



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA - FISPPA**

**CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN  
SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE  
CURRICULUM EDUCAZIONE PRIMA INFANZIA (EPI)**

***LA PECULIARITÀ DELLA CURA.  
L'ACCOMPAGNAMENTO AL SONNO***

*The peculiarity of care. Sleep support in early childhood*

***Relatore***  
**Prof. Fabio Grigenti**

***Laureanda: Elena Romito***  
***Matricola: 1169112***

Anno Accademico 2023/2024



# Sommario

<b><i>INTRODUZIONE</i></b>	<b>5</b>
<b><i>CAPITOLO 1 - UNA RICOSTRUZIONE STORICA DEL CONCETTO DI CURA</i></b>	<b>7</b>
<b><i>1.1 CONSIDERAZIONI GENERALI SUL CONCETTO DI CURA</i></b>	<b>7</b>
<b><i>1.2 DALLA CURA DI SÉ ALLA CURA DELL'ALTRO. LO SVILUPPO STORICO DEL CONCETTO DI CURA</i></b>	<b>12</b>
<b><i>CAPITOLO 2 - LO SVILUPPO TEORICO DELL'ETICA DELLA CURA. LE DECLINAZIONI DI JOAN TRONTO E SARA RUDDICK</i></b>	<b>17</b>
<b><i>2.1 ETICA E CURA</i></b>	<b>17</b>
<b><i>2.2 LA NASCITA DELL'ETICA DELLA CURA</i></b>	<b>18</b>
<b><i>2.3 IL PENSIERO MATERNO COME ARCHETIPO DELLA RELAZIONE DI CURA: SARA RUDDICK</i></b>	<b>22</b>
<b><i>2.4 LA DIMENSIONE POLITICA DELLA CURA: JOAN TRONTO</i></b>	<b>24</b>
<b><i>CAPITOLO 3 - CARATTERISTICHE E PROCESSI DELL'ADDORMENTAMENTO</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.1 CENNI FISIOLGICI DEL SONNO E RITMO SONNO – VEGLIA</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.2 ADDORMENTAMENTO: PECULIARITÀ E PRATICHE</i></b>	<b>31</b>
<b><i>3.3 L'ADDORMENTAMENTO ALLA LUCE DELLE CATEGORIE DI JOAN TRONTO</i></b>	<b>34</b>
<b><i>3.3.1 FATTORI CHE INFLUENZANO L'ADDORMENTAMENTO</i></b>	<b>34</b>
<b><i>3.3.2 PER UNA CURA DEL SONNO: L'ADDORMENTAMENTO ALLA LUCE DELLE QUATTRO CATEGORIE DI JOAN TRONTO</i></b>	<b>37</b>
<b><i>CONCLUSIONI</i></b>	<b>41</b>
<b><i>BIBLIOGRAFIA</i></b>	<b>43</b>
<b><i>SITOGRAFIA</i></b>	<b>46</b>
<b><i>RINGRAZIAMENTI</i></b>	<b>47</b>



## Introduzione

Il tema trattato dal presente elaborato di tesi è quello dell'addormentamento nella fascia zero-tre anni. In particolare, con questo lavoro, si è voluto provare a dare risposta al quesito: "Come ci si prende cura dei bisogni nel contesto dell'addormentamento?".

L'interesse rispetto questo tipo di ricerca nasce da un percorso personale di formazione, nello specifico dall'esperienza di tirocinio presso la struttura di micronido "Gatto Silvestro" di Padova, nel periodo compreso tra giugno e luglio 2020. L'esperienza sul campo ha comportato una serie di acquisizioni di *know-how* nell'ambito dell'addormentamento e una relativa serie di rilevazione di problemi più o meno ricorrenti nella fascia d'età di riferimento.

Da qui la necessità di un lavoro di ricerca che potesse da un lato raccogliere e sistematizzare i dati della letteratura ad oggi a disposizione, dall'altra provare a offrire una chiave di lettura nuova rispetto al tema ed offrire, ove possibile, delle ipotesi di soluzioni di fronte alle difficoltà esistenti. La scelta di inglobare il concetto etico-filosofico della cura nella ricerca e associarlo alla dimensione del sonno nasce dalla convinzione che l'etica della cura sia un approccio teorico che dedica un'attenzione specifica ai bisogni concreti se inseriti in una relazione: vogliamo quindi mostrare come la dimensione del sonno e dell'addormentamento per gli infanti nella fascia zero - tre ben si presta ad un approccio anche etico e teorico come questo.

Alla luce di queste premesse nel primo capitolo ci occuperemo del concetto di cura da un punto di vista storico, ripercorrendo come questo sia stato declinato nel corso del tempo, ponendo particolare attenzione al passaggio dal concetto di cura di sé a cura dell'altro.

Nel secondo capitolo, come naturale *continuum*, ripercorreremo lo sviluppo teorico dell'etica della cura con particolare attenzione a due figure irrinunciabili nel campo come lo sono Sara Ruddick (rispetto soprattutto alla concezione del pensiero materno come archetipo della relazione di cura che la filosofa non associa alla sola figura della madre) e Joan Tronto, con le sue fasi della cura e la dimensione politica della stessa che lei evidenzia.

Infine, nel terzo capitolo, affronteremo più nello specifico il tema dell'addormentamento e delle sue fasi presentando dati e approcci fornitici dalla letteratura, per concludere poi con una proposta di chiave di lettura rispetto all'addormentamento degli infanti alla luce delle categorie di Tronto. Utilizzeremo insomma le fasi di cura introdotte da Joan Tronto per analizzare uno dei bisogni primari dell'essere umano: il sonno.



## Capitolo 1 - Una ricostruzione storica del concetto di cura

### 1.1 Considerazioni generali sul concetto di cura

La definizione del concetto di cura ha un'origine antica ed uno sviluppo articolato. Con lo scopo di ricostruire l'evoluzione di tale nozione, è opportuno soffermarsi su una serie di considerazioni etimologiche che fanno della cura un concetto poliedrico. La parola italiana "cura" deriva dalla parola latina *cūra*, la quale può declinarsi in una molteplicità di accezioni. Tra queste, cura può essere intesa come interessamento e attenzione ai bisogni<sup>1</sup>; può, inoltre, essere definita nei termini di una vera e propria pratica medica, e quindi cura come terapia<sup>2</sup> e, infine, cura può essere usata in termini tecnici professionali<sup>3</sup>. Non mancano, tuttavia, accezioni negative del termine: cura può, talvolta, prendere le sembianze di una preoccupazione ricorrente e affannosa per l'oggetto delle nostre attenzioni<sup>4</sup>. Fin dal principio, quindi, risulta chiaro come il concetto di cura sia un ambito di studio complesso e che racchiude in sé una possibile duplice valenza. Pertanto, il concetto di cura va specificato alla luce delle diverse tradizioni e ambiti di indagine che vi hanno dedicato una certa attenzione. A questo scopo verrà dedicato questo primo capitolo.

Come anticipato, a seconda dell'ambito di studio, la parola può assumere accezioni più o meno positive. Queste, tuttavia, non si escludono a vicenda, tanto che un'esperienza propriamente umana può prevedere sia gli aspetti positivi della cura che quelli negativi. Così scrive Roberto Massaro: "ogni forma di premura per sé stessi, infatti, comporta preoccupazione ed ogni forma di sollecitudine per l'altro è apportatrice di ansie. Pur nell'ambivalenza semantica del termine [...] la cura è un elemento costitutivo e originario

---

<sup>1</sup> "Interessamento solerte e premuroso per un oggetto, che impegna sia il nostro animo sia la nostra attività [...], occuparsene attivamente, provvedere alle sue necessità, alla sua conservazione [...]: riguardo, attenzione [...], impegno, zelo, diligenza [...], l'attività in cui si è direttamente impegnati [...], oggetto costante ... dei propri pensieri, delle proprie attenzioni, del proprio attaccamento..." in <https://www.treccani.it/vocabolario/cura/> visitato il 6 maggio 2024.

<sup>2</sup> "il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche che hanno il fine di guarire una malattia (...), uso continuato di un rimedio [...], l'opera prestata dal medico per guarire un ammalato [...]", *ibidem*.

<sup>3</sup> "Attività di assistenza, sorveglianza e simili, nelle varie forme con cui essa viene esercitata da un curatore [...]; in diritto romano, istituto di diritto pubblico che consisteva nell'attribuzione a magistrati straordinari di compiti particolari che o non rientravano nella competenza delle magistrature ordinarie o richiedevano un'attività specializzata e intensa che da queste ultime non si sarebbe potuto pretendere. In senso spirituale, *cura d'anime*, il governo delle coscienze, e in particolare il ministero che esercita il sacerdote nella sua parrocchia [...]", *ibidem*.

<sup>4</sup> *ibidem*.

dell'essere e dell'uomo"<sup>5</sup>. L'esistenza umana non può, pertanto, prescindere da una esperienza della cura definita in questi termini ambivalenti. Lo stesso afferma Luigina Mortari sottolineando la portata universale della cura: "Nel corso della vita tutti gli esseri umani sperimentano momenti in cui hanno bisogno di ricevere cura, poiché nessuno è in grado di soddisfare autonomamente tutte le condizioni necessarie alla vita; la cura costituisce, dunque, una risposta necessaria a una condizione di forte dipendenza da altri. In questo senso si può parlare della cura come di una necessità universale della condizione umana"<sup>6</sup>.

L'essere umano è quindi sia oggetto che soggetto di cure: diventa oggetto di esse poiché fragile, sensibile, vulnerabile, finito e quindi bisognoso della cura di altri per soddisfare le sue necessità e i suoi bisogni. In altri termini, l'essere umano deve riconoscere di essere costitutivamente dipendente da altri. Di contro, esso diventa soggetto di cure quando è lui stesso ad aver cura di un altro e quindi si fa promotore, in prima persona, di un'attenzione verso i bisogni degli altri. Da questa prospettiva è invece l'altro a dipendere da coloro che offrono la cura. L'essere interdipendenti permette a ciascuno di sperimentare queste diverse condizioni di cura, che divengono quindi universali. Sono, queste, situazioni fondamentali per lo sviluppo della vita presenti sin dai primissimi tempi: l'essere umano "ha bisogno di aver cura di sé, degli altri e del mondo per costruire direzioni di senso nella sua esistenza"<sup>7</sup>. Per aver cura dell'altro, ma anche di sé stessi, è imprescindibile il riconoscimento del bisogno dell'altro o del nostro stesso bisogno. Si pensi, ad esempio, ad un bambino nella prima fase di vita: è necessario il riconoscimento e la soddisfazione dei suoi bisogni primari da parte di chi si prende cura di lui per garantire la sua sopravvivenza a fronte della sua natura di individuo non autonomo. Con la crescita i bisogni di base rimangono gli stessi, ma a questi se ne aggiungono degli altri più articolati e peculiari che possono trovare o meno riconoscimento e appagamento nel soggetto stesso e in chi si prende cura di lui. Questa evoluzione delle necessità della persona è stata bene evidenziata, in ambito psicologico, da Abraham H. Maslow, il quale sostiene, nella *Teoria della motivazione umana*<sup>8</sup>, la presenza di una gerarchia di bisogni propri dell'essere umano. L'autore organizza successivamente<sup>9</sup> i diversi bisogni umani in una struttura piramidale

---

<sup>5</sup> R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, p. 116.

<sup>6</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006, p. 31.

<sup>7</sup> *Ivi* p. 7.

<sup>8</sup> A. H. Maslow, *A theory of human motivation*, Psychological Review, Vol 50, N. 4, 1943, pp. 370-396.

<sup>9</sup> A. H. Maslow, *Motivation and personality*, 1954.

costituita da cinque livelli, alla cui base pone i bisogni primari e basilari fino ad arrivare all'apice di tale piramide, in cui colloca bisogni più complessi e strutturati.

A partire dalla base egli li dispone in:

- *The physiological needs* (bisogni fisiologici), ossia respirazione, alimentazione, sesso, sonno, omeostasi;
- *The safety needs* (bisogni di sicurezza), che possono essere articolati in sicurezza: fisica, di occupazione, morale, familiare, di salute, di proprietà;
- *The love needs* (bisogni di appartenenza), ovvero amicizia, affetto familiare, amore, socialità;
- *The esteem needs* (bisogni di stima), ossia autostima, autocontrollo, realizzazione, rispetto reciproco. Sia essa quindi autostima che eterostima;
- *The need of self-actualization* (bisogno di autorealizzazione), che prevede la moralità, la creatività, la spontaneità, l'accettazione e assenza di pregiudizi.

La teoria di Maslow rende evidente come i bisogni siano qualcosa di universale per l'essere umano, ma strettamente peculiari alle condizioni dell'individuo. Inoltre, la gerarchia precedentemente presentata viene definita tale poiché, secondo l'autore, è indispensabile soddisfare i bisogni che stanno alla base per poter poi realizzare altri bisogni, secondo *gerarchie di prepotenza*<sup>10</sup>. Tale teoria è stata ampiamente discussa da vari studiosi e, tra questi, alcuni ne criticano la possibile frustrazione vissuta da un soggetto quando esso non riesce a soddisfare i bisogni di un livello. Ciò genererebbe una focalizzazione eccessiva fino a quando non avviene la soddisfazione del bisogno in questione. Partendo da questa critica, Alderfer riprende i cinque livelli di bisogni riducendoli a tre (ERG)<sup>11</sup>:

- Livello dei bisogni esistenziali, *existence* (essi comprendono i bisogni fisiologici e di sicurezza);
- Livello dei bisogni relazionali, *relatedness* (ovvero, i bisogni di appartenenza);
- Livello dei bisogni di crescita, *growth* (essi comprendono i bisogni di stima e autorealizzazione).

---

<sup>10</sup> A. H. Maslow, *A theory of human motivation*, Psychological Review, Vol 50, N. 4, 1943, pp. 370-396.

<sup>11</sup> Acronimo preso dalla teoria sviluppata da C. Alderfer tra il 1961 e il 1978 sul modello della gerarchia dei bisogni di Maslow.

L'innovazione di questa nuova scala di bisogni è il *continuum* che la caratterizza, potendo non solo progredire nella scala dei bisogni (meccanismo di soddisfazione-progression) ma anche regredire qualora la frustrazione ad un dato livello sia molto forte (meccanismo frustrazione- regressione).

Riuscire ad individuare e a riconoscere i bisogni e l'importanza che essi hanno per il singolo permette di orientare le differenti azioni di cura, sia intersoggettive che eterosoggettive. Riferendosi a quest' ultime, il politologo Daniel Engster afferma che l'azione di cura specificata come una forma di lavoro produttivo si delinea in quanto tale quando adempie a tre fini, definiti come obiettivi: la sopravvivenza, lo sviluppo e la riproduzione sociale<sup>12</sup>. L'essere umano si prende cura di un altro quando cerca di dare soddisfazione ai bisogni biologici primari di quest' ultimo, tutelando la sua sopravvivenza. Non solo: l'azione di cura sostiene lo sviluppo e le competenze personali ed infine mira ad aiutare l'altro a vivere nel miglior modo possibile, attenuando o rimuovendo le sue sofferenze, "in modo che possano sopravvivere ed adoperarsi almeno a un livello minimamente decente"<sup>13</sup>. Questa attività di cura si concretizza attraverso delle vere e proprie modalità di comportamento che Engster stesso definisce *virtù del prendersi cura*<sup>14</sup>. Queste virtù sono l'attenzione, la responsabilità e il rispetto.

Più di recente il concetto di cura è stato ulteriormente sviluppato da Ruth Groenhout, la quale sostiene che la vita umana si sviluppi positivamente attraverso la presenza di relazioni di cura<sup>15</sup>. Queste sono imprescindibili per poter vivere una vita che possa essere definita pienamente realizzata: essa può infatti definirsi tale solo quando le potenzialità del singolo hanno la possibilità di esprimersi e di essere esperite. Tale aspetto è caratterizzante del *flourishing*, "fioritura umana", che l'essere umano riesce a perseguire quando l'intreccio di cura, bisogni e condizioni si realizza in maniera armoniosa. Questo richiede tempo e premura: l'autrice spiega infatti che "tutti noi da bambini riceviamo una grande quantità di cura (*care*); molti di noi continuano ad aver bisogno di cure fisiche man mano che si sviluppano, maturano e invecchiano; molti di noi avranno bisogno di vari tipi di cura fisica e

---

<sup>12</sup> D. Engster, *Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care*, Hypatia, Vol 20, N. 3, 2005, p. 51.

<sup>13</sup> *Ivi*, pp. 53-54.

<sup>14</sup> *Ivi*, p. 54.

<sup>15</sup> R. E. Groenhout, *Connected lives. Human nature and an ethics of care*, Roman & Littlefield Publishers, USA, 2004, p. 24, "Senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire. Senza relazioni di cura nutrite con attenzione la vita umana non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza. La cura è finalizzata, nella sua prospettiva ideale, a promuovere il pieno benessere intellettuale, emozionale, spirituale e fisico di chi-riceve-cura: essa ha luogo in un contesto di strutture sociali che incoraggiano lo sviluppo delle capacità di dare e di ricevere cura".

sociale quando si avvicineranno alla fine della vita. Inoltre, senza quelle relazioni premurose e amorevoli (*caring*) che caratterizzano, ad esempio, un buon insegnamento, difficilmente avremmo potuto raggiungere una qualsiasi crescita intellettuale o professionale”<sup>16</sup>. Questa distinzione tra *care* e *caring* delineata da Groenhout risulta fondamentale nel distinguere i due livelli della cura. È importante evidenziare che, anche dal punto di vista letterale, i due termini hanno significati differenti. Con *care*, tradotto con la parola italiana curare, si delinea l’idea della pratica della cura stessa come, ad esempio, le azioni mediche svolte per aiutare una persona a mantenere e trovare un livello di benessere che possa essere definito come tale. La cura intesa in questi termini, assume un’accezione tecnica, di cura in senso clinico. Con *caring*, invece, si definisce il prendersi cura e quindi l’attenzione al singolo e alla sua persona in un senso più ampio. Il *caring* non punta solo a un effetto sul piano fisico, ma agisce su tutti gli aspetti che caratterizzano una persona e, quindi, agisce anche sul piano emotivo, relazionale e psicologico. Questa attenzione più ampia ai bisogni fa sì che il *caring* permetta di favorire il *flourishing* della persona. In questi termini il prendersi cura esprime un’attenzione più individualizzata rispetto alle mere pratiche di cura (siano esse di natura sanitaria ma non solo). Il vero e proprio prendersi cura è un’operazione che individua e accoglie le peculiarità dell’individuo che ne trae beneficio, puntando a sostenere e sviluppare le caratteristiche tipiche dello stesso per favorirne la fioritura.

L’aspetto della cura e del prendersi cura può avvenire se vi è di base un bisogno. La cura, *care*, è finalizzata ad una soddisfazione di quelli che possono essere definiti i bisogni fisiologici. Il prendersi cura, *caring*, ha invece come scopo la soddisfazione non solo dei bisogni fisiologici, ma anche di tutti quei bisogni altri, come quello di sicurezza, di appartenenza e di stima. Questi due aspetti fanno dunque parte del medesimo concetto di cura che, a sua volta, è arricchito anche da componenti antropologiche quali vulnerabilità, interdipendenza, relazionalità, di cui si tratterà nei capitoli successivi. Queste componenti rendono la distinzione tra *care* e *caring* ancora più evidente: se la mera cura dei bisogni fisiologici non prende necessariamente in considerazione l’attenzione per le componenti antropologiche, il prendersi cura ha invece come suo punto di forza proprio questi aspetti. Pensiamo, ad esempio, come si possa risolvere una patologia medica senza farsi carico delle implicazioni emotive, relazionali, psicologiche del paziente. Diversamente, ci si può prendere cura (anche da un punto di vista prettamente medico) della persona analizzando con lei il momento che sta attraversando al di là della condizione morbosa. Nel secondo

---

<sup>16</sup> R. E. Groenhout, *Theological Echoes in an Ethics of Care*, Occasional paper of the Erasmus Institute, Notre Dame, 2003, p. 4.

caso si potrebbero ottenere migliori risultati anche da un punto di vista fisico, grazie ad un'alleanza terapeutica medico-paziente in cui la persona diviene protagonista del processo di guarigione<sup>17</sup>. Il concetto di cura distinto in *care* e *caring* ha origini recenti ma certamente, per comprenderne al meglio il significato, è importante conoscere quale sia stata l'evoluzione storica del termine "cura" in tutte le sue accezioni.

## 1.2 Dalla cura di sé alla cura dell'altro. Lo sviluppo storico del concetto di cura

Come accennato in precedenza, il termine cura ha una valenza poliedrica. La cura è stata oggetto di studio da parte di varie discipline come la filosofia e la letteratura di cui è importante ricostruire l'evoluzione. Le varie discipline hanno infatti interpretato la cura in modi differenti: essa è stata intesa come cura di sé dal mito e dalla filosofia antica, come *cura proximi* dal cristianesimo e come *cura alterum* dalla filosofia e dalla teologia di età moderna e contemporanea. In questi termini il processo storico prevede tre fasi, momenti indispensabili del pensiero verso la definizione del concetto di cura: cura di sé, cura al prossimo e cura verso l'altro da sé.

Già nel pensiero socratico troviamo una prima trattazione del concetto di cura. La cura di sé, della propria anima, è indispensabile per crescere nella virtù e divenire un virtuoso amministratore della città e delle funzioni pubbliche<sup>18</sup>. Infatti, il filosofo sosteneva che la città avrebbe potuto essere governata solo da chi sarebbe riuscito a governare sé stesso<sup>19</sup>. La cura di sé, quindi, riguarda la cura della propria anima, qui intesa come la parte più intima ed essenziale per noi esseri umani. Il fine è quello di raggiungere la virtù che permette all'essere umano di governare sé stesso (darsi una condotta) ma anche la città (la dimensione politica)<sup>20</sup>. Con Epicuro e la corrente filosofica degli epicurei la filosofia diviene l'esercizio della cura di sé, il cui fine è la liberazione dell'essere umano dalle affezioni fisiche e mentali. Per la scuola epicurea, l'essere umano prova piacere nel momento in cui è libero dal dolore, sia esso tangibile o intellettuale. Successivamente Seneca, appartenente alla

---

<sup>17</sup> T. E. Paterick, MD, JD, MBA, N. Patel, MD, A. J. Tajik, MD, K. Chandrasekaran, *Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients*, Baylor University Medical Center Proceedings, vol. 30, num. 1, 2017, pp. 112–113.

<sup>18</sup> Come delinea Platone nel suo *Alcibiade maggiore*, 134C, in Id. *Tutti gli scritti*, G. Reale (ed.), Rusconi, Milano, 1992.

<sup>19</sup> Platone, *Gorgia*, 491D, in Id. *Tutti gli scritti*, G. Reale (ed.), Rusconi, Milano, 1992.

<sup>20</sup> "La cura di sé, nella riflessione di Socrate, si presenta, pertanto, come cura della propria anima, perseguimento delle virtù, conquista delle abilità ma anche come esercizio di canalizzazione della propria forza" in R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, p. 88.

corrente degli stoici, affermava che la filosofia doveva essere intesa come terapia che cura e libera l'uomo dalle passioni per la salute della sua anima. L'anima doveva essere plasmata e orientata alla felicità e al bene. Sempre appartenente alla corrente stoica Epitteto esplicita che, diversamente dagli animali, l'uomo è l'essere delegato alla cura di sé che ne assicura la libertà. Nella filosofia antica la cura viene quindi intesa come dominio di sé e delle proprie passioni, assumendo un significato positivo che si può identificare nelle parole "sollecitudine, attenzione e consapevolezza"<sup>21</sup>.

Attraverso il mito di Cura lo scrittore Igino l'Astronomo, nel I secolo d. C., racconta l'origine del termine "uomo": "Cura nell'attraversare un fiume, vide del fango argilloso, lo raccolse pensosa e cominciò a modellare un uomo; mentre stava osservando ciò che aveva fatto, arrivò Giove. Cura gli chiese di dar vita alla statua e Giove la esaudì senza difficoltà; ma quando Cura volle dargli il proprio nome, Giove glielo proibì e disse che doveva dargli il suo. Mentre Giove e Cura discutevano sul nome, intervenne anche la Terra, dicendo che la creatura doveva avere il suo nome, poiché era stata lei a dargli il corpo. Elessero a giudice Saturno, che a quanto pare diede un parere equo: "Tu, Giove, perché gli hai donato la vita [...] ne riceverai il corpo. Cura, poiché per prima lo ha modellato, lo posseda finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami uomo, *homo*, poiché è fatto di terra, *humus*"<sup>22</sup>. Cura è personificata in una divinità minore che svolge nella narrazione di Igino un ruolo importante. Essa plasma l'uomo, è responsabile della sua nascita e, dettaglio ancor più significativo, lo accompagna per tutta la sua esistenza. Come suggerisce W. Reich in *Care. I. History of the notion of Care*<sup>23</sup> il mito attraverso l'allegoria spiega come il genere umano sia per destino oggetto di cure. Al contrario, cura venne personificata con un'accezione negativa dal poeta Virgilio nel suo poema epico Eneide. Qui il concetto di cura viene declinato al plurale e inteso come uno dei mali dell'uomo avendo essa a che fare con la vecchiaia, la paura, la fame, la morte e la guerra. Enea la incontra all'entrata dell'Ade dove Cura incarna il peso delle preoccupazioni, dell'inquietudine. Nel poema l'autore accosta il termine all'aggettivo latino *ultrix* (*Ultrices Curae*), che può essere reso come "vendicatore". L'accezione data è quindi decisamente negativa, una sorta di turba che può opprimere l'uomo.

---

<sup>21</sup> R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, p. 93.

<sup>22</sup> Igino, *Miti*, Adelphi, Milano, 2022, p. 142.

<sup>23</sup> W. T. Reich, *Care. I. History of the notion of Care*, in Jennings B. (ed.), *Bioethics. 4<sup>th</sup> edition*, Macmillan Reference, Farmington Hills, vol. 2, 2014, pp. 476- 489.

La tradizione cristiana espande l'azione della cura dal sé al prossimo: *cura proximi*, appunto. Ciò si traduce nell'attenzione alla cura per chi si trova in uno stato di difficoltà e di bisogno da parte di religiosi/e e credenti. Come disse Gesù ai suoi discepoli durante l'ultima cena: "Questo è il mio comandamento: che vi amiate gli uni gli altri, come io vi ho amati"<sup>24</sup>. All'interno della prospettiva cristiana, la cura del corpo facilita una guarigione mentale e, in tal modo, essa diviene cura dell'anima che è sede dello Spirito posto da Dio<sup>25</sup>. Il vero benessere, quindi, nasce da una doppia attenzione per l'aspetto fisico e, ancor di più, per quello spirituale. Nel Medioevo, si pensava che lo stato di malattia fosse associato al peccato e che fosse necessaria prima di tutto una cura dell'anima e solo in seconda battuta fosse possibile una cura del corpo. Nell'età moderna venne attribuita molta importanza alla confessione e con essa al ruolo che il confessore assumeva. Esso veniva considerato quasi al pari di un medico, rappresentando il tramite tra il penitente e Dio, e di conseguenza il mezzo della misericordia di Dio e della grazia del suo perdono<sup>26</sup>. Sempre in un'ottica cristiana, uno stato di infermità può avvicinare l'essere umano a Dio. L'infermo, ricevendo le cure opportune e riuscendo a superare il suo stato morboso, può testimoniare l'amore e la benevolenza di Dio, colui che riserva cura a ogni creatura. Ogni essere umano è stato creato ad immagine e somiglianza di Dio e, in quanto tale, anche se macchiato dal peccato è titolare di una dignità e ha il diritto di ricevere e il dovere di prestare cure. Proprio per questo si legge nel Vangelo di Matteo quanto segue: "Perché io ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, ho avuto sete e mi avete dato da bere; ero forestiero e mi avete ospitato, nudo e mi avete vestito, malato e mi avete visitato, carcerato e siete venuti a trovarmi. Allora i giusti gli risponderanno: Signore, quando mai ti abbiamo veduto affamato e ti abbiamo dato da mangiare, assetato e ti abbiamo dato da bere? Quando ti abbiamo visto forestiero e ti abbiamo ospitato, o nudo e ti abbiamo vestito? E quando ti abbiamo visto ammalato o in carcere e siamo venuti a visitarti? Rispondendo, il re dirà loro: in verità vi dico: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me."<sup>27</sup> Il cristianesimo ha insomma sempre inteso la cura come servizio e come forma di responsabilità nei confronti del mondo e del prossimo più bisognoso.

---

<sup>24</sup> Giovanni, 15:12.

<sup>25</sup> "E se lo Spirito di colui che ha risuscitato Gesù dai morti abita in voi, colui che ha risuscitato Cristo dai morti darà la vita anche ai vostri corpi mortali per mezzo del suo Spirito che abita in voi." Romani, 8:11.

<sup>26</sup> R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, pp. 107-109.

<sup>27</sup> Matteo, 25:35-40.

Più tardi, lo scrittore Goethe nel XIX secolo nel suo poema *Faust* racconta di un uomo, Faust, che desideroso e insoddisfatto dai limiti della conoscenza umana stringe un patto con il diavolo (Mefistofele). Quando però, per completare il suo scopo, il diavolo commette un omicidio, Faust sembra ripensare al suo accordo. Entra in scena la personificazione di Cura, *Sorge*, come donna vestita di grigio<sup>28</sup>, accompagnata dall'Indigenza, dall'Insolvenza e dalla Miseria. Il protagonista nel tentativo di contrastare queste figure che tentavano di dissuaderlo dal suo patto diabolico, riesce a far fronte a tutte fuorché Cura, con la quale ha un breve dialogo al termine del quale lei lo acceca. Vi è un cambiamento nel protagonista: da non curante di cura, intesa come preoccupazione e ansia, Faust scopre al termine della sua vita la cura intesa come sollecitudine.

Nel secolo successivo, all'interno della tradizione fenomenologica,<sup>29</sup> Edith Stein<sup>30</sup> prende in esame il fenomeno dell'empatia, quel rendersi conto di ciò che prova l'altro da sé "attraverso il volto, i gesti, le parole, le emozioni l'altro si rivela e si esprime integralmente"<sup>31</sup>. La studiosa distingue "tre momenti in cui si attua l'empatia: in un primo momento il vissuto dell'altro emerge davanti ai miei occhi mediante espressioni emotive di cui ci si può facilmente "rendere conto"; il secondo momento è invece caratterizzato dal mio rivolgermi verso lo stato d'animo dell'altro che riempie il mio e mi induce a immedesimarmi con esso; nel terzo momento il vissuto dell'altro non mi si presenta più come coinvolgimento dell'animo, ma come oggetto di conoscenza e di pensiero"<sup>32</sup>. In questi termini, l'empatia si configura come una competenza fondamentale per chi si prende cura di un altro. Ciò sia per la sua componente affettiva che per quella cognitiva. Riconoscere, condividere e provare le emozioni dell'altro, ma anche mettersi nei suoi panni, assumere la sua prospettiva, comprenderne il punto di vista. Tanto più si riuscirà ad essere empatici, tanto più la cura sarà autentica.

Sulla differenza tra cura autentica e cura inautentica si focalizza Martin Heidegger in *Essere e Tempo*: la cura autentica ha lo scopo di aiutare l'altro, di anticiparlo per condurlo alla liberazione e alla consapevolezza di sé, mentre la cura inautentica riguarda il sostituirsi

---

<sup>28</sup> Donna vestita di grigio come personificazione della depressione e dell'angoscia.

<sup>29</sup> Indirizzo filosofico fondato da E. Husserl che, mettendo fra parentesi l'esistenza del mondo, lo riduce a un insieme di fenomeni che si danno alla coscienza e possono essere colti nella loro 'essenza' logica, universale e necessaria.

<sup>30</sup> Rilevante teorica dell'empatia che muore, in quanto cattolica di ascendenza ebraica, nel campo di concentramento di Auschwitz-Birkenau nel 1942.

<sup>31</sup> E. Stein, *Il problema dell'empatia*, Edizioni Studium, Roma, 1985, p. 62.

<sup>32</sup> R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, p. 116.

all'altro, mettersi al suo posto creando dipendenza e dominio con una modalità eccessivamente paternalistica. La cura autentica assume quindi un valore pedagogico. Inoltre, aver cura (*Fürsorgen*) non coincide con prendersi cura (*Besorgen*), il quale ha una componente meramente strumentale. Inoltre, lo stesso aver cura può essere declinato in modi diversi. Ciò è evidente nella differenza tra aver cura di un oggetto (in cui la relazione è funzionale) e, di contro, aver cura di una persona (in cui viene espresso il valore pedagogico e l'autenticità dell'azione di cura). Il filosofo definisce la cura l'essere dell'Esserci (*Dasein*) gettato nel mondo, riprendendo il mito di Cura di Igino. Egli afferma infatti che l'essere umano è caratterizzato da cura per buona parte della sua esistenza (come evidenziato sopra). La cura autentica si determina grazie a un adeguato sviluppo temporale (*Zeitlichkeit*), caratterizzato dalla conoscenza dell'esserci. Come spiega Massaro "la cura educa alla riscoperta dell'alterità come valore e, quindi, alla ridefinizione delle relazioni nell'ottica della complementarità"<sup>33</sup>. Dalla cura del prossimo, propria della tradizione cristiana, si giunge ad una *cura alterum*, cura verso l'altro da sé.

Qualche decennio dopo, Paul Ricoeur, nella definizione di identità, pone al centro il termine *ipse* definendo l'ipseità come la diversità di ogni essere umano che si costituisce distinto, ma allo stesso tempo strettamente legato all'altro per la sua impossibilità di autosufficienza. Come spiega Antonio Da Re riprendendo il concetto del filosofo: "l'alterità è quindi intimamente implicata nell'ipseità"<sup>34</sup> e, in questo senso, l'identità del singolo essere umano si costituisce non contrapponendosi all'altro ma, bensì, nel riconoscimento dell'altro secondo un'ottica dialogica e di reciprocità. Ciò implica, quindi, che la cura personale sia al tempo stesso cura dell'altro: è la dimensione della sollecitudine che consente lo sviluppo della reciprocità e, dunque, il riconoscimento di sé stessi e dell'altro da sé. La dimensione della sollecitudine è la seconda delle tre componenti che Paul Ricoeur afferma siano indispensabili per l'aspirazione etica, insieme alla "vita buona" alle istituzioni giuste. La sollecitudine è raggiungibile attraverso un processo intrasoggettivo esplicabile nella riflessività e nella stima di sé. D'altra parte, mediante la sollecitudine, la dimensione intersoggettiva non viene misconosciuta. La prospettiva etica, quindi, nel pensiero di Ricoeur, viene definita come "la prospettiva della vita buona con e per l'altro all'interno di istituzioni giuste"<sup>35</sup>. L'autore, sulla scia di queste considerazioni, delinea una differenza tra

---

<sup>33</sup> R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, p. 121.

<sup>34</sup> A. Da Re, *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, 2010, p. 34.

<sup>35</sup> P. Ricoeur, *Sé come un altro*, Jaka Book, Milano, 2011, p. 266.

l'etica e la morale (nonostante nella storia del pensiero morale siano spesso intese come sinonimi) dove per etica si intende il desiderio di realizzazione di sé, mentre per morale ci si riferisce alla portata normativa e prescrittiva della dimensione pratica. Di conseguenza, per il presente lavoro la concezione etica di Ricoeur risulta particolarmente rilevante.

## Capitolo 2 - Lo sviluppo teorico dell'etica della cura. Le declinazioni di Joan Tronto e Sara Ruddick

### 2.1 Etica e Cura

La parola "etica" deriva dalla parola greca *ethos*, la quale, similmente al latino *mos*, *moris* (da cui deriva il termine "morale"), significa comportamento, costume e modo di agire dell'essere umano. Tale termine viene usato per intendere l'insieme di valori che sono fatti propri e condivisi da individui e gruppi e che vengono acquisiti grazie ai processi di formazione e di socializzazione ai quali si è sottoposti nell'arco della vita. Essendo questi aspetti mutevoli nel corso del tempo e degli anni, l'*ethos* in quanto tale è da definirsi come contenuto in divenire. Riprendendo la concezione aristotelica e in generale antica, l'obiettivo dell'etica è la vita buona che trova le sue basi nell'agire bene (*eupraxia*). Per gli antichi ciò si esplicita attraverso la cura di sé e l'affinamento del proprio carattere, qui inteso come insieme delle caratteristiche moralmente rilevanti che chiamiamo virtù. Un simile sviluppo è indirizzato all'ottenimento della felicità (*eudaimonia*) qui da intendere, diversamente dalla sua accezione contemporanea, come espressione massima delle capacità tipicamente umane (ad esempio la nostra parte razionale). Come spiega Antonio Da Re "si potrebbe in definitiva individuare una duplice intenzionalità dell'etica, la quale si presenta come valutazione critica dell'*ethos* inteso come costume, comportamento, tradizione, sia come forma riflessiva riguardante l'*ethos*, ovvero il carattere"<sup>36</sup>. In questi termini, la dimensione morale rimanda sempre, in definitiva, ad una riflessione circa la propria natura. La forma riflessiva riguardante la propria natura personale, il sé ed il proprio carattere, permette all'essere umano di conoscersi meglio e di capire quindi cosa è bene o male per la sua persona. Non solo: permette di capire come prendersi cura di sé. Seguendo infatti l'intendimento antico della filosofia morale, essa si configura come un vero e proprio prendersi cura della propria dimensione politica, sociale e, non da meno, caratteriale. Proprio in questo periodo storico appare in maniera particolarmente chiara il punto di contatto tra etica e cura. Lo stesso Michael Foucault nel suo testo *La cura di sé. Storia della sessualità 3*, partendo dall'analisi della storia della sessualità mostra il rimando tra i concetti di etica e cura. Nello specifico "questa «cultura di sé» può essere sommariamente caratterizzata dal fatto che l'arte dell'esistenza la *techné tou bíou* nelle sue diverse forme vi

---

<sup>36</sup> A. Da Re, *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, 2010, p. 9.

si trova dominata dal principio in base al quale bisogna «aver cura di sé stessi»; ed è tale principio della cura di sé che ne stabilisce la necessità, ne dirige lo sviluppo e ne organizza la pratica. È tuttavia doveroso precisare che l'idea che ci si debba dedicare ed occupare di se stessi (*heautou epimeleisthai*) è in realtà un tema antichissimo, già appartenente alla cultura greca e ha costituito, fin dall'inizio, un imperativo largamente diffuso<sup>37</sup>. Come afferma il filosofo francese nell'antichità il percorso etico non è altro che un percorso di cura e, nello specifico, una cura di sé.

## 2.2 La nascita dell'etica della cura

Il dibattito sull'etica della cura e sulla sua concezione trova le sue radici nell'opera di Carol Gilligan. L'autrice, nel 1982 pubblica il suo studio *In a Different Voice* (titolo italiano: *Con voce di donna*), nato come testo di carattere psicologico dell'età evolutiva ma con grandi ed importanti ripercussioni in ambito filosofico. L'opera nasce come critica nei confronti dello studio relativo agli stadi dello sviluppo morale elaborato dal suo maestro Lawrence Kohlberg, il quale imposta il suo lavoro partendo dal dilemma di Heinz<sup>38</sup>. Lo psicologo americano, nella sua *Teoria dello sviluppo morale* del 1958, definisce i tre livelli ed i sei stadi dello sviluppo morale<sup>39</sup>. L'autore parte dall'assunto che ogni soggetto morale formula un giudizio morale mediante processi di decisione che prescindono dalla situazione esterna e che hanno piuttosto a che fare con metodologie decisionali intime. Il raggiungimento della maturazione morale, corrispondente al sesto stadio della teoria e dunque all'interiorizzazione dei principi di giustizia, imparzialità ed universalità, risulta propria solo del sesso maschile. Le donne, stando allo studio di Kohlberg non giungono mai

---

<sup>37</sup> M. Foucault, *Storia della sessualità*, 3. *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 2007, p. 47.

<sup>38</sup> In Europa una donna stava per morire a causa di un tipo particolare di cancro. C'era una medicina che i dottori pensavano potesse salvarla. Era un derivato del radium che un farmacista della sua città aveva scoperto recentemente. Questa medicina costava molto, ma il farmacista chiedeva dieci volte di più di quello che costava a lui farla. Egli aveva pagato 200 dollari per il radium e ne aveva chiesti 2000 per una piccola dose. Il marito della signora malata, Heinz, decise di andare da tutti quelli che conosceva per chiedere del denaro in prestito, ma riuscì a mettere insieme solo 1000 dollari cioè la metà di quello che costava il farmaco. Egli disse al farmacista che sua moglie stava morendo e gli chiese di fargli uno sconto o di lasciargli pagare il farmaco in un secondo momento. Ma il farmacista disse: «no, ho scoperto la medicina e voglio diventare ricco con quella». Così Heinz, disperato, si trovò di fronte una scelta dilemmatica: da una parte accettare la morte della moglie in quanto non aveva i soldi per pagare il farmaco, dall'altra fare irruzione nel negozio e rubare la medicina per salvare la moglie.

<sup>39</sup> Ad ogni livello corrispondono due stadi e una/due possibili risposte al dilemma di Heinz. Al livello della moralità preconvenzionale corrispondono gli stadi "orientamento premio – punizione" e "orientamento individualistico e strumentale"; allo stadio della moralità convenzionale corrispondono gli stadi "orientamento da bravo ragazzo" e "orientamento al mantenimento dell'ordine sociale"; allo stadio della moralità postconvenzionale corrispondono gli stadi "orientamento del contratto sociale" e "orientamento della coscienza e dei principi universali". Si veda D. Bacchini, G. Bodà, G. De Leo, *Promuovere la responsabilità. Percorsi di cittadinanza attiva*, FrancoAngeli, Milano, 2004, p. 47.

alla maturità morale del sesto livello, ma solo al terzo livello di maturità, che coincide con lo sviluppo della moralità in senso interpersonale e della concezione di bontà come riconoscimento del proprio valore da parte degli altri.

La critica posta da Carol Gilligan trova le prime basi su dati evidenti: lo studio del suo maestro si basa su un'analisi longitudinale di circa vent'anni in cui sono testati ottantaquattro soggetti di sesso maschile e in cui i dilemmi posti ai diversi livelli hanno come protagonisti solo uomini. Questo renderebbe estremamente difficile l'identificazione di una eventuale componente di sesso femminile del campione. Ella, nel suo studio, sottopone ad un campione di uomini e donne il dilemma di Heinz e successivamente ad un campione di donne un dilemma personale, che riguarda la scelta di abortire. Ciò che afferma la studiosa è il fatto che le donne non sono meno mature degli uomini dal punto di vista morale, ma che questo potrebbe sembrare tale nel momento in cui (come succede nello studio di Kohlberg) si adottino parametri tendenzialmente maschili. Come spiega Silvia Tusino: "Gilligan propone quindi di ripensare le nozioni di moralità e maturità morale a partire da una diversa voce che sembra contraddistinguere in particolare i soggetti femminili. Infatti, studiando i giudizi morali espressi dalle donne, tende a emergere una diversa visione morale, non astratta ma calata nella concretezza delle relazioni tra gli individui e preoccupata più dell'adempimento delle proprie responsabilità verso gli altri che dei conflitti tra principi"<sup>40</sup>. In questi termini, quindi, la visione morale non è astratta ma concreta, in cui i concetti di responsabilità e cura, propri dell'etica della cura, contrastano i concetti di equità e di diritto, propri invece di un'etica della giustizia. La maturità morale consiste non nella contrapposizione delle due prospettive, ma nella loro integrazione, nella dialettica tra le due. La voce diversa, quella che l'autrice identifica come più propriamente femminile, è arricchente e attenta agli elementi emotivi, soggettivi, contestuali. Come dice la stessa Gilligan, l'etica della responsabilità "[...] è appunto l'intuizione dell'esistenza dell'interconnessione che costituisce il motore di tutta la sequenza evolutiva, in quanto porta a riconoscere che, come la violenza risulta alla fine distruttiva per tutti, così le attività di cura responsabile finiranno per arricchire sia sé che gli altri"<sup>41</sup>.

Senza alcun dubbio, l'apporto dato dallo studio di Carol Gilligan è stato fondamentale per l'inizio di una riflessione sull'etica della cura che prosegue ancora oggi, ma non è valutato come esaustivo ed esclusivo. Svariati studi, in particolare quelli condotti da studiosi canadesi quali Lawrence J. Walker, Brian de Vries e Shelley D. Trevethan, hanno

---

<sup>40</sup> S. Tusino, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, FrancoAngeli, Milano, 2021, p. 12.

<sup>41</sup> C. Gilligan, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano, p. 81.

evidenziato come l'orientamento ad una morale di giustizia o ad una morale di cura responsabile non dipenda strettamente dal sesso dell'individuo<sup>42</sup>. Anzi, in ogni individuo queste due prospettive etiche possono coesistere, seppur in modalità differenti dovute ad aspetti culturali, ambientali e educativi. Infatti, proprio alla luce di questi ultimi aspetti citati, il rapporto tra femminile e cura rimane forte in quanto l'archetipo delle relazioni di cura è la relazione di cura materna e, a seguito di influenze appunto culturali e storiche, le relazioni di cura vedono più spesso implicato il femminile come il sesso che ha cura e si prende cura dell'essere umano.

La teoria etica della cura trova il suo fondamento in Carol Gilligan, ma non è certo l'unica a trattare di questo importante argomento. Grazie anche al lavoro di altre studiose, questo ambito di ricerca ha ottenuto un contributo femminista nella discussione dello sviluppo morale. Senza dubbio l'etica della cura ha contribuito largamente ad un rinnovato interesse per i temi della cura responsabile e ha saputo fornire una nuova prospettiva morale. Come riporta Roberto Massaro nel suo testo<sup>43</sup>, le autrici più note possono essere suddivise in due generazioni: una prima generazione che analizza la cura come espressione *femminile* (Carol Gilligan, Nel Noddings e Sara Ruddick); una seconda generazione in cui la cura *femminista* si esprime nel contesto politico e sociale (Virginia Held, Eva Kittay, Martha Nussbaum e Joan Tronto).

Il femminismo di cui queste autrici sono portavoce e in cui a tutti gli effetti si situano, risulta essere un fenomeno molto più ampio rispetto al dibattito dell'etica della cura. Esso trova nel tempo articolazioni specifiche e sempre più evolute. Nella prima ondata (XVIII-XIX secolo) si delineano le correnti del femminismo liberale e del femminismo socialista, nella seconda ondata (XX secolo) quelle del femminismo marxista, del femminismo liberale, del femminismo multiculturale, del femminismo globale e dell'ecofemminismo. Nello stesso secolo (XX secolo) il femminismo si evolve in ambito psicologico e filosofico, ove si ritrovano le correnti del femminismo esistenzialista, del femminismo psicoanalitico e del femminismo post-moderno<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> L. J. Walker, B. de Vries, S. D. Trevethan, *Moral stages and moral orientations in real-life and hypothetical dilemmas*, in "Child Development", vol. 58, num. 3, 1987, pp. 842-858.

<sup>43</sup> R. Massaro, *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015, p. 62.

<sup>44</sup> *Ivi*, pp. 56-57.

### 2.3 Il pensiero materno come archetipo della relazione di cura: Sara Ruddick

La filosofa Sara Ruddick, sebbene non venga propriamente definita come una delle teoriche della cura, ha certamente un ruolo centrale nel dibattito della *care ethics*. La filosofa analizza la cura stessa come espressione *femminile*, attraverso l'analisi del cosiddetto "pensiero materno". L'autrice intraprende la sua ricerca affrontando l'archetipo della relazione di cura proprio a partire dalla relazione materna. Inizialmente nel suo saggio *Maternal Thinking* del 1980<sup>45</sup>, e poi nella sua opera *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace* del 1989<sup>46</sup>, esamina il pensiero materno. Secondo la studiosa, questo deriva dal lavoro materno frutto non solo di emozioni e sentimenti, ma anche di azioni volte al soddisfacimento di alcuni bisogni. Con "materno/a" Ruddick non si riferisce direttamente e strettamente al ruolo della madre ma bensì designa come madre "la persona che si assume la responsabilità della vita del bambino e per la quale prendersi cura del bambino diventa una parte significativa dei propri impegni". Si tratta quindi di una categoria sociale più che biologica, per cui da un lato la madre (nel senso di chi svolge il lavoro materno) non deve essere per forza una donna, dall'altro non è necessario che sia la stessa persona che ha generato il bambino"<sup>47</sup>. Questa visione distingue il lavoro materno dal processo generativo e quindi definisce come madre una persona, di sesso maschile o femminile, che è responsabile della cura del bambino o della bambina. In questi termini, essere madre è un sinonimo di essere responsabile: è proprio questa assunzione di responsabilità che, per Ruddick, possiamo far derivare dal pensiero materno affinché esso possa sviluppare la nostra dimensione morale.

L'aver cura e il prendersi cura dell'altro di cui si è responsabili diventa così una scelta: le madri si ritrovano a pensare, a riflettere sul percorso più adeguato ad un'autentica operazione di cura. Esse operano, secondo Ruddick, in funzione del soddisfacimento delle necessità dell'infante, identificate alla luce dei seguenti bisogni: protezione (*preservation*), crescita (*growth*), accettazione sociale (*acceptability*)<sup>48</sup>. Riconoscendo che il figlio o la figlia è un essere vulnerabile e bisognoso di cure, la madre ha la responsabilità di proteggerlo, di tutelarne la salute fisica e la vita in generale (*preservation*). Ella però, nell'adempimento di questo compito, deve capire come riuscire a non risultare né troppo invadente né passiva, lasciando così al figlio o la figlia lo spazio per la sua crescita. Questa virtù, secondo Ruddick,

---

<sup>45</sup> S. Ruddick, *Maternal Thinking*, *Feminist Studies*, vol. 6 num. 2, 1980, pp. 342-367.

<sup>46</sup> S. Ruddick, *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Beacon Press, Boston, 1995.

<sup>47</sup> S. Tusino, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, FrancoAngeli, Milano, 2021, p. 20.

<sup>48</sup> S. Ruddick, *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Beacon Press, Boston, 1995, p. 61.

può essere identificata nell'umiltà, in quanto la madre si riconosce limitata nei confronti di un mondo che non può totalmente controllare: "l'umiltà implica una profonda consapevolezza dei limiti delle proprie azioni e dell'imprevedibilità delle conseguenze del proprio lavoro"<sup>49</sup>. Accettando quindi di non poter avere tutto sotto controllo, accetta anche la possibilità che accadano eventi avversi e che, con la crescita, il figlio o la figlia prenda la sua strada e faccia le sue scelte al di fuori del suo controllo. Consapevole della realtà, la reazione ottimistica della madre è contraddistinta dalla virtù dell'allegria. Alla necessità di protezione si aggiunge la necessità di sostenere il figlio o la figlia, nella sua crescita (*fostering growth*) nei vari aspetti del suo sviluppo quali quello cognitivo, emotivo e sociale. Per sostenerlo/a, risulta funzionale la definizione di un ambiente il più possibile adeguato ad uno sviluppo equilibrato, tenendo sempre conto la necessità di lasciare il giusto spazio all'infante. La studiosa evidenzia come il confronto tra madre e bambino o bambina in crescita le permetta di sviluppare una particolare predisposizione mentale: "da un lato manifesta grande concretezza di pensiero, dall'altro dimostra una notevole apertura mentale, in quanto si trova a confrontarsi con i continui cambiamenti del figlio [...]"<sup>50</sup>. Infine, l'attività materna dell'educazione ha come obiettivo l'accettazione sociale (*acceptability*) del figlio o della figlia. Questo non si delinea un compito semplice, a causa delle pressioni sociali esterne e della possibile riluttanza, da parte del bambino o della bambina, di accettare gli insegnamenti offerti dalla madre. Allo stesso tempo l'accettazione sociale si può configurare in seguito ad un possibile allontanamento del figlio o della figlia dal pensiero proposto dalla madre stessa. Di conseguenza potrebbero crearsi delle discrepanze, delle difficoltà di comprensione. Ancora una volta, in questa terza attività, risulta fondamentale per Ruddick una caratteristica virtuosa della madre: la coscienziosità e la capacità di riuscire a instaurare con la propria prole un dialogo riflessivo basato sulla fiducia reciproca.

Ciò che risulta evidente, e che la stessa filosofa evidenzia, è l'ambiguità del lavoro materno: la madre, per soddisfare i bisogni in modo autentico, deve sempre cercare di trovare l'equilibrio tra il suo essere e quello del figlio o della figlia, tra il voler esserci ed il lasciargli/le lo spazio necessario. Ciò avviene attraverso un movimento altalenante tra i suoi valori e la comprensione ed il rispetto di quelli che possono essere valori diversi dai suoi, con l'obiettivo di crescere il figlio o la figlia senza plasmarlo/a. Per riuscire a cercare di trovare questo equilibrio è indispensabile, per la madre, riconoscere il figlio o la figlia come essere umano altro da sé, e non come un'estensione del proprio essere. La capacità di

---

<sup>49</sup> S. Ruddick, *Maternal Thinking*, *Feminist Studies*, vol. 6 num. 2, 1980, p. 351.

<sup>50</sup> S. Tusino, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, FrancoAngeli, Milano, 2021, p. 22.

riconoscere l'altro come essere unico e diverso è un valore da sostenere e preservare. In ciò si esplicita il caposaldo del pensiero materno, il cosiddetto amore premuroso (*attentive love*), originato dalla combinazione di una virtù (amore) e di una capacità cognitiva (attenzione), che più volte è emersa all'interno del dibattito dell'etica della cura. A tal proposito, come si vedrà nel paragrafo successivo, l'attenzione si presenta come premessa di una cura autentica.

#### 2.4 La dimensione politica della cura: Joan Tronto

Tra le studiose che hanno trattato il tema della cura *femminista* espressa nel contesto politico e sociale vi è Joan Tronto, attualmente docente di scienze politiche al College of Liberal Arts dell'Università del Minnesota. Tronto, già nel suo articolo *Beyond Gender Difference to a Theory of Care* del 1987<sup>51</sup> contesta la corrispondenza presente tra etica femminile e cura, denotando l'importanza di delineare la cura non solo in quanto gesto ma anche in quanto pensiero. Nell'articolo, inoltre, l'etica della cura viene definita come una teoria morale contestualista<sup>52</sup> il cui fine è l'agire morale conciliante la cura di sé e la cura degli altri, considerando i rispettivi bisogni all'interno delle relazioni di cura. In quanto contestualista devono quindi essere definiti dei limiti, dei contesti di applicazione della cura. Non solo: aspetto ancor più importante è che, essendo l'etica della cura indispensabile, essa deve essere inserita nel contesto politico. Volendo superare la visione di cura come archetipo della figura materna, e quindi strettamente legata al contesto familiare, diviene necessario che questa venga inserita all'interno di una sfera pubblica, sociale, politica, istituzionale. Qualche anno dopo, Tronto, nel suo testo *Moral Boundaries* (tradotto in italiano con *Confini Morali*) del 1993<sup>53</sup>, afferma che la cura è un'idea etica e politica, da annoverarsi all'interno dei valori democratici della società. Come viene spiegato nel testo di Silvia Tusino: "la cura come valore democratico, infatti, implica il riconoscimento del fatto che tutti siamo oggetto di cure durante la nostra vita e, quindi, della necessità di garantire un eguale accesso alle cure per tutti"<sup>54</sup>. Questa identificazione permette di valorizzare il lavoro di cura e tutelare coloro che si prendono cura. La tutela verso chi presta cura, la necessità di

---

<sup>51</sup> J. C. Tronto, *Beyond Gender Difference to a Theory of Care*, Signs, vol. 12 num.4, 1987, pp. 644-663.

<sup>52</sup> *Ivi*, p. 658.

<sup>53</sup> J. C. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, Routledge, Chapman and Hall, New York, 1993; trad. it. di N. Riva, *Confini Morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia, 2006.

<sup>54</sup> S. Tusino, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, FrancoAngeli, Milano, 2021, p. 30.

stipulare un possibile ordine di importanza dei vari bisogni ed eludere il rischio di parzialità sono alcuni dei dilemmi che evidenziano come l'etica della cura debba essere inclusa nella teoria politica e nella teoria della giustizia. Nella sua opera *Moral Boundaries*, l'autrice espone tre confini morali che, proprio per il fine precedentemente evidenziato, dovrebbero essere superati. Tra questi si trova *in primis* il confine tra la morale e la politica, in quanto discipline fortemente intrecciate. Si vuole con questo recuperare una caratteristica tipica del pensiero filosofico antico dove (si pensi ad esempio al pensiero aristotelico) morale e politica erano ampiamente interconnesse e, anzi, avevano una finalità comune. Inoltre, in *Moral Boundaries*, si sottolinea l'importanza di superare il confine del punto di vista morale inteso in termini esclusivamente razionali, disinteressati e imparziali. L'introduzione nel contesto politico del concetto di cura permette di dedicare la giusta attenzione alla relazione particolare tra *care-giver* e *care-receiver*, affinché le considerazioni morali abbiano origine proprio a partire da essa. Infine, secondo Tronto, è necessario superare il confine tra la vita pubblica e la vita privata. Quest'ultimo riguarda strettamente la condizione della donna che viene relegata alla sfera domestica, familiare, privata mentre all'uomo viene data la possibilità di spaziare, agendo nella vita pubblica. Riuscire a superare i confini sopra citati permetterebbe, secondo l'autrice, di avviarsi verso "una società umana più giusta e solidale"<sup>55</sup>.

Tronto elabora la definizione del concetto di cura già a partire dal saggio *Toward a Feminist Theory of Caring*<sup>56</sup>, in cui la definisce come "[...] un'attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro "mondo" in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile. Quel mondo include i nostri corpi, le nostre identità e il nostro ambiente"<sup>57</sup>. In questi termini, la cura è intesa come pratica eterodiretta, una disposizione che caratterizza l'essere umano e, al tempo stesso, permeata e influenzata dalla cultura di appartenenza. A questa definizione, la studiosa riconosce quattro fasi che fanno della cura una cura autentica: *caring about*, *taking care of*, *care-giving*, *care-receiving*. Ad ognuna di tali fasi corrisponde un valore morale: *attentiveness*, *responsibility*, *competence*, *responsiveness*. Dunque, la prima fase è caratterizzata dal *caring about*, da un interessamento nei confronti di un bisogno che, secondo l'essere umano che lo coglie, dovrebbe essere soddisfatto. Viene quindi manifestata l'attenzione, *attentiveness*, nei

---

<sup>55</sup> J. C. Tronto, *Confini Morali*, p.15.

<sup>56</sup> J. C. Tronto, B. Fisher, *Toward a Feminist Theory of Caring*, in E. Abel, M. Nelson (eds.), *Circles of Care*, SUNY Press, Albany, 1990, pp. 35-62.

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 40.

confronti dell'altro e del suo bisogno. Nella seconda fase, il *taking care of* si traduce con l'assunzione di responsabilità nei confronti di un bisogno specifico. Quindi l'essere umano, una volta colto il bisogno (prima fase), lo accoglie e pensa a come potrebbe soddisfare tale bisogno. Qui si trova l'elemento della responsabilità, *responsability*, nei confronti dell'altro, in cui il soggetto fa proprio il soddisfacimento delle necessità altrui. Nella terza fase si tratta di prendersi cura nel senso pratico del termine, il *care-giving*, agendo affinché il bisogno individuato trovi la sua soddisfazione nella pratica. Il valore indispensabile affinché l'azione sia efficace è la competenza, *competence*, di chi presta cura. Di contro, chi agisce in questa fase senza adeguate competenze rischia di essere inefficace o, ancor peggio in casi estremi, di generare un esito dannoso. Infine, nella quarta e ultima fase si presta attenzione al feedback dato non solo da chi ha ricevuto la cura, ma anche rilevando dei cambiamenti evidenti sui beneficiari della cura. L'attenzione alla risposta di chi riceve cura, *care-receiving*, è fondamentale per analizzare se effettivamente la cura erogata ha prodotto una soddisfazione del bisogno che era stato riconosciuto inizialmente. La sensibilità alla risposta, *responsiveness*, permette di cogliere non solo se il bisogno è stato soddisfatto, ma come l'azione di cura è stata intesa da chi l'ha ricevuta. Inoltre, consente di riflettere sull'aspetto dell'assistenzialismo, per evitare che tale condizione si sviluppi in chi riceve cura. Tronto specifica che spesso queste fasi sono sovrapposte o non chiaramente identificabili, ma afferma inoltre che tutte devono essere presenti ed integrate tra loro. La cura autentica è quindi il risultato sì della presenza delle quattro fasi, ma anche dei quattro valori morali che ad esse corrispondono.

Questo aspetto ci risulterà particolarmente interessante nel prossimo capitolo dove, dopo alcuni cenni fisiologici del sonno e dell'addormentamento, proveremo a tracciare una linea di congiunzione tra le categorie della Tronto e i problemi relativi all'addormentamento.

## Capitolo 3 - Caratteristiche e processi dell'addormentamento

### 3.1 Cenni fisiologici del sonno e ritmo sonno – veglia

Il sonno può essere definito come “uno stato «comportamentale» che si alterna alla veglia in una successione più o meno regolare”<sup>58</sup>; in cui progressivamente si riduce la consapevolezza fino ad arrivare ad una perdita completa della coscienza. Per questo, il sonno viene definito anche come uno “stato di coscienza caratterizzato da una postura stereotipata, da un’attività motoria ridotta, da una diminuita risposta alle stimolazioni sensoriali e dalla possibilità di risvegliarsi”<sup>59</sup>. Gherardo Rapisardi lo definisce come un bisogno, “un fenomeno fisiologico attivo, complesso e dinamico, in cui il cervello ed altri organi hanno numerose funzioni”. Si instaura in maniera periodica, autonoma, è limitato nel tempo e reversibile”<sup>60</sup>. Una delle caratteristiche del sonno è la sua differenziazione tra anziano, adulto, bambino e neonato a seguito di molteplici fattori, qualitativi e quantitativi, tra i quali la durata del ciclo del sonno e la maggior presenza di CAP, *Cyclic Alternating Pattern*, durante la fase N-REM, “che rendono il bambino più sensibile ad interruzioni ed alleggerimenti”<sup>61</sup>. Il sonno si suddivide in cicli e ogni ciclo è caratterizzato da fasi REM e N-REM. I cicli hanno durata differente a seconda dell’età: nei neonati durano all’incirca 40-60 minuti, per poi giungere, a circa 5/6 anni, alla durata di 70-100 minuti come nell’adulto. Terminato ogni ciclo vi è un leggero risveglio, quasi impercettibile nell’adulto, più evidente nel bambino e soprattutto nel neonato, spesso dovuto a meccanismi omeostatici fisiologici e necessità primarie come la fame. Con REM si definisce la fase dei *Rapid Eye Movement*, ossia la presenza di movimenti oculari rapidi durante il sonno congiunti ad un’attività cerebrale simile alla veglia. Questa fase è “essenziale fin dall’età fetale per lo sviluppo sensoriale (tatto, gusto, olfatto, vista) e di tutti gli organi, per lo sviluppo della percezione del movimento, della propria posizione nello spazio, delle emozioni, e per l’apprendimento”<sup>62</sup>. La fase N-REM (*Non-Rapid Eye Movement*) viene definita come la fase di sonno tranquillo

---

<sup>58</sup> M. L. Tortorella, *Il sonno condiviso nel contesto delle cure prossimali*, in G. Falcicchio, P. Zlotnik, A. Bortolotti, M. L. Tortorella (a cura di), *Il primo sguardo. Prime ore di vita, cure prossimali e affettività*, Fasidiluna, Bari 2014, p. 152.

<sup>59</sup> F. Fabbro, *Manuale di neuropsichiatria infantile. Una prospettiva psicoeducativa. Nuova edizione*, Carocci editore, Roma 2022, p. 379.

<sup>60</sup> G. Rapisardi, *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022, p. 20.

<sup>61</sup> Si veda M. L. Tortorella, *Il sonno condiviso nel contesto delle cure prossimali*, cit., p. 156.

<sup>62</sup> G. Rapisardi, *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022, p. 47.

che, ai 5/6 mesi del bambino, può ulteriormente suddividersi in tre stadi: fase di addormentamento (30 secondi – 5 minuti), sonno leggero (5-25 minuti), sonno profondo (30-45 minuti). In questa fase, al contrario, “vengono favorite la secrezione di ormoni, tra cui quello della crescita (durante la fase di sonno profondo), l’attivazione ed il rinforzo di molte sinapsi, la rielaborazione delle esperienze della veglia, l’apprendimento, la memoria a lungo termine e il mantenimento della plasticità del sistema nervoso, cioè della capacità di adattare lo sviluppo neurologico alle esperienze e apprendere da queste”<sup>63</sup>. Durante il sonno, fase REM e fase N-REM hanno durata differente, in particolare nei primi mesi di vita nei quali il sonno REM è quasi la metà del sonno complessivo. Con il procedere della crescita, nei primi anni di vita, tale fase diviene circa il 25% e infine, con l’avanzare dell’età, il 20% del sonno totale.

Dunque, il sonno svolge molteplici funzioni per l’organismo e tra quelle ipotizzate dagli studiosi si possono trovare le seguenti<sup>64</sup>:

- inattività adattativa;
- risparmio energetico;
- ripristino e riparazione di funzioni biologiche;
- depurazione da sostanze tossiche;
- plasticità cerebrale;
- rafforzamento delle capacità cognitive;
- rallentamento dell’invecchiamento dei telomeri (sostanze che proteggono i cromosomi riducendone le modificazioni);
- produzione di ormoni e sostanze che aiutano lo sviluppo di tutti gli organi: il più famoso è l’ormone della crescita (GH, la somatotropina).

La veglia, il sonno e la loro alternanza sono regolati da strutture specifiche. “La principale è il cosiddetto sistema reticolare ascendente, [...] si trova [...] bulbo o midollo allungato [...] con proiezioni a talamo, ipotalamo ippocampo e corteccia. In quest’area del cervello vengono prodotte sostanze coinvolte nel mantenimento della veglia, come la noradrenalina, la dopamina, la serotonina, l’acetilcolina, l’istamina, e il glutammato, oltre all’ orexina, la cui assenza è responsabile di gravi disturbi caratterizzati da frequenti e improvvisi colpi di sonno

---

<sup>63</sup> *Ibidem*.

<sup>64</sup> *Ivi*, pp. 27-28.

(narcolessia). Altre zone del cervello e del sistema nervoso producono sostanze che invece inducono e mantengono il sonno, come l'acido gamma amino-butirrico (GABA) [...] L'adenosina, una sostanza che si accumula gradualmente durante la veglia [...] e aumenta la sensazione e il bisogno di sonno, per poi essere eliminata dal cervello mentre si dorme.”<sup>65</sup>

L'alternanza sonno-veglia si costituisce già durante la gravidanza, tra le sedici e le ventuno settimane di gestazione, quando il feto gradualmente alterna momenti di tranquillità a fasi di moto<sup>66</sup>. Con la nascita questa alternanza viene rafforzata da due importanti, specifici e complementari processi: il processo omeostatico ed il processo circadiano. Il primo “regola la durata e la profondità del sonno. [...] L'arrivo della sensazione di sonno dipende, oltre che dalla durata della veglia precedente, anche dall'età e dai ritmi circadiani. [...] Ci sono inoltre da considerare fattori individuali, geneticamente determinanti e presenti fin dalle primissime fasi della vita”.<sup>67</sup> Il cronotipo<sup>68</sup> spiega perché delle persone siano maggiormente efficienti la sera con difficoltà a svegliarsi al mattino (i gufi), mentre altre siano maggiormente efficienti la mattina, esigendo il riposo presto la sera (le allodole). Questa differenza individuale non è evidente prima dei due anni. Nella crescita il processo omeostatico si integra nei ritmi circadiani. Il processo circadiano “riguarda invece i ritmi circadiani, cioè in ritmi strutturati su periodi di 24 ore e che organizzano diverse funzioni dell'organismo”<sup>69</sup>. Durante la gravidanza la madre facilita la sincronizzazione dei ritmi del feto con quelli esterni di 24 ore, grazie anche presenza dei “ritmi ormonali (la melatonina favorisce il sonno e il cortisone che favorisce la veglia), la temperatura, i livelli glicemici correlati ai pasti, le leggere contrazioni ritmiche della muscolatura uterina”<sup>70</sup>. Venuto al mondo il neonato necessita di tre- quattro mesi prima di riuscire a sincronizzare nuovamente i suoi ritmi biologici, da cicli di 24 ore e mezzo, sulle 24 ore dell'ambiente che lo circonda. Questo aspetto è conseguenza del fatto che il suo sistema nervoso è immaturo e che la melatonina comincia ad essere secreta in piccole dosi nel neonato verso il terzo mese di vita, mentre per il primo mese di vita la presenza di tale ormone è ancora di eredità materna<sup>71</sup>. Infatti, alla nascita, il neonato dorme

---

<sup>65</sup> *Ivi*, p. 45.

<sup>66</sup> *Ivi*, p. 57.

<sup>67</sup> *Ivi*, p. 50.

<sup>68</sup> “Caratteristica, modello che identifica la preferenza a vivere più intensamente in una determinata parte della giornata”, in [https://www.treccani.it/enciclopedia/cronotipo\\_\(altro\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/cronotipo_(altro)/) visitata il 12 settembre 2024.

<sup>69</sup> G. Rapisardi, *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022, p. 51.

<sup>70</sup> *Ivi* p. 52.

<sup>71</sup> M. L. Tortorella, *Il sonno condiviso nel contesto delle cure prossimali*, in G. Falcicchio, P. Zlotnik, A. Bortolotti, M. L. Tortorella (a cura di), *Il primo sguardo. Prime ore di vita, cure prossimali e affettività*, Fasidiluna, Bari 2014, p. 156.

circa per 14-18 ore della giornata e le fasi REM-NREM si alternano ciclicamente ed egualmente ogni 40/60 minuti. Dai circa 3 mesi, l'alternanza REM-NREM si modifica ed il periodo REM ricorre ogni 50/60 minuti, con maggiore incidenza negli ultimi cicli del sonno notturno, al contrario della fase N-REM, prevalente nei primi<sup>72</sup>. Inoltre, il periodo di sonno notturno si estende e l'infante comincia, verso il quarto mese, a distinguere le caratteristiche ambientali e sociali legate al momento dell'addormentamento, a cui comincia ad associare la separazione dal *caregiver*. Nel periodo tra il quarto e l'ottavo mese all'incirca, il lattante dorme 12-16 ore giungendo ad un totale di 12-14 ore intorno all'anno di vita. All'incirca dal sesto mese, il tempo del sonno viene strutturato in un tempo di sonno notturno più consistente e in altri due o tre riposi durante la giornata di durata nettamente inferiore<sup>73</sup>: uno durante la mattinata (di circa 30 minuti-1 ora), uno nel pomeriggio (di circa 2 ore) e uno nel tardo pomeriggio (di circa 30 minuti- 1 ora), prima del sonno notturno. Crescendo, questi riposi vengono persi progressivamente (solitamente prima quello del tardo pomeriggio, poi quello della mattina ed infine, intorno al quarto anno di vita, quello del pomeriggio) in quanto le ore di sonno di cui necessita il bambino diminuiscono. Difatti, tra il primo anno ed il terzo anno di vita il piccolo dorme all'incirca 11-14 ore. Durante i periodi di sonno notturno, sono fisiologici dei risvegli che variano di quantità e qualità in base ad elementi fortemente individuali<sup>74</sup>. Come spiega Loredana Lucarelli: “[...] nei primi anni di vita, la regolazione degli stati di sonno e di veglia dipende ampiamente dal sistema di *caregiving*, in quanto le transizioni da uno stato di vigilanza e di addormentamento si connettono sia a meccanismi omeopatici fisiologici (fame, sete, temperatura, dolore, ciclo buio- luce, rumorosità), sia da processi emotivi, affettivi e sociali (separazione dal caregiver, riunione, conforto, rassicurazione, periodi diurni di interazione sociale. Bowlby, Daws, Winnicott)”<sup>75</sup>.

Il sonno, quindi, ha una grande importanza fisiologica nella crescita e viene fortemente influenzato da un'ampia variabile di fattori: l'ambiente, il temperamento, le esperienze pre e perinatali, i disturbi fisici, la presenza di malattie, ma altrettanto dall'attaccamento al genitore e dalle relazioni familiari. L'aiuto dell'adulto, la sua interazione con il piccolo nei diversi momenti della giornata e la caratterizzazione dell'ambiente sono fondamentali per

---

<sup>72</sup> T. F. Anders, *Infant sleep, nighttime relationships, and attachment*, PubMed, vol. 57, num. 1, 1994, p. 13.

<sup>73</sup> G. Rapisardi, *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022, p.67.

<sup>74</sup> Ivi, p. 68.

<sup>75</sup> L. Lucarelli, in M. Ammaniti (a cura di), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010, p. 173.

l'abbandono al sonno: più il bambino si sentirà sicuro più riuscirà ad abbandonarsi facilmente.

### 3.2 Addormentamento: peculiarità e pratiche

Il sonno di un neonato e di un bambino in generale è diverso da quello di un adulto: non solo è essenziale per il suo sviluppo, ma “esso stesso si trasforma man mano che il piccolo cresce”.<sup>76</sup> Alla luce di questo la conoscenza dei ritmi del sonno può certamente essere un primo passo per aiutare gli infanti a giungere ad un addormentamento corretto e il più possibile autonomo. Ma se la letteratura riguardo al sonno è ricca, e molti sono stati e continuano ad esserlo gli studi ad esso dedicati, non si può dire lo stesso per quanto riguarda più specificatamente l'addormentamento.

A partire dai 6 mesi circa, il sonno comincia a seguire un ritmo circadiano più regolare, con un progressivo allungamento dei periodi di sonno notturno. Secondo Thomas F. Anders<sup>77</sup>, lo sviluppo del ritmo circadiano e l'acquisizione della capacità di autoregolazione del sonno rappresentano momenti cruciali nel processo di addormentamento. Durante questa fase, l'interazione con i *caregiver* è fondamentale: la risposta dei genitori ai segnali di sonno del bambino può favorire o ostacolare lo sviluppo di routine e rituali che facilitano l'addormentamento.<sup>78</sup>

Come scrivono T. Berry Brazelton e Joshua D. Sparrow, perché sia il/la bambino/a ad assumere il controllo del proprio processo di addormentamento sono fondamentali tre condizioni:

- la determinazione del caregiver nel far imparare all'infante le strategie per calmarsi in modo autonomo;
- la capacità dell'infante di allungare a tre-quattro ore la durata dei propri cicli senza l'interferenza degli stimoli della fame;

---

<sup>76</sup> T. B. Brazelton, J. D. Sparrow, *Il tuo bambino e... il sonno. Una guida autorevole per aiutare vostro figlio a dormire*, Raffaello Cortina Editori, Milano, 2003, p. 2.

<sup>77</sup> T.F. Anders, L. F. Halpern, J. Hua, *Sleeping through the night: a developmental perspective*, PubMed, vol. 90, num. 4, 1992, pp. 554-560.

<sup>78</sup> A. Sadeh, *A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample*, PubMed, vol. 113, num. 6, 2004, pp. 570-577.

- il sistema nervoso deve essere sufficientemente maturo per poter consentire al/la bambino/a di individuare un proprio sistema di autoconsolazione, processo che in molti casi è possibile entro i primi quattro mesi.<sup>79</sup>

Ad esse andrebbe aggiunto, secondo Gherardo Rapisardi, anche il temperamento del/la bambino/a, cioè un “modo caratteristico di percepire l’ambiente interno ed esterno e di rispondervi”.<sup>80</sup> Esso è innato, ha basi biologiche, e ci porta ad interpretare l’ambiente ed interagire con lo stesso in un determinato modo. L’accudimento e l’educazione dovranno essere adattati anche tenendo conto di questo aspetto, e da questo ne saranno influenzate. I temperamenti vengono descritti in base a una serie di aspetti (il grado di attività, la ritmica, la soglia di sensibilità sensoriale, l’umore ...) <sup>81</sup> e giocano quindi un ruolo importante anche nell’addormentamento. Da sottolineare è che non esistono temperamenti “buoni” o “cattivi”, quello che conta (anche ai fini di una pratica di addormentamento efficace) è come si adatta all’ambiente e alle relazioni.

Aspetto fondamentale nel processo dell’addormentamento sono le abitudini: i bambini tendono infatti ad amare i rituali perché danno sicurezza, permettendo loro di prevedere quello che accadrà di lì a poco. "Dormire sempre nello stesso luogo, all'interno di un tempo riconoscibile, tra oggetti familiari, assume allora un significato profondo legato alla rassicurazione da un lato e allo sviluppo dell'autonomia dall'altro"<sup>82</sup>. Addormentarsi è una vera e propria separazione tra *caregiver* e bambino/a e per facilitarla si ricorre appunto a una serie di rituali preparatori del sonno. In quest’ottica cambiare continuamente ambiente, letto e la situazione legata all’addormentamento causerebbe insicurezza nel/la bambino/a. Dall’altro lato interventi volti a stabilire una routine costante di sonno, come quelli proposti da Jodi A. Mindell, Brett Kuhn, Daniel S. Lewin, Lisa J. Meltzer, Avi Sadeh<sup>83</sup>, sono risultati efficaci nel migliorare la qualità del sonno e nel ridurre i risvegli notturni. Ogni tappa, insomma, serve per rilassarsi e per garantire la sicurezza che tutto si ripete, senza perdite o abbandoni.<sup>84</sup>

---

<sup>79</sup> T. B. Brazelton, J. D. Sparrow, *Il tuo bambino e... il sonno. Una guida autorevole per aiutare vostro figlio a dormire*, Raffaello Cortina Editori, Milano, 2003, p.28.

<sup>80</sup> G. Rapisardi, *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022, p.80.

<sup>81</sup> Ivi, p.81.

<sup>82</sup> N. Sharmahd, *A occhi chiusi: accompagnare il sonno dei bambini al nido*, in E. Catarsi, E. Freschi, *Le attività di cura nel nido d'infanzia*, Edizioni Junior, Bergamo, 2013, p. 104.

<sup>83</sup> J. A. Mindell, B. Kuhn, D. S. Lewin, L. J. Meltzer, A. Sadeh, *Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children*, PubMed, vol. 29, num. 10, 2006, pp. 1263-1276.

<sup>84</sup>Le garzantine, *Puericultura*, Garzanti, Milano, 2002, p.391.

Ma quali sono i rituali (routine) di addormentamento più comuni? In questo entrano in campo molteplici elementi dalla vestizione (il pigiama) al contatto fisico più o meno “invadente”, passando per la musica. Le ninne nanne, in particolare, sono presenti in tutte le culture di cui abbiamo notizia, anche se con peculiarità che variano: “tra i Pigmei africani sono i padri a condurre il canto, ritmato e vigoroso; tra le popolazioni dell’Amazzonia i padri intonano racconti cadenzati che parlano degli antenati e proteggono il bambino da possibili influenze nocive”.<sup>85</sup> Anche l’accostamento di oggetti è una modalità che ritroviamo in svariate parti del mondo (dalla “bambola delle preoccupazioni” che in Guatemala si mette sotto il cuscino all’oggetto transizionale come il peluche spesso usato nei paesi europei e negli USA, passando per il *nemuri-komono* Giapponese).<sup>86</sup> In tutti questi casi lo scopo è lo stesso: aiutare i/le bambini/e a conoscere, prevedere e successivamente controllare e far proprie delle abitudini comportamentali.

A fronte di molteplici possibilità dell’addormentamento Rapisardi non dà soluzioni univoche e universali: ciò che però non deve mancare perché l’addormentamento sia efficace sono “la fiducia, la costanza e la coerenza all’interno di uno stile di accudimento sensibile e responsivo”.

I luoghi e le modalità del sonno sono, dunque, socialmente (e spesso anche culturalmente) indotti. Sempre secondo Rapisardi “non esiste un modo “giusto” o “migliore” per dormire, in senso assoluto”.<sup>87</sup> Alla luce di ciò sembra corretto parlare di relativismo culturale, a volte addirittura familiare viste le differenze socioeconomiche e di stili di vita dei membri di una cultura, rispetto alle decisioni e ai comportamenti attuati per l’addormentamento. In definitiva, come scrivono Shaun K. Y. Goh, Elaine K. H. Tham, Daniel Y. T. Goh, Oon Hoe Teoh, Seang Mei Saw, Fabian Yap, Yap-Seng Chong, Anqi Qiu, Birit F. P. Broekman: “*one size does not fit all*”<sup>88</sup>. Nonostante, quindi, un certo relativismo d’azione, è noto che un addormentamento efficace sia fondamentale nei bambini/e, anche per non incorrere nei disturbi del sonno in età evolutiva. Si stima che le insonnie della prima e della seconda infanzia interessano circa il 10% dei bambini e che queste possano dipendere anche dalle difficoltà dei genitori a fissare e far rispettare delle regole precise

---

<sup>85</sup> G. Rapisardi, *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022, p.110.

<sup>86</sup> *Ibidem*.

<sup>87</sup> *Ivi*, p.118.

<sup>88</sup> S. K. Y. Goh, E. K. H. Tham, D. Y. T. Goh, O. H. Teoh, S. M. Saw, F. Yap, Y.-S. Chong, A. Qiu, B. F. P. Broekman, *Infant night sleep trajectory from age 3-24 months: evidence from the Singapore GUSTO study*, PubMed, vol. 33, 2017, pp. 82-84.

dell'addormentamento (in questo caso definite insonnie da inadeguata definizione del limite), oppure da difficoltà psicologiche spesso collegate all'attaccamento insicuro<sup>89</sup>, argomento che tratteremo più nel dettaglio nel capitolo successivo.

### 3.3 L'addormentamento alla luce delle categorie di Joan Tronto

#### 3.3.1 Fattori che influenzano l'addormentamento

Il sonno è un'esigenza fisiologica e l'accompagnamento del bambino ad esso è un atto di cura fondamentale per il suo sviluppo. Il riuscire a lasciarsi andare comporta una separazione dall'ambiente circostante e dalla figura che ha cura di lui, come spiegano Enzo Catarsi ed Enrica Freschi: "il bambino andando a dormire avverte una vera e propria «paura di separazione», temendo di poter perdere il rapporto affettivo con gli adulti e con la realtà circostante [...] mancando di una reale reversibilità del pensiero, il bambino teme di non poter «tornare indietro» una volta partito per il viaggio nel mondo del sonno"<sup>90</sup>

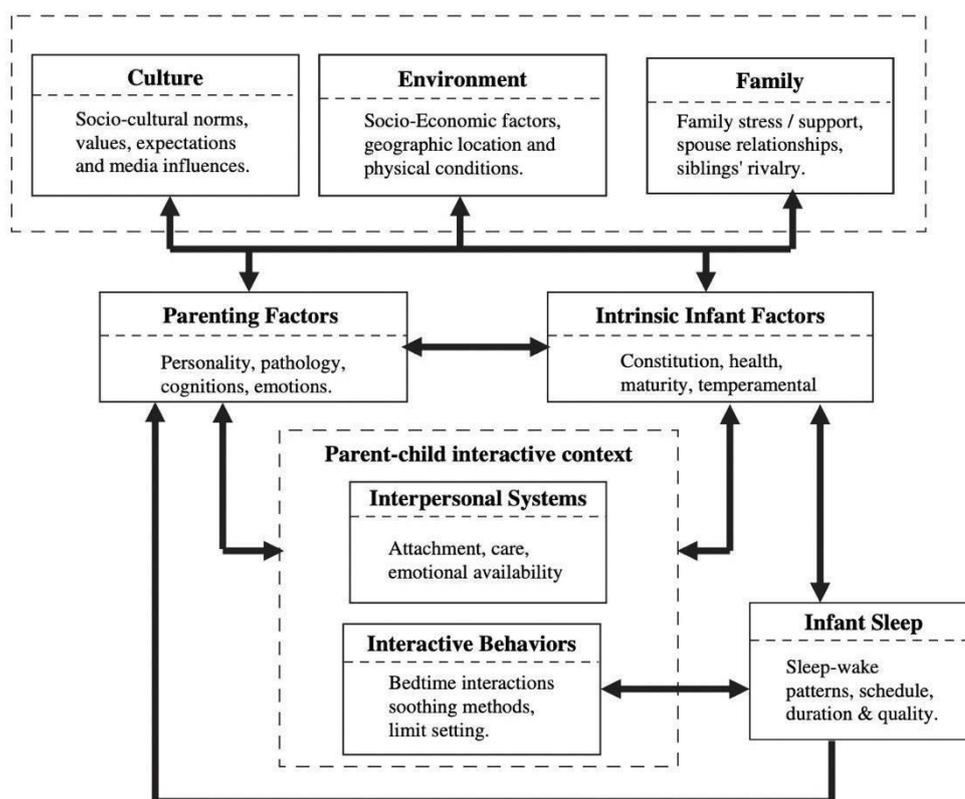


Figura. 1: Infant sleep and parenting in a transactional model<sup>91</sup>

<sup>89</sup> F. Fabbro, *Manuale di neuropsichiatria infantile*, Carocci Editore, Roma, 2022, p.384.

<sup>90</sup> E. Catarsi, E. Freschi, *Le attività di cura nel nido d'infanzia*, Edizioni Junior, Bergamo, 2013, p. 49.

<sup>91</sup>A. Sadeh, L. Tikotzky, A. Scher, *Parenting and infant sleep*, *Sleep Medicine Reviews*, 2010, vol. 14, p. 90.

Come desunto dalla figura 1, sonno infantile e genitorialità sono collegati bi-direzionalmente in quanto il sonno qualitativamente e quantitativamente insufficiente del bambino può influire sui comportamenti dei genitori e dei *caregivers* rivelandosi un potenziale fattore di stress e di rischio per il benessere di chi ha cura di lui. Al tempo stesso credenze, aspettative, emozioni e comportamenti di chi ha cura del bambino sono influenzati da altrettanti e vari fattori quali il contesto socio-culturale, il contesto ambientale, ricordi e crescita, personalità ed eventuale psicopatologia di chi si prende cura di lui, o ancora l'età dell'infante, il suo sviluppo e i suoi modelli di sonno. Insomma, il sonno è influenzato da fattori maturativi e costituzionali intrinseci, così come anche fattori temperamentali, medici. Inoltre, come sopra evidenziato, gli stessi *caregivers* influenzano il processo a partire dall'interazione che loro hanno con il bambino. Segue inoltre le sue fasi di sviluppo cioè quello motorio, cognitivo e di controllo del mondo circostante. Nel modello di Avi Sadeh qui preso in esame risulta chiaro come l'aspetto genitoriale o di *caregiving* svolga un ruolo determinante anche al fine di determinare la presenza di problematiche durante il sonno, influenzate anch'esse da norme culturali, dall'etnia e dallo sfondo socio-economico. Esempi ne sono il *bedsharing* e il *co-sleeping* che, a seconda della cultura, vengono o meno messe in pratica risultando così come naturali in alcune aree del mondo, mentre valutate come un eccessivo coinvolgimento da parte dei *caregivers* in altre.

Promuovere, proteggere e sostenere la salute del feto e della figura materna o di chi si prende cura del neonato agevola una corretta maturazione del sonno. Diversi studi<sup>92</sup> hanno reso noto come un attaccamento ansioso-ambivalente possa essere fattore di rischio per lo sviluppo di problemi legati all'addormentamento e al sonno a causa dell'eccessiva preoccupazione del bambino verso la figura di attaccamento e la ricerca costante del contatto con il *caregiver*. In questo tipo di relazione di attaccamento, poiché le risposte della madre sono imprevedibili e inconsistenti, ella non diviene una base sicura in cui il bambino trova rispecchiamento e comprensione empatica. Infatti, addormentarsi presuppone la verifica della presenza della madre al risveglio e implica dunque fiducia. Questo può rappresentare un ostacolo per il raggiungimento dell'autonomia e della fiducia in loro stessi<sup>93</sup>. Può accadere che anche nella madre le situazioni di separazione vengano

---

<sup>92</sup> Come Mc Namara 2003, Morrell 2003, Zentall 2012.

<sup>93</sup> A. M. Speranza, in M. Ammaniti, *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010, p. 235.

percepite come ansiogene e si sviluppi un'ansia da separazione<sup>94</sup>. È stato studiato come alti livelli di *Maternal Separation Anxiety* (MSA): “sono associati a un'eccessiva sensibilità ai segnali di disagio del bambino, alla vicinanza fisica prima di andare a dormire, e a un maggiore coinvolgimento durante il corso della notte. [...] l'ansia da separazione regola il coinvolgimento notturno con il bambino e, a sua volta, può interferire con lo sviluppo dell'auto-consolazione”<sup>95</sup>.

Come già anticipato in precedenza, vi è un'evoluzione dei ritmi sonno veglia in concomitanza alla crescita del bambino e possono svilupparsi nell'infanzia dei disturbi connessi a problemi ad addormentarsi e risvegli notturni. Per definirsi come disturbi questi devono compromettere il funzionamento del bambino, della famiglia o di entrambi<sup>96</sup>. Per quanto riguarda l'infante, possono avere effetti dannosi “sullo sviluppo cognitivo (apprendimento, funzioni esecutive), sulla regolazione dell'umore (irritabilità, scarsa regolazione affettiva), sullo sviluppo comportamentale (aggressività, iperattività, scarso controllo degli impulsi) e sulla qualità di vita in generale”<sup>97</sup>. In particolare, tra questi si delinea il “disturbo dell'associazione a esordio del sonno/ disturbo dell'addormentamento”. Come spiegato nel già citato manuale di classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia, il gruppo di lavoro *Zero to Three* afferma che nel disturbo dell'addormentamento “il bambino ha bisogno di più di trenta minuti per addormentarsi per la maggior parte delle notti della settimana [...]; i problemi del sonno non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo” e inoltre “i sintomi del disturbo o l'adattamento dei caregiver ai sintomi compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia[...]; il bambino deve avere almeno sei mesi ed i sintomi devono essere presenti da almeno quattro settimane”. La difficoltà ad addormentarsi, insieme ad altri disturbi del sonno quali incubi e risvegli, “sono associati a disturbi comportamentali che includono i disturbi d'ansia, i disturbi del tono dell'umore, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività”<sup>98</sup>.

---

<sup>94</sup> Definita da Hock, *Maternal Separation Anxiety* (MSA): “an unpleasant emotional state that involves feelings of guilt, worry, and sadness that accompany short-term separations from the child” ossia “uno stato emozionale spiacevole che coinvolge sentimenti di colpa, preoccupazione e tristezza che accompagnano brevi separazioni dal bambino”, in A. Sadeh, L. Tikotzky, A. Scher, *Parenting and infant sleep*, *Sleep Medicine Reviews*, 2010, vol. 14, p. 92.

<sup>95</sup> A. Sadeh, L. Tikotzky, A. Scher, *Parenting and infant sleep*, *Sleep Medicine Reviews*, 2010, vol. 14, p. 92.

<sup>96</sup> L. Balluchi, S. Maestro, F. Muratori (Edizione Italiana), *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia. DC: 0-5tm. Zero to three*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2018, p. 116.

<sup>97</sup> Mindell et. all., 2006 in R. Tambelli, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Il mulino, Bologna, 2017, pp. 107-108.

<sup>98</sup> R. Tambelli, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Il mulino, Bologna, 2017, p.115.

### 3.3.2 *Per una cura del sonno: l'addormentamento alla luce delle quattro categorie di Joan Tronto*

In questa ultima parte cercheremo di unire la prospettiva e la teoria di Tronto alla dimensione del sonno e dell'addormentamento degli infanti. Poiché tale fenomeno fisiologico può presentare delle criticità (e di conseguenza dei bisogni) che vanno affrontati affinché l'individuo possa vedere questo suo bisogno pienamente riconosciuto, proveremo a mettere in atto un approccio che utilizzi le fasi di cura della Tronto nell'analisi di queste criticità. L'analisi dell'etica della cura in precedenza trattata ci aiuta a partire da un quesito che può guidare l'esito del presente lavoro: quando un essere umano è protagonista di un'azione di cura presta davvero attenzione a tutti gli elementi della cura? Ciò che risulta interessante, allo scopo di questa tesi, è provare ad evincere se, nel processo di addormentamento di un bambino (essere che dipende e necessita dell'altro per la sua sussistenza) le quattro fasi evidenziate nel lavoro di Joan Tronto e i quattro valori ad essere connesse possono essere riconosciuti, messi in atto, o anche sviluppati. Vediamo allora nel dettaglio l'ipotetica connessione tra addormentamento e fasi e valori morali di Tronto.

- Addormentamento, *caring about* e *attentiveness*: in questa fase, seguendo la classificazione proposta dalla filosofa, si attua un interessamento nei confronti di un bisogno da parte del *caregiver* e una contestuale manifestazione di attenzione dell'altro e del suo bisogno. Calato nel contesto dell'addormentamento, il *caregiver* si rende conto che l'infante ha necessità di addormentarsi attraverso la lettura di una serie di segnali e comportamenti messi in atto dallo stesso di cui ci si può facilmente rendere conto attraverso l'osservazione diretta. Questi segnali possono essere la facilità del pianto, sfregamento di occhi e/o di parti del volto, irritabilità, ricerca e richiesta maggiore di contatto con la figura di riferimento o eccitazione esagerata. Il valore che Tronto associa a questa fase è l'*attentiveness* cioè, per l'appunto, un'attenzione da parte del *caregiver* rispetto alle necessità non sempre verbalmente esplicitate del/la bambino/a.
- Addormentamento, *taking care of* e *responsibility*: nella seconda fase avviene l'assunzione di responsabilità nei confronti del bisogno in precedenza rilevato. Il *caregiver*, infatti, accoglie e pensa a come potrebbe soddisfare tale bisogno. Nella pratica dell'addormentamento questo si traduce nella raccolta e rielaborazione di una serie di osservazioni da parte del *caregiver* sull'ambiente. In particolare rispetto alla

stanza dedicata al sonno che deve avere una serie di caratteristiche: citiamo ad esempio la temperatura corretta (né eccessivamente calda né eccessivamente fredda), il contenere oggetti necessari per il riposo (come l'oggetto transizionale e/o il ciuccio se il bambino ne fa uso), la presenza di eventuale musica o rumori bianchi (o la loro assenza) e un corretto dosaggio della luce anche rispetto al momento in cui avviene l'addormentamento (se in orario diurno è bene che ci sia penombra). Non solo la stanza necessita di attenzioni da parte del *caregiver*: anche l'abbigliamento deve essere consono e permettere all'infante di riposare comodamente e senza pericolo, ci deve essere un'attenzione all'igiene, così come il *caregiver* stesso e il suo stato d'animo devono essere conformi e preparatori al rituale dell'addormentamento (in grado soprattutto di trasmettere calma al/la bambino/a). Sempre seguendo lo schema di Tronto che associa un valore morale ad ogni fase, in questa compare l'elemento della responsabilità (*responsibility*) perché il *caregiver* sta scientemente scegliendo di aver cura del bisogno.

- Addormentamento, *care - giving* e *competence*: nella terza fase si entra nell'azione pratica del *caregiver*, quindi di fatto nel rituale dell'addormentamento. Come già anticipato questo può variare da bambino a bambino nel rispetto dell'unicità dell'essere umano di cui ci si sta prendendo cura. Nel dettaglio l'addormentamento può avvenire con rituali diversi che coinvolgono o meno l'adulto e vari strumenti (si veda 3.2). In questo caso agire con competenza favorisce una buona riuscita dell'azione poiché potrebbe influenzare positivamente sia i tempi di esecuzione sia lo stato d'animo dell'infante. Ecco, quindi, che il valore morale associato da Tronto a questa fase ovvero la competenza, ben si cala anche nel contesto dell'addormentamento. Difatti le problematiche legate all'addormentamento potrebbero originarsi proprio come una conseguenza della mancanza di competenza in tale fase.
- Addormentamento, *care-receiving* e *responsiveness*: nella quarta e ultima fase, quella definita del *care-receiving*, il focus della filosofia si sposta sul feedback che viene dato a chi mette in atto l'azione di cura. Nello specifico del nostro tema, la risposta data è quella del bambino e questa coinvolge non solo la facilità con cui effettivamente si addormenta, ma anche il suo stato emotivo e gli eventuali progressi e acquisizioni di autonomia nel processo stesso. Il valore morale della

*responsiveness* (sensibilità alla risposta) sta quindi nella capacità del *caregiver* di cogliere tutti questi aspetti e farli propri per aiutare sempre più il bambino in questo processo.

Rispetto quindi alle osservazioni effettuate in questa ultima parte dell'elaborato, l'analisi delle corrispondenze possibili tra le categorie della Tronto e il momento nell'addormentamento sembra una buona intuizione perché le fasi (e rispettivi valori morali) bene si accompagnano alla pratica dell'atto stesso. Inoltre, abbiamo rilevato che la corrispondenza tra i due può favorire e facilitare l'accompagnamento al sonno avendo cura di ogni aspetto che lo rende così peculiare e delicato.



## Conclusioni

In questo elaborato si è cercato di rispondere al quesito - ampio e complesso - sul come ci si prende cura dei bisogni nel contesto dell'addormentamento. Lo sguardo d'analisi è stato, quindi, duplice: se da un lato si sono ripercorsi i principali problemi e metodi legati al sonno e all'addormentamento, dall'altro si è posta l'attenzione al concetto di cura sia dal punto di vista teorico-filosofico sia calata nel contesto preso in esame.

Si è partiti, nel primo capitolo, dal significato del termine stesso di cura che ha in sé tanto un'accezione positiva quanto negativa. Il concetto di cura è universale perché come esseri umani siamo sia soggetti che oggetti di cura e questo crea un'interdipendenza inevitabile. Inoltre, per potersi occupare di cura non si può non considerare il riconoscimento di un bisogno: di qui la differenza tra *care* e *caring*, dove *caring* coglie e porta con sé anche l'aspetto psicologico, emotivo e relazionale permettendo così il *flourishing* dell'oggetto di cura. Si è poi passato in rassegna l'evoluzione del concetto di cura da un punto di vista storico (cura di sé negli antichi, *cura proximi* per il cristianesimo e infine *cura alterum* nella cultura moderna e contemporanea).

Nel secondo capitolo si è trattata l'etica della cura, ripercorrendo lo sviluppo delle teorie filosofico-morali ad essa relative. Apripista, in quest'ottica, è stata senza dubbio Carol Gilligan il cui contributo è stato però superato nel corso del tempo: citiamo ad esempio J. Walker, Brian de Vries e Shelley D. Trevethan, che hanno evidenziato come l'orientamento ad una morale di giustizia o ad una morale di cura responsabile non dipenda strettamente dal sesso dell'individuo, come invece prevedeva Gilligan. Nonostante questo generale superamento di visione, a causa di influenze culturali e storiche il rapporto tra femminile e cura resta forte in quanto l'archetipo delle relazioni di cura rimane tuttora la relazione di cura materna. Colei che compie un ulteriore passaggio è Sara Ruddick che parla infatti di *caregiver* (che non deve essere necessariamente la madre) contestando così la corrispondenza presente tra etica e femminile. Infine, Joan Tronto porta il concetto di cura su un piano politico e collettivo definendo la cura non solo come gesto, ma anche come pensiero. Tronto individua quattro fasi della cura e quattro relativi valori morali che la rendono una pratica autentica.

E infine nel terzo e ultimo capitolo, attraverso l'analisi della letteratura disponibile, abbiamo potuto affermare che i metodi dell'addormentamento variano in maniera significativa sia sincronica che diacronica, con accezioni di singolarità che dipendono da fattori anche contingenti come la situazione socioeconomica dei/le caregivers, solo per

citarne uno. Non esiste quindi un'univoca via che tutti gli esperti concordano essere giusta e ripetibile con successo per ogni bambino/a. Ciò che invece è importante e veritiero è che *“one size does not fit all”* e che la personalizzazione di metodi e routine resta un aspetto di prossimale autonomia di scelte genitoriali. Un aspetto rilevato come cardinale è senza dubbio quello della costruzione di una routine, qualsiasi essa sia, che aiuta da un lato l'infante alla familiarizzazione con l'atto dell'addormentarsi, dall'altro contribuisce a creare autonomia nel/la bambino/a. Fondamentale da ricordare, infatti, è che “autonomia non significa abbandono” e che sostenerla non vuol dire lasciare a sé il bambino/a, quanto invece camminare con lui nella soddisfazione dei suoi bisogni e aiutarlo così in un percorso sano di crescita nel quale sviluppare la consapevolezza di essere in grado di agire nel mondo. In conclusione, possiamo affermare che l'associazione tra addormentamento e fasi della cura e valori morali di Joan Tronto trova terreno fertile per coloro che si avvicinano all'addormentamento in quanto atto di cura vero e proprio.

## **Bibliografia**

- Ammaniti M., *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010.
- Anders T. F., Halpern L. F., Hua J., *Sleeping through the night: a developmental perspective*, National Institute of Health, PubMed, vol. 90, num. 4, pp. 554-560.
- Anders T. F., *Infant sleep, nighttime relationships, and attachment*, PubMed, vol. 57, num. 1, 1994, pp.11-21.
- Bacchini D., Bodà G., De Leo G., *Promuovere la responsabilità. Percorsi di cittadinanza attiva*, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Balluchi L., Maestro S., Muratori F. (Edizione Italiana), *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia. DC: 0-5tm. Zero to three*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2018.
- Brazelton T. B., Sparrow J. D., *Il tuo bambino e... il sonno. Una guida autorevole per aiutare vostro figlio a dormire*, Raffaello Cortina Editori, Milano, 2003.
- Catarsi E., Freschi E., *Le attività di cura nel nido d'infanzia*, Edizioni Junior, Bergamo, 2013.
- Da Re A., *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, 2010.
- Engster D., *Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care*, Hypatia, Vol 20, N. 3, 2005, pp. 50-73.
- Fabbro F., *Manuale di neuropsichiatria infantile. Una prospettiva psicoeducativa. Nuova edizione*, Carocci editore, Roma 2022.
- Falcicchio G., Zlotnik P., Bortolotti A., Tortorella M. L., *Il primo sguardo. Prime ore di vita, cure prossimali e affettività*, Fasidiluna, Bari 2014.
- Foucault M., *Storia della sessualità, 3. La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 2007.
- Gilligan C., *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano, 1991.
- Goh S. K. Y., Tham E. K. H., Goh D. Y. T., Teoh O. H., Saw S. M., Yap F. Chong Y.-S., Qiu A., Broekman B. F. P., *Infant night sleep trajectory from age 3-24 months: evidence from the Singapore GUSTO study*, PubMed, vol. 33, 2017, pp. 82-84.

- Groenhout R. E., *Connected lives. Human nature and an ethics of care*, Roman & Littlefield Publishers, USA, 2004.
- Groenhout R. E., *Theological Echoes in an Ethics of Care*, Occasional paper of the Erasmus Institute, Notre Dame, 2003.
- Guidetti V., *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, 2016/2021.
- Guidetti V., *Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, 2016.
- Holmes J., *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.
- Iginò, *Miti*, Adelphi, Milano, 2022.
- Le garzantine, Covini V., *Puericultura*, Garzanti, Milano, 2002.
- Maslow A. H., *A theory of human motivation*, Psychological Review, Vol 50, N. 4, 1943, pp. 370-396.
- Maslow A. H., *Motivation and personality*, 1954.
- Massaro R., *L'etica della cura. Un terreno comune per un'etica pubblica condivisa*, Lateran University Press, Roma, 2015.
- Mindell J. A., Kuhn B., Lewin D. S., Meltzer L. J., Sadeh A., *Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children*, PubMed, vol. 29, num. 10, 2006, pp. 1263-1276.
- Mindell J. A., Leichman E. S., Composto J., Lee C., Bhullar B., Walters R. M., *Development of infant and toddler sleep patterns: real-world data from a mobile application*, PubMed, vol. 25, num. 5, 2016, pp. 508-516.
- Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006.
- Paterick T. E., MD, JD, MBA, Patel N., MD, Tajik A. J., MD, Chandrasekaran K., *Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients*, Baylor University Medical Center Proceedings, vol. 30, num. 1, 2017, pp. 112-113.
- Phillips A., *I no che aiutano a crescere*, Feltrinelli, Milano, 2019.

- Platone, *Alcibiade maggiore*, in Id. *Tutti gli scritti*, G. Reale (ed.), Rusconi, Milano, 1992.
- Platone, *Gorgia*, in Id. *Tutti gli scritti*, G. Reale (ed.), Rusconi, Milano, 1992.
- Rapisardi G., *Alla conquista del sonno. La guida completa sul sonno tra 0-6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*, Uppa edizioni, Roma 2022.
- Reich W. T., *Care. I. History of the notion of Care*, in Jennings B. (ed.), *Bioethics. 4<sup>th</sup> edition*, Macmillan Reference, Farmington Hills, vol. 2, 2014, pp. 476-489.
- Ricoeur P., *Sé come un altro*, Jaka Book, Milano, 2011.
- Ruddick S., *Maternal Thinking*, *Feminist Studies*, vol. 6 num. 2, 1980, pp. 342-367.
- Ruddick S., *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Beacon Press, Boston, 1995.
- Sadeh A., *A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample*, PubMed, vol. 113, num. 6, 2004, pp. 570-577.
- Sadeh A., Tikotzky L., Scher A., *Parenting and infant sleep*, *Sleep Medicine Reviews*, 2010, vol. 14, p. 89-96.
- Sharmahd N., *A occhi chiusi: accompagnare il sonno dei bambini al nido*, in E. Catarsi, E. Freschi, *Le attività di cura nel nido d'infanzia*, Edizioni Junior, Bergamo, 2013.
- Stein E., *Il problema dell'empatia*, Edizioni Studium, Roma, 1985.
- Tambelli R., *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Il mulino, Bologna, 2017.
- Tronto J. C., *Beyond Gender Difference to a Theory of Care*, *Signs*, vol. 12, num.4, 1987, pp. 644-663.
- Tronto J. C., Fisher B., *Toward a Feminist Theory of Caring*, in E. Abel, M. Nelson (eds.), *Circles of Care*, SUNY Press, Albany, 1990, pp. 35-62.

- Tronto J. C., *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, Routledge, Chapman and Hall, New York, 1993; trad. it. di N. Riva, *Confini Morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia, 2006.
- Tusino S., *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, FrancoAngeli, Milano, 2021.
- Walker L. J., De Vries B., Trevethan S. D., *Moral stages and moral orientations in real-life and hypothetical dilemmas*, Child Development, vol. 58, num. 3, 1987, pp. 842–858.

### **Sitografia**

<https://www.treccani.it/vocabolario/cura/>

[https://www.treccani.it/enciclopedia/cronotipo\\_\(altro\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/cronotipo_(altro)/)

## **Ringraziamenti**

*Vorrei riservare questo spazio finale della mia tesi di laurea ai ringraziamenti verso tutti coloro che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione della stessa.*

*In particolare, grazie al mio relatore, il professor Grigenti Fabio, per la sua disponibilità. Grazie al professor Da Re Antonio e al professor Grigoletto Simone, per la pazienza e la gentilezza. Davvero grazie.*

*Grazie alla mia famiglia, a mamma Patrizia e a mie sorelle Anna e Silvia, che non hanno mai smesso di supportarmi, sostenermi e spronarmi in questo lungo ed a volte insidioso percorso.*

*Grazie agli amici e a coloro che hanno sempre creduto nelle mie capacità, senza mai dubitarne, aiutandomi per quanto possibile. In particolare, grazie Elisa, Giulia, Chiara, Linda, Chiara e Filippo.*

*Grazie alle mie compagne di università Lisa, Giada, Viviana, il cui supporto ha dimezzato le fatiche.*

*Infine, grazie alle mie stelline, a papà Franco e a Stefano, che credo, qualche magia abbiano fatto.*