

CAMILLIANUM

RIVISTA DELL'ISTITUTO INTERNAZIONALE
DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA



La rivista «Camillianum», nata nel 1990, è promossa dall'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria ed è pubblicata con cadenza quadrimestrale. Raccoglie contributi provenienti dalle aree di attinenza della Teologia Pastorale Sanitaria: teologia, pastorale, etica, bioetica, filosofia, psicologia, sociologia e scienze giuridiche. Sul piano dei contenuti affronta da un punto di vista accademico questioni legate ai temi della salute, della sofferenza e della cura, presentando aggiornate rassegne bibliografiche. Intende infine offrire un contributo sul piano culturale e sociale, vista l'interdisciplinarietà della Teologia Pastorale Sanitaria. I contributi proposti alla pubblicazione sono valutati attraverso la peer review dei referee.

CAMILLIANUM

Rivista dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria
Anno XVI, III quadrimestre, numero 48 (nuova serie)

Proprietà della Curia Generalizia dei Ministri degli Infermi, Roma
Pubblicazione quadrimestrale dell'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria Camillianum

Direzione e amministrazione

Piazza della Maddalena 53 – 00186 Roma

Redazione

Camillianum – Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria
Largo Ottorino Respighi, 6 – 00135 Roma
Tel. 06 32 97 495 – Fax 06 32 96 352
redazione@camillianum.it
www.camillianum.it

Direttore responsabile

Luciano Sandrin

Direttore scientifico

Palma Sgreccia

Comitato di redazione

Palma Sgreccia, Eugenio Saporì, Massimo
Petrini, Luciano Sandrin, Maria Teresa Rus-
so, Flavia Caretta, Giuseppe Marco Salvati,
Antonio Mancini

Segretario di redazione

José Michel Favi

Autorizzazione del tribunale di Roma

N. 87/2001 del 13/03/2001

Poste Italiane Spa – Spedizione in abbona-
mento postale – D.L. 353/2003 (conv. in
Legge 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 2 –
DCB – Roma
Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

ISSN: 1121-2985

Abbonamento

Italia 40,00 euro
Esteri 55,00 euro
Studenti 30,00 euro
Sostenitori 70,00 euro

Spedizione per via aerea: per l'America, l'Asia,
l'Africa + 2,6 euro; per l'Europa 1,6 euro

L'importo dell'abbonamento va versato su:
Credito Valtellinese – Conto intestato a
Casa Generalizia Ordine Chierici
Regolari Ministri degli Infermi
IBAN: IT02R0521603229000000012206

Camillianum

Anno XVI, III quadrimestre
n. 48 / 2016 (nuova serie)

Contributi di

Chiara Ariano, Carmine Cafariello, Marco Candidi, Ilaria Indiano
Luana Fatica, Pietro Magliozzi, Antonio Mancini, Massimo Petrini
François Sedgo, Palma Sgreccia, Luciana Spinelli





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXVII
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-0183-4
ISSN 1121-2985

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: maggio 2017

Indice

- 7 *Editoriale*
Civiltà della cura
Palma Sgreccia

Studi

- 19 Martin Lutero e la pastorale sanitaria
Massimo Petrini
- 67 Benessere come malattia filosofica
Palma Sgreccia
- 87 La spiritualità dell'operatore sanitario
François Sedgo
- 107 Il diritto alla salute dei migranti
Chiara Ariano
- 131 La Misericordia lungo la storia della Chiesa
Marco Candidi

Seminario di studio
“La resilienza all’Alzheimer”
(Camillianum, 11 ottobre 2016)

- 141 Questioni etiche di fronte all’Alzheimer
Palma Sgreccia
- 155 Aspetti riabilitativi
Carminè Cafariello
- 161 Epidemiologia, gestione del paziente in RSA e accenni
di terapia
Ilaria Indiano
- 167 Inquadramento e *follow up* neuropsicologico
Luana Fatica
- 171 Assistenza e presa in cura
Luciana Spinelli
- 175 Conclusioni pastorali su resilienza e malato di Alzheimer
Antonio Mancini

Recensioni – Segnalazioni bibliografiche

- 181 Recensioni
Pietro Magliozzi
- 187 Segnalazioni bibliografiche
Massimo Petrini

Civiltà della cura

PALMA SGRECCIA*

Per promuovere la civiltà della cura serve un umanesimo in cui sia centrale la salute integrale della persona, nelle sue dimensioni fisica, psichica, socio–ambientale e spirituale.

Prima di analizzare gli aspetti antropologici ed etici della cura, facciamo una breve ricognizione storica.

1. Storia del concetto di cura

La parola italiana cura¹ ricalca il latino *cura* e abbraccia due significati: “preoccupazione” per qualcosa o qualcuno (il curarsi); “occuparsi” di qualcosa o qualcuno (il curare).

Nel mondo latino il termine *cura* fu usato da Orazio e soprattutto da Seneca, subendo una singolare personificazione da parte del poeta Gaio Giulio Igino. Nelle sue *Fabulae* (n. 220) racconta che Cura, nel momento in cui attraversava un fiume, scorse del fango argilloso: si fermò pensosa e cominciò a modellare un uomo. Mentre considerava tra sé e sé ciò che aveva fatto, sopraggiunse Giove. Cura lo pregò affinché infondesse lo spirito nell’uomo, Giove acconsentì. Ma allorché Cura pretese di dargli il proprio nome, Giove lo impedì e disse che invece bisognava dargli il suo. Mentre Cura e Giove disputavano sul nome, si fece avanti anche la Terra:

* Professore di Filosofia morale e bioetica, Preside dell’Istituto Camillianum.

1. C. BADOCCHI, «Cura», in *Enciclopedia filosofica*, Fondazione Centro Studi Filosofici di Gallarate, Bompiani, Milano 2006, 2490–2494.

sosteneva che bisognava imporgli il suo nome, giacché essa aveva offerto il proprio corpo. Allora scelsero come giudice Saturno e a loro sembrò che Saturno, dopo aver fra sé deliberato, avesse deciso giustamente:

Tu Giove, poiché infondesti lo spirito, dopo la morte dell'uomo, riceverai la sua anima; la Terra che fornì il corpo, riprenderà il corpo. Cura, giacché per prima lo ha modellato, lo possederà finché egli vivrà. Ma, in quanto esiste una disputa a proposito del nome, sarà chiamato uomo, visto che fu creato dall'*humus*.

Questa personificazione della cura è stata ripresa nell'età classica tedesca da J.W. Goethe e rielaborata nella seconda parte del suo *Faust*. In seguito il tema è stato recuperato da Lessing che ha evidenziato che la cura presenta due aspetti: la paura (*Furcht*) e la speranza (*Hoffnung*).

Nella cultura contemporanea, con Heidegger, il termine diventa un vero e proprio concetto filosofico, assumendo un ruolo centrale nell'"analitica esistenziale" dove indica "l'essere dell'esserci". L'esserci è cura (*Sorge*) poiché è rapporto, apertura. Il fenomeno della cura riunisce i caratteri fondamentali dell'esserci (gli "esistenziali"): il "sentirsi situato", il "comprendere" e il "discorso"². Sia la voce poetica che quella filosofica presentano la cura come un archetipo, come una struttura fondamentale dell'*humanum*, rivelativi della nostra costitutiva dipendenza e vulnerabilità.

Non si può parlare della cura senza riflettere adeguatamente sulla corporeità, "errore" commesso da Heidegger, come ha giustamente rilevato Jonas;

In particolare il predicato "mortale" rinvia necessariamente all'*esistenza* del corpo nella sua nuda e bisognosa materialità. [...] Anche Heidegger perciò non pone l'espressione "ho fame" nell'orizzonte della filosofia e, in ultima analisi, è una mortalità estremamente astratta quella che ci propone nella sua opera allo scopo di rappresentare il lato serio dell'esistenza³.

2. Cfr. M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, trad. di Piero Chiodi, Longanesi, Milano 1976¹⁴ (orig. *Sein und Zeit*, 1927), 227-282.

3. J. JONAS, *La filosofia alle soglie del Duemila. Una diagnosi e una prognosi*, Il melangolo, Genova 1998, 37.

Se la cura è stata sempre oggetto della riflessione morale, oggi è diventata oggetto di quella politica: «Sostengo — afferma Tronto — che la cura possa servire sia come valore morale sia come base per la realizzazione politica di una buona società»⁴.

2. Antropologia del fragile e del prezioso

Occorre ribadire l'«antropologia del fragile, che fa scendere il soggetto dal piedistallo dell'autosufficienza, esponendolo al duplice vincolo — attivo e passivo — dell'aiutare e dell'essere aiutato»⁵. Non si può vivere senza essere vulnerabili, il vivere non è mai un possesso sicuro e garantito, ma sempre l'incerto risultato di un'incessante attività di conservazione, la cui precarietà è legata al favore di un ambiente, che può essere tanto concesso quanto negato. La condizione umana è connotata dalla vulnerabilità e dalla finitudine, in questo senso Michel Foucault ha potuto affermare che l'uomo «non muore per il fatto di essersi ammalato, ma [che] gli capita di ammalarsi proprio perché fondamentalmente può morire»⁶.

La corporeità dice la nostra finitezza, il nostro bisogno, iscritto fin nel nostro metabolismo cellulare. Il corpo è “tramite”, è “limite”, è «campo d'espressione della sua attività e della sua passività», dimensione questa sperimentata in maniera particolare ai due estremi della vita: la nascita e la morte⁷.

Non si può però non constatare la tipica “sporgenza” dell'uomo, oltre la centralità dell'esistenza fisica e corporea, oltre la vulnerabilità e la finitudine. Il limite non genera soltanto pessimismo, ma anche un'apertura al trascendimento, una speranza oltre il confine.

Possiamo ritrovare nella costituzione dell'essere personale, nella sua stessa capacità di amare, una fisionomia di resistenza alla morte e una inclinazione alla durata, in cui s'intravede la filigrana incon-

4. TRONTO, *Confini morali, un argomento politico per l'etica della cura*, 14.

5. L. ALICI, *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia 2016, 37.

6. M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical* (1963); tr. it. *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, a cura di Einaudi, Torino, 1998².

7. E. JUNGEL, *Morte*, Queriniana, Brescia 1972.

fondibile di una potenziale estraneità al divenire: «Amare qualcuno — ha scritto Marcel — significa dirgli: Tu non morrai»⁸.

La morte di chi amiamo ci apre all'ulteriorità e ci offre l'occasione di compiere atti puramente gratuiti, liberi da qualsiasi risvolto gratificante e pragmatico:

Quando l'assistenza si fa dura e cominciamo ad interrogarci sull'utilità dei nostri gesti, viviamo anche noi, in realtà, un percorso di purificazione insieme a chi sta morendo; un percorso che ci porta a riconoscere il valore altissimo di una fraternità tanto più fragile quanto più preziosa, quindi di una fedeltà che oltrepassa le prescrizioni minime della convenienza sociale o della immediata efficacia terapeutica⁹.

Le coordinate della condizione umana non sono solo quelle della vulnerabilità e della finitudine, ma anche quelle dell'apertura all'ulteriore, della relazione con gli altri e con l'ambiente, della capacità di vivere il limite come occasione di condivisione. Il limite non ha nulla in sé di disumano, ma identifica l'umano nella sua polarità irriducibile di finitezza e trascendimento, è l'appello ad una originaria reciprocità cooperativa.

3. Etica della cura

La vita morale non trova nella finitezza umana un ostacolo, bensì le condizioni materiali del suo esercizio, entro le quali la pratica del bene è sempre possibile.

Sul piano etico, inoltre, la stessa vulnerabilità è la condizione del reciproco affidamento e del prendersi cura, che, in un mondo di soggetti invulnerabili non avrebbe luogo. E così anche l'"eccellenza morale" e il dono di se stessi, o la possibilità di spendere la propria esistenza per qualcosa o per qualcuno, non avrebbero diritto di cittadinanza in una comunità di individui immortali: «Essere mortali significa anche essere capaci di dare la vita, e non in un solo momento, ad esempio sul campo di battaglia, ma anche attraverso

8. G. MARCEL, *Il mistero dell'essere*. 2. *Fede e realtà*, tr. It. di G. Bisacca, Borla, Torino 1971, 131.

9. ALICI, ALICI, *Il fragile e il prezioso*, 151.

i molteplici modi in cui siamo in grado di elevarci e andare oltre il nostro istinto di sopravvivenza»¹⁰.

L'antropologia del limite deve poter muovere l'ethos della cura, per il quale la cura è una modalità esistenziale, in cui il dato di fatto della coesistenza s'innalza a una forma di reciprocità corresponsabile, trasformandosi quindi in un vero e proprio paradigma culturale, ovvero la "civiltà della cura".

Per questo occorre far evolvere la pratica della cura nel senso di un'etica della virtù capace di affidare soprattutto alla compassione il compito di personalizzare le relazioni. Ne deriverebbe una riqualificazione della prossimità, depurata da ogni proposito dominativo e intimamente rigenerata dalla capacità di ascolto, da una sensibilità capace di lasciarsi coinvolgere, senza stereotipi¹¹.

Il richiamo all'immediatezza della compassione non rappresenta di per sé un'alternativa al paradigma della competenza, ma getta su di esso una nuova luce, meno esclusiva e impersonale.

Secondo Joan Tronto, la cura può fungere da cerniera tra pubblico e privato e ci ricorda che è indispensabile democratizzare le relazioni di cura, ricavandone «un impegno politico a valorizzare la cura e a rimodellare le istituzioni»¹². Delinea le diverse fasi del curare: interessarsi a (*caring about*), che richiede attenzione, sospensione del proprio interesse, capacità di porsi realmente nella prospettiva di chi ha bisogno; prendersi cura (*taking care of*), cioè assumersi una concreta responsabilità; prestare cura (*care-giving*), che richiede la qualità morale — e non solo tecnica — della competenza; ricevere cura (*care-receiving*), cioè ricevere una risposta dalla persona, dal gruppo, dall'ambiente di cui ci si è presi cura. In ogni caso, per poter riconoscere alla cura il suo giusto posto, è indispensabile «avvedersi che l'espressione *to care* significa sempre sia dare che ricevere cura»¹³.

10. L.R. KASS, *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, Lindau, Torino 2007, 376.

11. Cfr. ALICI, *Il fragile e il prezioso*, 157.

12. J.C. TRONTO, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, a cura di A. Facchi, Diabasis, Reggio Emilia 2006, 196.

13. J.C. TRONTO, «Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali», in *La società degli individui XIII*, 38 (2010/2), 42.

Il *nocciolo etico* della relazione di cura è l'essere un *patto di fiducia*, una promessa tacita, molto di più di un contratto formale.

Anche in ambito sanitario occorre costituire quella che Ricoeur ha definito la «cellula del buon consiglio»¹⁴, quella forma di «reciprocità degli insostituibili», attraverso la quale il malato, l'équipe medica e la rete familiare intraprendono il percorso terapeutico. Si tratta di non limitarsi al linguaggio asciutto delle cose da fare, ma di attingere al vocabolario della confidenza e della tenerezza. Quest'ultimo registro si radica nella consapevolezza del limite, una saggezza che previene sia gli accanimenti clinici, sia le richieste di eutanasia, scelte dettate dall'angoscia della finitezza.

Per questo serve empatia che designa prossimità, relazione, condivisione, solidarietà, altruismo e accoglienza.

L'empatia è fondamentale nei processi di condivisione delle emozioni come relazione cognitiva e affettiva, per questo viene invocata negli ospedali, nei luoghi di dolore, lutto, malattia. È chiamata a innervare le strategie di lavoro degli operatori sanitari, dei formatori e degli assistenti sociali, ovunque ci si interroghi sull'irriducibile complessità dell'*humanum* e sul senso dell'*homo patiens*¹⁵. Attraverso l'empatia possiamo giungere ad una visione interiore, ad un comune vissuto¹⁶.

L'empatia rimanda a virtù che sono promosse dal cosiddetto pensiero materno, che non appartiene necessariamente alle madri di fatto, non ha niente di sentimentalista e retorico perché ha una creatività forte e determinata, è un accesso alla verità veicolato dall'attenzione e dall'amore.

Secondo Sara Ruddick, il cuore di madre è insieme intelligenza di madre cui sono connesse la flessibilità, la mobilità, la capacità di adattamento a situazioni improvvise¹⁷.

È questo tipo di vicinanza intelligente che promuove le diverse forme di sussidiazione rivolte, in condizioni di evidente asimmetria,

14. P. RICOEUR, *Sé come un altro*, a cura di D. Iannotta, Jaca Book, Milano 1993, 381.

15. V. FRANKL, *Homo patiens. Soffrire con dignità*, Queriniana, Brescia 1998.

16. K. JASPERS, *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, in *Scritti psicopatologici*, Guida, Napoli 2004, 27-28.

17. S. RUDDICK, *Il pensiero materno. Pacifismo, antimilitarismo, nonviolenza: il pensiero della differenza per una nuova politica*, Red Edizioni, Como 1993 (orig. *Maternal thinking*, Ballantine Books, New York 1989).

alla soddisfazione di bisogni cui il soggetto non può far fronte da solo.

Dobbiamo constatare che siamo progrediti maggiormente nella lotta contro il dolore che nell'*intelligenza della sofferenza*¹⁸.

Da una parte constatiamo il progredire della scienza biomedica, di maggiori risultati in ordine alla capacità di guarigione, di controllo sulle patologie croniche e degenerative, dall'altra c'è un deficit spirituale che riguarda l'"intelligenza della sofferenza", constatiamo che spesso mancano risposte di senso.

È possibile riconoscere la possibilità di vedere nella sofferenza l'occasione di attivare solidarietà e legami profondi, perché per tutti è rivelativa della nostra costitutiva fragilità e del bisogno di cure reciproche: se non è possibile soffrire al posto di un altro, si può soffrire con e per l'altro. *L'homo patiens* è insieme *homo curans*.

Su queste basi antropologiche, etiche e spirituali si radica la pratica della cura fatta di competenza, interessamento, attenzione e responsabilità.

Il dibattito sulle *Medical Humanities* ha chiarito l'impossibilità di contrapporre il curare e il prendersi cura, l'efficacia dei trattamenti e la qualità relazionale.

Nella relazione di cura è fondamentale la comunicazione intesa come prossimità. Innanzitutto occorre sottolineare che il dovere di dire la verità non coincide soltanto con il dovere di informare perché ciò potrebbe avvenire in modi e tempi talmente diretti o brutali da costituire un effettivo danno inflitto a un individuo sofferente. La veracità non può dunque essere disgiunta dalla condivisione della verità comunicata; non si tratta solo di trasferire un'informazione, ma di comunicare al tempo stesso la disponibilità a prendersi cura dell'altro e la speranza di poter combattere efficacemente la malattia. La verità autentica è nemica della menzogna ma non della speranza.

Il dovere di dire la verità non equivale al diritto di traumatizzare i pazienti attraverso una comunicazione fredda, completa e sbrigativa; equivale invece al dovere di portare il paziente, nei modi e nei tempi suggeriti dalle condizioni particolari di ciascuno, a conoscere le proprie condizioni per poter partecipare, con il medico

18. Cfr. K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, R. Cortina, Milano 1991.

e con i propri congiunti, ai processi decisionali che lo riguardano, soprattutto nelle fasi conclusive della sua vita¹⁹.

La relazione di cura implica reciprocità, una relazione in cui tutti si sentono riconosciuti. C'è il rischio che il malato sia trattato frettolosamente e senza l'adeguata competenza, ma c'è anche il rischio che il *care giver* diventi un *io trasparente* che vede i bisogni degli altri, senza che vengano riconosciuti i suoi.

Kittay definisce chi si prende cura degli ammalati e degli non autosufficienti come "io trasparente" perché prima di vedere sé vede l'altro. L'"io trasparente" è in primo luogo l'"io femminile", le donne che si prendono cura dei figli, dei padri, dei fratelli, che svolgono molteplici attività di accudimento, spesso con scarsa remunerazione. L'io trasparente è anche l'io non visto perché non ci si rende conto a sufficienza delle sue aspirazioni, dei suoi diritti, della sua stanchezza. È l'io delle *dependency workers* sulle cui spalle si regge la cura della non autosufficienza, in una fase storica in cui la sanità sul territorio non è organizzata²⁰.

Le cure che il *care-giver* presta agli altri devono essere compatibili con quelle che riserva a se stesso, in modo da evitare le situazioni di *burn out*. I tagli economici alla sanità, la cultura reificante dello scarto, causa disumanizzazione, ritmi di lavoro non rispettosi, la gestione continua di situazioni di emergenza.

Abbiamo il dovere di contribuire a far risvegliare dall'anestesia nei confronti delle ingiustizie e della violenza dei conflitti; nei confronti della ripartizione scandalosa di ricchezza e potere e degli abusi sull'ambiente.

Siamo chiamati ad essere coscienza critica ed orientante sia di fronte al crescere delle disuguaglianze e discriminazioni sociali, sia di fronte ai rischi ambientali, cause di malattie e sofferenze che possono essere evitate. Il bene salute è un bene relazionale e non può prescindere dal bene comune.

Occorre essere consapevoli della difficoltà che la contemporaneità ha nel trovare un equilibrio tra l'autonomia individuale e la

19. Cfr. R. BUCKMAN, *La comunicazione della diagnosi*, Raffaello Cortina Editore Milano 2003.

20. Cfr. E.F. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita e Pensiero, Milano 2010 (orig. *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*, Routledge 1999).

responsabilità pubblica proprio perché è diventata estranea la nozione di bene comune. Con il prevalere della razionalità strumentale e della logica dell'effimero sfumano i confini tra le cose e le persone e tutto diventa utilizzabile e sfruttabile, è urgente rimettere al centro la persona.

Si constata un generale atomismo sociale che porta a “pascolare insieme” più che a “vivere insieme”, non si coltiva il reciproco riconoscimento, ma la competizione, la lotta per il pascolo, appunto.

La saggezza del limite si nutre della nostra relazionalità ricordando però che la sofferenza dell'altro non è lo specchio della nostra, non è conferma e consolazione della nostra. È bene sottolineare che «il “con” di compassione [...] è segno di relazione con un'altrità irriducibile — è il “con” del rispetto, dell'obbedienza e del servizio»²¹.

L'allentamento dei legami sociali spesso priva la sofferenza di uno spazio in cui possa essere espressa e condivisa, quindi diventa esperienza di solitudine da non potersi comunicare e si «determina con ciò la dissoluzione del senso, il precipitare nell'assurdo»²².

Il bisogno di comunicare la propria esperienza di sofferenza è verificabile anche nei social media, che possono rappresentare non soltanto il veicolo di banalizzazione e spettacolarizzazione del dolore, ma essere anche una nuova modalità di condivisione, come si può verificare nei siti che danno spazio alle storie di malattia, alle testimonianze fatte di sensazioni, emozioni, dettagli finalizzati a trasmettere qualcosa di utile e prezioso, per sé e per gli altri.

La comunicazione contribuisce a generare condivisione, senso di comunità e pratiche di vita buona.

Per l'antropologia cristiana, il bene si trova nella relazione ed è partecipativo, non ci si trova insieme, ma si è insieme, c'è una rete di diritti e doveri antecedenti a qualsiasi contratto.

Giustizia, pace e cura dell'ambiente naturale sono le condizioni per la salute che, insieme alla malattia, rappresentano le facce della medaglia dell'*humanum*. Non si può essere vivente senza essere

21. A. SCHOPENHAUER, *Il mondo come volontà e come rappresentazione*, Mursia, Milano 1985, 185, citato in C. CIANCIO, *Del male e di Dio*, Morcelliana, Brescia 2006, 63.

22. C. CIANCIO, *Del male e di Dio*, Morcelliana, Brescia 2006, 58.

vulnerabile. Il lato passivo della vulnerabilità chiama in causa la risposta attiva della persona che si riconosce soggetto capace di trasformare il limite in compito, siamo insieme soggetti al mondo e soggetti nel mondo. Lo sfondo etico di riferimento rimanda al duplice vincolo dell'aiutare e dell'essere aiutati, tutti abbiamo bisogno di dedizione e cura, chi soffre porta il nostro stesso nome.