

Fabio Vanni*

La cura complessa e collaborativa

di Marco Ingrosso

ARACNE EDITORE, ROMA, 2018.

Il libro di Marco Ingrosso, sociologo che si occupa da molto tempo di salute, merita un'attenta lettura per chi si occupa di soggettualità. Prende avvio dal tema della cura che viene descritto in tutta l'ampiezza che esso merita a partire dal suo essere uno degli elementi fondamentali della nostra convivenza e, potremmo dire, della nostra stessa sopravvivenza come specie. Particolarmente interessante è la parte iniziale del libro ove Ingrosso sviluppa storicamente il concetto di cura a partire dalle origini delle civiltà umane e fino ai giorni nostri mettendo bene in luce come essa riguardasse *ab initio* e per molto tempo diversi aspetti della relazionalità interumana stessa (dalla cura del corpo a quella dell'anima, all'istruzione, alla protezione) e diversi momenti della vita (l'infanzia, certo, ma anche i momenti inevitabili di fragilità presenti in tutto l'arco dell'esistenza, e poi la cura a chi ha spesso o sempre bisogno dell'altro per varie ragioni) per poi mettere in luce l'emergere di esigenze e figure incaricate di rispondere a bisogni presenti in ognuno degli ambiti della cura ma senza che per molto tempo venisse meno una dimensione di unitarietà della cura stessa.

Della cura, in questa lunga prima fase preistorica e storica durata migliaia di anni, si mette qui in luce anche la dimensione fraterna, e dunque orizzontale, e non solo quindi quella asimmetrica, e poi la cura di sé che merita un'attenzione particolare, come vedremo.

“...essa (la cura, ndr) nasce sostanzialmente in ambito domestico, in primo luogo a carico e come caratteristica femminile e poi, più ampiamente, dei responsabili del gruppo di convivenza in una coordinata e complessa divisione di compiti. In questo senso, la cura si occupa di allevamento, educazione, assistenza, terapia, organizzazione ambientale e quant'altro, come il termine ancora

*Psicologo, psicoterapeuta SIPRe, AUSL Parma. E-mail: fabio.vanni@alice.it

oggi rimanda. (...) Cos'hanno dunque tutte queste accezioni in comune, al di là del contenuto specifico e del campo applicativo che varia? Si ha l'azione del curare allorché si stabilisce una *relazione* fra una persona che ha alcune necessità (di vario tipo) e un'altra che la può e la vuole curare, ossia intervenire in suo aiuto, ascoltarla, affiancarla. Il curare discende quindi da una *relazione sociale* (corsivo mio, ndr) che s'instaura fra due persone, una delle quali è *sollecita, motivata, capace* di portare un qualche apporto utile, mentre l'altra è *desiderosa e attende un intervento*" (pp. 15-16).

È infatti una caratteristica della specie umana, non già la cura in sé che appartiene a tutto il mondo vivente, quanto l'esistenza di una lunga fase iniziale della vita (cd. *Neotenia*, Bolk, 1926), e poi di momenti successivi di essa, nei quali l'interscambio con il *caregiver* è sì vitale per il bambino in termini di sopravvivenza ma è anche fondamentale per la specie per trasmettere di generazione in generazione i principali valori relazionali e culturali (Napolitani, 2000). È attraverso ciò che avviene nella prima parte della vita che l'essere umano sviluppa i tratti fondamentali della sua personalità, le conoscenze di base sul mondo, le forme tramandate di convivenza microsociale (coppia, famiglia) e macrosociale (clan, comunità, *etc.*) ed è in questa fase che la società tramanda i suoi valori fondamentali.

Questa rilevanza per così dire *incrociata* ha portato ad un'esigenza di "*sacralizzazione* (corsivo mio, ndr) delle relazioni di cura che è stata avverita in forme diverse in varie epoche e situazioni sociali, dato il forte legame di queste cure con la sopravvivenza, la salute, il benessere propri e della propria discendenza" (p. 21).

La rottura o l'impossibilità di perseguire questo tipo di relazionalità tuttavia diveniva sovente

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

La necessità di interventi fuori dall'ordinario e dal quotidiano, che metteva in gioco e in connessione diversi mondi e livelli di realtà, motivava anche la creazione di altre figure sociali extrafamiliari particolarmente abili e specializzate nel ricreare ordine dove entrava il caos della malattia o del cambiamento di stato" (p. 22).

Questo breve tratteggio della storia della cura consente di metterne in luce alcuni aspetti chiave ovvero la sua ampiezza (non solo limitata a stati di inabilità o malattia ma a tutto lo sviluppo della persona compreso quello delle sue conoscenze) la sua dimensionalità (per così dire verticale, obliqua e

orizzontale) la sua reciprocità (oggi tocca a me dare, ma domani toccherà a te).

Un aspetto non meno rilevante della cura, fin dalla classicità greco-romana, evidenzia Ingrosso, è la *cura sui*,

“autorevolmente messa in luce da una famosa opera di Foucault (1984) che si esprime attraverso la ricerca di *valetudo* fisica e saggezza filosofico-morale. Lo ‘stile di vita’ della cura di sé viene praticato da alte personalità della classicità greco-romana, ma esso genera anche istituzioni sociali come il *gymnasium*, che associa esercizio fisico e studi filosofico-matematici, o le *thermae*, che esaltano l’igiene e la cura del corpo ma anche l’incontro e la discussione pubblica” (p. 27).

E anche in seguito, ben dopo la romanità,

“Nell’età di mezzo la cura assume le forme del materno (generativo, accuditivo e protettivo), del paterno (sapere ordinativo e guaritivo) e del fraterno (ospitalità curante) avviando un’articolazione inedita delle figure preposte e delle modalità d’intervento. Essa, con lunga gestazione e non senza contrasti, raccoglie in parte l’eredità della classicità (ad es. in tema di medicina) e la inserisce in una organizzata teodicea che sviluppa e articola le figure di cura in un quadro congruente” (p. 29).

Ma il passaggio decisivo, una discontinuità importante, avviene nei secoli successivi, fra l’Umanesimo e l’Illuminismo e trova nella rivoluzione scientifica che si compie nella tecnologia industriale ottocentesca e novecentesca uno sviluppo importante.

Auguste Comte, teorico del positivismo, suddivide in tre stadi il percorso di *civilizzazione* mettendone in luce tre principi ispiratori.

“Nella sua visione, le fondazioni della vita sociale sono state tratte dall’immaginario religioso per un lunghissimo periodo della vita umana. In una fase più recente, che egli definisce ‘metafisica’, la genesi delle idee sociali è ricondotta ad entità più astratte come la ‘Natura’ e la ‘Ragione’, il ‘Dovere’ ma anche la Libertà e l’Uguaglianza sociale. Si tratta del pensiero che dall’Umanesimo rinascimentale arriva all’Illuminismo filosofico, ma anche al Romanticismo.

Solo nel crogiuolo della nuova rivoluzione scientifica, politica e industriale ottocentesca si creano le basi per la fondazione dello Stadio Positivo, in cui le attività umane saranno guidate non più dai Miti o dai Principi, ma dallo ‘spirito positivo’ che non ha più bisogno di cercare dei ‘perché ultimi’, ma solo di attenersi a leggi effettive, immutabili e universali” (p. 29-30).

L’Umanesimo e il successivo Rinascimento pongono l’uomo al centro e misura di tutte le cose, artefice della storia e autonomo rispetto a “presunte leggi divine eteronome e immutabili” (p. 30).

È in questo periodo che si produce uno sviluppo importante della scienza medica all’interno del nascente pensiero scientifico che pone in essere una

“crescente prospettiva dicotomica che contrappone soma fisico e psiche-spirito, pratiche empiriche e conoscenze esatte, credenze irrazionali e verità di ragione. (...) È dunque in questa fase che si crea una profonda scissione di premesse fra la cura tecnico-professionale, il cui archetipo diventa il Medico formato nelle Scuole e nelle Università – rispondente al Principio di Ragione e ad una visione naturalistica della vita biologica (‘Scienza e coscienza’) – e la cura quotidiana a carico di donne non scolarizzate, operata nell’ignoranza delle basi igieniche e gravata dalle credenze religiose nei santi guaritori e nei miracoli mediati dalla Madre di Dio” (pp. 30-31).

È qui dunque, nella modernità, che viene *risolto* un problema millenario collocando nell’umano la ragione di ogni cosa sottraendone la determinazione al Divino, come fino ad allora sempre accaduto (e, voglio ricordare, come sempre accadrà anche in seguito in pressoché tutte le altre culture non occidentali) creando una dicotomia che ancor oggi viviamo fra scienze della natura e scienze dello spirito o fra scienze naturali e scienze umano-sociali. Sembra essere questo il punto in cui, seguendo la trattazione di Ingrosso, la visione della cura che fino al medio evo trovava una sua dimensione tutto sommato “unitaria e congruente” (p. 39) diviene qui scissa fra una *biologia applicata* da un lato e un’evanescente e perdente mondo dell’arte e della filosofia. Una visione della cura molto legata alla sapienza e dunque alla verticalità, non solo dei saperi, ma delle classi, delle risorse, e dunque poco attenta sia all’orizzontalità fraterna che alla cura di sé (chi è meno sapiente su di sé, in una logica scientifico-positivista, che sé stesso?) fondando in tal modo un’esigenza di delega. Nessuno spazio poi poteva avere per la *scienza positiva* la considerazione di ciò che oggi potremmo definire *soggettività del ricercatore e del curante* che non poteva che dover essere espunta, e con essa le ragioni *vocazionali* della cura (e della ricerca) stessa.

Il lavoro di Ingrosso prosegue poi, esaurita questa prima parte storica mettendo in luce i contributi di alcuni autori e ambiti di pensiero che hanno svolto un ruolo significativo nella teoria della cura (da Heidegger a Lévinas, da Foucault a Ricoeur, dalla cultura psicologica a quella pedagogica e femminista) ed infine approfondendo maggiormente i contributi del pensiero sociologico, per arrivare ad un’ampia disamina di rappresentazioni e di esperienze attuali inerenti il mondo sanitario.

È interessante qui notare come il tema della cura si focalizzi sempre più, nel corso del volume, sul mondo della salute e come contestualmente si arrivi ad una visione della salute stessa (ne è un esempio la famosa definizione dell’OMS resa pubblica nel ‘48, ma anche le più attuali concezioni di salute che Ingrosso cita) estremamente ampia. Anche la proposta definitoria dell’autore si situa d’altronde in questa linea:

“La salute consiste nella capacità (per gli esseri umani) di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita, di adattarsi ai cambiamenti del proprio ambiente. La salute necessita di ambienti favorevoli alla vita

umana, di adeguate relazioni sociali e di opportune forme di cura reciproca e organizzata. Le condizioni che permettono ad un gruppo sociale e ai suoi membri di mantenere e sviluppare la salute costituiscono un bene comune da promuovere e tutelare" (p. 216).

Il libro compie quindi una traiettoria, significativa in sé, che parte dal tema della cura per poi restringersi a quello della salute, lasciando quindi in secondo piano tutta una serie di ambiti della cura (da quello che riguarda la conoscenza/educazione a quelli relativi alle *forme dell'essere* nelle relazioni micro e macro sociali, alla cura dei luoghi, delle diverse forme di vita e degli oggetti) che appaiono rilevanti e che non sono certo riconducibili al tema della salute, anche ampliandolo a dismisura come fa, alquanto inefficacemente, l'OMS dal '48 o nella carta di Ottawa dell'86.

Sarebbe oltremodo interessante approfondire le ragioni di questo fallimento operativo, a fronte di una condivisione di orizzonti e di un così autorevole sostegno, un approfondimento che forse ci consentirebbe di mettere in luce come le premesse della sanità attuale siano ben diverse da quelle auspiccate dalla comunità degli studiosi della salute, e alle quali anche Ingrosso s'ispira.

Mi pare, in sintesi, di poter dire che la visione ecologico-sistemica che ispira quest'ultima collochi i saperi in un'organizzazione che ne relativizza le assolutezze e ne massimizza le interconnessioni mentre la cultura modernista, che trova nella medicina moderna una delle sue maggiori espressioni tecnologiche, pone l'uomo in una posizione di assoluta centralità e dominio sulla *natura*, e individua il corpo umano come oggetto centrale di studio e conoscenza ponendo il resto alla periferia dei saperi sanitari. Una logica molto diversa.

Questa discrasia è particolarmente evidente e deleteria nella cosiddetta Salute Mentale ove la centralità del paradigma medico-psichiatrico pone in essere, a mio parere, forme di cura particolarmente inadatte ad interpretare le complessità dei malesseri del soggetto contemporaneo.

Ma probabilmente c'è di più. La cultura della complessità, nell'accezione volgarizzata del *c'entra tutto con tutto* ha aiutato certamente a vedere connessioni e a superare, pur parzialmente, settorialismi disciplinaristici ma mi pare ponga essa stessa, soprattutto nell'elaborazione di certi autori, la necessità di andare oltre una sorta di indifferenziato *melting pot* verso forme ordinarie nuove, auspicabilmente poi superate da altre disorganizzazioni e poi da nuovi provvisori ordini. Certamente il modello bio-psico-sociale è un passo avanti rispetto al riduzionismo biologistico o sociologico o psicologico ma giustapporre non vuol dire integrare. E integrare significa, credo, sviluppare una teoria accettabile dell'oggetto di conoscenza e quindi, in primis, del *soggetto* nella contemporaneità, operazione certo non ancora portata a compimento e che comunque non fa da guida alla concezione di salute e soprattutto alle pratiche di cura nell'occidente del mondo. Per chi si occupa del malessere di questo soggetto questa mancanza appare particolarmente gravida di problemi.

Questo contributo di Marco Ingrosso è quindi prezioso anche perché può essere molto utile a contrastare altre interpretazioni della salute, assai presenti nella nostra quotidianità che continuano a perseguire la cura in termini oggettivanti, iperspecialistici, pantecnologici.

BIBLIOGRAFIA

Bolk, L. (1926). *Das problem der Menschwerdung*. Gustav Fischer Ed, Jena.

Foucault, M. (1984). *La cura di sé*. Feltrinelli, Milano, 1985.

Napolitani, D. (2000). Neotenia, *Rivista italiana di gruppoanalisi*, XIV, 3.

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interesse.

Approvazione etica e consenso a partecipare: l'articolo non contiene elementi che possano portare al riconoscimento del paziente.

Ricevuto per la pubblicazione: 31 maggio 2020.

Accettato per la pubblicazione: 29 giugno 2020.

©Copyright: the Author(s), 2020

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2020; XXXI:290

doi:10.4081/rp.2020.290

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.