distinti, e se alla ragione viene chiesto di fornire il terreno per il pensiero morale, allora saremmo davvero in piedi e assorti in una circolarità viziosa. Ma alla ragione non si può chiedere di fornire il terreno per il pensiero morale perché non è una facoltà distinta dal desiderio» (Van Hooft, 1995, p. 161). La ragione, dunque, per il pensatore australiano, non agisce come un nucleo separato, ma è inserita in una realtà di intersezione a cui partecipano le altre qualità dell'essere umano che si trovano nei livelli inferiori e superiori di funzionamento. Il *kantismo morale*, al contrario, nella lettura di Van Hooft, ha immaginato un agente isolato e sussistente che avesse in sé già degli scopi da perseguire riflessivamente e fosse orientato dalla luminosità del dovere e dalla partecipazione alla comune razionalità (Van Hooft, 1995, p. 165) :

Gran parte della discussione tradizionale sui problemi etici e morali presuppone che gli agenti siano individui autonomi e razionali esistenti solo ai livelli tre e quattro del mio modello e inizialmente non si sentono in debito con nessuno. Di conseguenza, tali discorsi hanno dovuto escogitare teorie morali che fornissero ragioni per sottoscrivere gli obblighi a cui gli agenti si sentivano soggetti. Ma l'errore in tutto ciò consiste nel pensare che le persone non abbiano una storia evolutiva e che esistano come agenti solitari in modo che tutti i loro obblighi e le responsabilità debbano essere adottati volontariamente o imposti esternamente.

Van Hooft rifiuta la forza vincolante delle ragioni esterne in quanto ne contesta la validità per il sistema di funzionamento del soggetto. Il tentativo del modello è ancora una volta riportare nella vita morale ciò che era stato tralasciato nella conoscenza come la pre-riflessività che svolge un ruolo significativo nell'orientamento motivazionale iniziale della cura. Essa informa inconsapevolmente obiettivi e auto-progetti, fornisce lo stimolo profondo all'impegno che rappresenta la causa prima dell'azione, agendo unitamente a desideri e appetiti. Ne consegue che una scelta morale interpretabile dal punto di vista di coloro che si richiamano ad una concezione oggettiva del dovere come dettata dalla risposta ad obblighi esterni riconosciuti validi dal soggetto, per la teoria di Van Hooft può essere spiegata come l'adesione al proprio impegno di cura profonda orientata verso gli ideali assunti dall'auto-progetto nel quarto livello di funzionamento. La legge morale, in questa prospettiva, non è

più l'universale conoscibile, ma diventa vincolante quando i suoi contenuti sono assunti come forma di impegno personale. A questo proposito, anche il problema del dilemma morale può essere interpretato come espressione di una contrapposizione tutta interna alla dinamica della cura e non come un conflitto tra obblighi esterni e motivazioni interne. «La nostra riflessione su tali situazioni può stabilire ragioni come l'articolazione di questi impegni conflittuali in modo che il dilemma sia descritto come uno scontro di ragioni, ma queste ragioni saranno le espressioni interne della mia cura così come lo sono in situazioni non conflittuali» (Van Hooft, 1995, p. 231).

Come si comprende, questa posizione colloca il *telos* dell'azione nella dimensione della determinazione di cura del soggetto e non in un dato universale esterno e oggettivo. Il carattere dell'universalità è, tuttavia, conservato nella predisposizione del soggetto alla cura e nelle capacità attraverso cui essa si esprime. Tale carattere si può osservare anche in alcune idee e pratiche virtuose che sono considerate patrimonio universale degli uomini come, ad esempio, la solidarietà, la libertà, il rispetto dei diritti e la conservazione della vita. Ciò accade non perché esse preesistano alla cura, ma in quanto si realizzano plasticamente come cura determinata del singolo attraverso la mediazione tra desideri, aspirazioni (motivazioni interne) e ambiente (ragioni esterne). In questo consiste l'antirealismo morale di Van Hooft che ritrova nella genesi dei valori non una realtà ontologica, ma il loro essere espressione derivata e incarnata della cura primordiale. Come Williams, Van Hooft, dunque, pone le ragioni pratiche che motivano l'azione all'interno della vita interiore del soggetto; nello stesso tempo come Hume avvia un'indagine empirica sulla natura umana e i suoi funzionamenti. Il suo modello, tuttavia, non è assimilabile alla descrizione di un *subjective motivational set* così come avviene per Williams dove l'indagine è soprattutto psicologica; in Van Hooft si trovano allo stesso tempo sia elementi di carattere biologico, psicologico ma anche puramente morali che derivano da un'analisi olistica e non solo psicologica. Il quadro psicologico, infatti, appare insufficiente a definire la complessità motivazionale dell'agente perché la moralità non si esplica nella forza di obbligazione delle norme che il soggetto ha interiorizzato, né nelle ragioni più o meno inderogabili di una cornice psichica, bensì nel rispetto del proprio impegno che collima con il perseguimento dell'auto-progetto che

appartiene ad una dimensione spirituale e ideale. Sia la cura degli altri che l'auto-progetto afferiscono al proprio impegno sostenuto dalla fede essenziale che orienta l'esistenza. Ne deriva che la dicotomia tra ragione e desiderio (ciò che si prescrive esternamente e ciò che si avverte come cura) possa essere sanata in un'integrazione virtuosa. La virtù, infatti, della cura possiede uno statuto complesso che integra la dimensione emozionale, l'orientamento motivazionale e la qualità razionale. Se per Williams (1985) il campo dei desideri è sufficiente a spiegare l'azione, per Van Hooft la chiarificazione dell'azione non può limitarsi alla percezione dell'emozione derivante da un fattore esterno o da un sentimento di empatia. L'impegno necessita da una parte di un percorso pre-riflessivo e dall'altra di un cammino riflessivo e cosciente e dunque razionale, che fissi gli obiettivi da perseguire e fornisca gli strumenti per farlo. È come se Williams ponesse il problema della motivazione soltanto nel secondo livello del modello di Van Hooft e cioè quello che descrive l'essere umano nello stadio percettivo senza includerlo in quelli successivi. Il modello di Van Hooft, al contrario, può essere interpretato come il ristabilimento della relazione tra dimensione pre-riflessiva (inclinazione, desiderio, pulsione, passione) e dimensione riflessiva del quarto livello associata alla decisione. Difatti, se per Williams il set motivazionale esclude la riflessività per Van Hooft, invece, è parte integrante nello sviluppo della dinamica dell'azione⁹.

5. Conclusione: la cura e la sua negazione

La conciliazione a più livelli del rapporto tra morale ed etiche condivise e tra motivazioni interne e ragioni esterne attraverso la riflessività e la pre-riflessività descrive un campo di condotte e comportamenti che rimangono nell'alveo della disposizione alla cura e della relazionalità. Anche quando l'azione morale è in contrasto con l'etica condivisa socialmente, essa esprime una forma differente di cura, ma non qualcosa di contrario; difatti, il problema del dilemma morale che consta della possibilità di forme eteronome di

⁹ Su Bernard Williams si cfr. Mordacci (2007, p. 55).

cura determinata non appare radicale nelle sue conclusioni, esso non contempla, cioè, la possibilità che la cura non sia parte in causa della decisione ed esclusa dal comportamento. Il discrimine tra un'etica condivisa a livello sociale e ciò che si muove nell'intima vita morale dell'agente è il nucleo della motivazione che afferisce all'azione che si dà rispettivamente come ciò che è ritenuto significativo per l'armonia della società e come ciò che è importante per l'auto-progetto. Non c'è spazio, dunque, nella teoria di Van Hooft per un rapporto negativo tra soggetto e azione morale; per l'ipotesi dell'assenza di moralità nelle azioni; per la possibilità che un comportamento altruista non possa essere percepito tra le ragioni e le motivazioni interne che spingono a realizzare una condotta morale.

Si potrebbe obiettare, a proposito, che il modello ha un carattere descrittivo e non prescrittivo e che non si riferisca a cosa non è morale, ma solo a ciò che forma la moralità dell'azione. Tuttavia, la negazione del carattere morale di un'azione rappresenta un problema con il quale occorre confrontarsi così come si è fatto con gli argomenti che ne descrivono l'eticità. L'idea di suggerire un modello analitico e procedurale di funzionamento dei livelli dell'essere umano non sfugge alla necessità di comparazione con la parte più oscura dell'agire, vale a dire con la possibilità della negazione stessa della morale della cura; la condizione secondo la quale in determinati contesti la cura profonda non si esprime e si arresta prima ancora che possa svilupparsi come etica storicamente e socialmente determinata. Se poniamo, inoltre, che la relazionalità rappresenta allo stesso modo della cura un elemento predispositivo del vivere come essere umani occorrerà indagare anche quelle condizioni nelle quali essa non si manifesta o si rende visibile nel suo contrario. La possibilità stessa che l'azione non sia sostenuta dall'auto-progetto e dalla cura degli altri pone il problema della predisposizione e del carattere necessariamente pratico dell'azione che tende a realizzarsi nelle strutture del reale di cui parla Van Hooft. Una risposta soltanto parziale a questo problema si può individuare nell'intenzione di qualificare gli attributi del funzionamento dell'essere umano come modalità verbali e non come sostantivi. Come è stato sottolineato, essi indicherebbero una possibilità di espressione della cura nei singoli livelli e non un dispositivo meccanico secondo il quale se ne garantisce l'espressione. Ciò significa che la cura profonda, pur nella sua pre-riflessività di

disposizione e atteggiamento, non è necessitata ad esprimersi cosicché può rimanere nel suo nucleo priva di quella capacità di orientarsi su un oggetto definito.

Esiste, tuttavia, a nostro avviso, anche un'ulteriore declinazione del problema della mancanza di moralità che non fornisce una risposta a ciò che impedisce il dispiegamento della cura, ma può invece spiegare ciò che la promuove. Questo elemento si chiarisce se si fa riferimento al carattere *esemplaristico* che ogni cura determinata svolge all'interno della realtà e quindi anche alla sua funzione pedagogica¹⁰. La potenza ricettiva degli esempi viene acquisita per mezzo del livello reattivo-percettivo dell'essere umano; ciò vuol dire che essi, pur non esaurendo la totalità della vita morale, posseggono una significatività pedagogica così come ha sostenuto Aristotele a proposito delle virtù¹¹. Per Aristotele l'esercizio delle virtù può essere fortificato e ampliato attraverso l'abitudine. Non si tratta nel nostro caso di farsi guidare interamente da essi, ma di riconoscerne il valore che è di stimolo all'auto-progetto e alla cura. Gli esempi rappresentano quelle forme etiche che sono state disperse nella realtà dall'espressione della cura primordiale dei soggetti; ne consegue che è possibile risalire alla cura primordiale o profonda (che appartiene in modo pre-riflessivo a tutti) considerando quanto si trova oggettivato. Anche se, come abbiamo cercato di mostrare precedentemente, non esiste un'uniformità di contenuto tra vita morale individuale ed etica dominante, ma solo procedurale ciò non toglie che al livello percettivo-reattivo il soggetto possa ricevere dalle etiche sociali elementi che suggeriscano di cercare quanto di buono e di curativo esiste. Il grado di attrattività dell'esemplarismo della cura risiede nel fatto che le comuni esperienze e la comune formazione avuta dai soggetti in quanto agenti non isolati, ma in relazione, rendono riconoscibile la cura cristallizzata nelle azioni altrui. Riconoscere, tuttavia, non si traduce in un sentimento di obbligatorietà, ma rappresenta una possibilità attraverso cui esprimere il proprio auto-progetto. Le formazioni storiche e culturali che sono i contenuti della cura determinata del soggetto possono quindi fornire degli esempi reali che la vita morale interiore può assumere e apprezzare come guida per il proprio percorso riflessivo che conduce all'azione morale. Ciò non esclude certamente la realtà del

¹⁰ Per l'esemplarismo come teoria morale, cfr. Croce (2017, pp. 381-390).

¹¹ Cfr. Campodonico, Croce, Vaccarezza (2017, pp. 100-104) e, inoltre, Chappell (2006).

solipsismo e della chiusura egotica, ma è possibile sostenere che senza gli esempi dispersi non si attiverebbe la capacità curativa che conduce alla cura determinata. In questo senso anche gli esempi contrari alla cura e alla morale riproducono dei fattori che alimentano l'arrendevolezza e la chiusura nei riguardi del dispiegamento della propria vita morale.

Bibliografia

- Benner P., Wrubel J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California: Addison – Wesley Publishing Company.
- Bowden P. (1997). *Caring: Gender – Sensitive Ethics*. London: Routledge.
- Campodonico A., Croce M., Vaccarezza M. S. (2017). *Etica delle virtù. Un'introduzione*. Roma: Carocci.
- Chappell T. (2006). *Values and Virtues. Aristotelianism in Contemporary Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Croce M. (2017). *L'esemplarismo come teoria morale: uno sguardo critico*. In I. Poma, a cura di, *I fondamenti dell'etica*. Brescia: Morcelliana.
- Foot P. (2001). *Natural Goodness*. Oxford: Clarendon Press.
- Fry S. (1989). The Role of Caring in a Theory on Nursing Ethics. *Hypatia*, 4, 2: 88.
- Garrau M., Le Goff. A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux theories du care*. Paris: Puf.
- Gilligan C. (1987). *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*. Milano: Feltrinelli.
- Kohlberg L. (1971). *From is to Ought: How to Commit the Naturalistic Fallacy and Get Away with It in the Study of Moral Development*. New York: Academic Press.
- Leininger M.M. (1981). *Caring: an essential Human Need*. Thorofare: Charles B. Slack.
- Lévinas E. (2000). *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*. Milano: Editoriale Jaca Book.
- Mayeroff M. (1971). *On Caring*. New York: Harper and Row.
- Merleau-Ponty M. (2017). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani.

- Mordacci R. (2007). *La vita etica e le buone ragioni*. Milano: Bruno Mondadori.
- Nagel T. (1989). *The View from Nowhere*. New York-Oxford: Oxford University Press.
- Nagel T. (1991). *Equality and Partiality*. New York: Oxford University Press.
- Noddings N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Nussbaum M. (2007). *Le nuove frontiere della giustizia*. Bologna: ilMulino.
- Oakley J. (1991). *Morality and the Emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Pettigrove G. (2007). Ambitions. *Ethical Theory and Moral Practice*, 10, 1: 53. DOI: 10.1007/s10677-006-9044-4.
- Sartre J. P. (2007). *L'esistenzialismo è un umanismo*. Milano: Mursia.
- Scanlon T. M. (1998). *What We Owe to Each Other*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Shade P. (2001). *Habits of Hope: a Pragmatic Theory*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Slote M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy*. London and New York: Routledge.
- Slote M. (2014). Virtue ethics and moral sentimentalism. In Hooft S.V., ed., *The Handbook of Virtue Ethics*. Durham: Acumen.
- Smith M. (1994). *The Moral Problem*. Oxford: Blackwell.
- Swanton C. (2003). *Virtue Ethics: A Pluralistic View*. Oxford: Oxford University Press.
- Tronto J.C. (2006). *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*. Parma: Diabasis.
- Van Hooft S. (1996). Bioethics and caring. *Journal of medical ethics*, 22: 83. DOI: 10.1136/jme.22.2.83. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://jme.bmj.com/content/medethics/22/2/83.full.pdf> (28/06/2019).
- Van Hooft S. (1995). *Caring: an Essay in the philosophy of Ethics*. Niwot: University Press of Colorado.
- Van Hooft S. (2003). Caring and ethics in nursing. In V. Tschudin, ed., *Approaches to Ethics: Nursing Beyond Boundaries*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Van Hooft S. (2006). *Caring about Health*. Aldershot: Ashgate.

- Van Hooft S. (2014). *Virtue and Identity*. In Van Hooft S., ed., *The Handbook of Virtue Ethics*. Durham: Acumen.
- Van Hooft S. (2003). *Caring, Reasons and Normativity*. Inedito.
- Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (2007). *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Watson J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder Colorado: Associated University Press.
- Williams B. (1981). *Internal and External Reasons in Moral Luck*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams B. (1985). *Ethics and the limits of Philosophy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wollheim R. (1984). *The Thread of Life*. Cambridge: Cambridge University Press.