



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata**

**Corso di laurea in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione**

**Tesi di laurea magistrale**

**Etica della cura e maternità**

**Ethics of care and motherhood**

*Relatore*

**Prof. Paolo Gusmeroli**

*Correlatrice*

**Prof.ssa Pamela Pasian**

*Laureanda: Giulia Dall'Angelo*

*Matricola: 2052254*

Anno Accademico 2023/2024



*Con cura e rabbia*

## Sommario

<b>Introduzione.....</b>	<b>5</b>
<b>Capitolo 1: Dal pensiero materno ai diversi modi di vivere la maternità.....</b>	<b>11</b>
1.1 <i>L'etica della cura: cambiamenti nel vivere la maternità .....</i>	16
1.2 <i>Categorie al margine: non maternità e madri pentite .....</i>	21
1.3 <i>L'influenza delle tecnologie sulle maternità contemporanee .....</i>	26
<b>Capitolo 2: La cura oltre la maternità .....</b>	<b>33</b>
2.1 <i>L'emancipazione della disabilità secondo l'etica della cura.....</i>	39
2.2 <i>Mettere al mondo le madri: la figura della doula .....</i>	42
2.3 <i>La mercificazione del lavoro di cura .....</i>	45
<b>Capitolo 3: La cura, una necessità politica .....</b>	<b>52</b>
3.1 <i>Implicazioni delle politiche familiari: cura migrante, occupazione delle donne tra pubblico e privato e fecondità .....</i>	60
3.2 <i>Modelli di paternità a confronto: cambio di leggi, cambio di mentalità?.....</i>	68
<b>Conclusioni.....</b>	<b>80</b>
<b>Ringraziamenti .....</b>	<b>82</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>85</b>
<b>Sitografia.....</b>	<b>89</b>



## Introduzione

---

L'interesse per questa tesi è nato seguendo il corso di Sociologia della famiglia. All'interno di questo corso, tenuto dalla professoressa Pamela Pasian, si è parlato di famiglia e famiglie, di migrazioni e ricongiungimenti familiari, di lavoro di cura e di stereotipi di genere. Tutti temi che mi stavano e mi stanno a cuore e che mi interessava esplorare da un punto di vista sociologico, e non solo psicologico come ero maggiormente abituata a fare vista la mia formazione. Questo lavoro di tesi è, infatti, un lavoro interdisciplinare che comprende psicologia, sociologia e anche filosofia. Ritengo che esplorare temi complessi da più punti di vista porti un arricchimento maggiore.

Questa tesi ha l'obiettivo di esplorare il tema dell'etica della cura applicandolo alla maternità, soprattutto, ma senza dimenticare altre implicazioni quali il lavoro di cura delle donne migranti, la disabilità, le altre figure che sono in relazione con la madre, come per esempio il padre e la doula, le leggi e le politiche che influenzano e vengono influenzate dai vissuti delle persone.

Il percorso che seguirò è un percorso che allarga lo sguardo, capitolo dopo capitolo, guardando questo fenomeno da diversi punti di vista. Credo sia necessario evidenziare le applicazioni in senso micro tanto quanto nel macrosistema poiché non fare ciò sarebbe riduttivo e poco improntato alla realtà.

Non vuole essere una tesi che dà giudizi, ma una tesi che analizza in modo critico la situazione esistente, problematizzando la realtà e cercando, grazie all'etica della cura, un'alternativa possibile. La cura è un tema che dovrebbe riguardare tutti e tutte.

La prima studiosa che tratta il tema dell'etica della cura è Carol Gilligan all'interno del suo saggio *Con voce di donna* (1987). Gilligan, psicologa dello sviluppo, tratta il tema

della cura da un punto di vista morale.

L'obiettivo dell'autrice è quello di evidenziare che maschi e femmine hanno due orientamenti morali diversi. Le ricerche in psicologia dello sviluppo, invece - lei in particolare fa riferimento a Kohlberg, suo maestro - ritengono che le donne abbiano un minore sviluppo morale. In realtà sono due modi diversi: gli uomini rispondono e ragionano seguendo principi quali l'autonomia e l'equità; le donne seguono maggiormente un ragionamento di tipo relazionale e che dà maggior importanza agli affetti (Pulcini, 2008). A partire da questa distinzione la psicologa associa il maschile con l'etica della giustizia e il femminile con l'etica della cura. Gilligan verrà poi criticata per queste affermazioni, che lei stessa cercherà di spiegare meglio. La studiosa non intende in questo senso confinare le donne nell'ambito della cura, ma intende sottolineare che entrambe le visioni, sia la cura sia la giustizia, sono necessarie e fondamentali. Allo stesso tempo però la risposta alle critiche da parte di Gilligan trova poco riscontro in applicazioni pratiche e per questo verrà criticata duramente anche da Tronto, di cui si parlerà più avanti.

Nel primo capitolo si discuterà il tema della maternità legato all'etica della cura partendo, nella prima parte del capitolo, dalla riflessione di due filosofe femministe.

Nel Noddings e Sara Ruddick, i cui saggi più famosi sono *Caring* (1984) e *Il Pensiero materno* (1989), sono due filosofe che appartengono alla "prima generazione" delle studiose dell'etica della cura. Sono state scelte perché, pur con i limiti di cui si parlerà nel corso del capitolo e pur essendo le loro visioni parziali e incomplete sul tema della cura, sono tra le prime che hanno affrontato il tema dell'etica della cura applicato alla maternità. Secondo Noddings la cura è dedizione per l'altro e un fatto naturale per le donne. Questa visione appare, oggi, limitata e stereotipante. Tuttavia, il pensiero di questa studiosa è riportato per far capire il punto di partenza della riflessione su cura e maternità, ma anche

per sottolinearne i limiti che, con le visioni successive, si prova a superare.

Con Ruddick avviene una prima apertura, vi è uno sguardo che si amplia dal momento che, secondo questa filosofa, la cura nella maternità è una pratica e una riflessione che riguarda sia le donne sia gli uomini e che non riguarda le madri “da sempre”, è invece una costruzione storicamente situata.

Nei restanti paragrafi verranno prese in considerazione le implicazioni derivanti dal pensiero delle due studiose e come il confronto con la riflessione sull’etica della cura influenzi e cambi il modo di vivere e pensare la maternità. Si considereranno temi meno esplorati in relazione all’etica della cura, considerando l’esperienza e la scelta di non diventare madri, il pentimento materno e la genitorialità che nasce dall’accesso alla procreazione medicalmente assistita.

Nel secondo capitolo si allargherà ulteriormente lo sguardo. E’ stato già detto quanto la maternità sia un fatto culturale e che quindi non può e non deve riguardare unicamente la sfera privata. È anche la sfera pubblica a influenzare come si pensa e vive la maternità.

Perché si facciano figli, si prenda in considerazione l’idea di diventare genitori bisogna anche prendere in considerazione l’idea di chi si occuperà di questi figli prima che essi possano essere autonomi e indipendenti. Il pensiero della filosofa in questo capitolo riguarda proprio questo. Il tema della dipendenza e dell’autonomia.

Eva Kittay, filosofa americana, parte da una premessa - contenuta nel suo saggio *La cura dell’amore* (2010) - e da un concetto molto importante: siamo tutti figli. Con questa espressione l’autrice intende dire che tutti e tutte siamo nati da una madre e tutti e tutte, almeno una volta nella vita, siamo stati in una posizione di dipendenza in cui qualcun altro, probabilmente nostra madre, si è preso cura di noi.

La filosofa è madre di due figli, uno dei quali, Sesha, che è affetta da una gravissima disabilità. E’ proprio dalla sua esperienza personale che inizia la sua riflessione sul tema



dell'autonomia e della dipendenza. Kittay muove una critica molto forte alla teoria della giustizia di Rawls. Ciò che l'autrice si chiede è: se la teoria si riferisce al funzionamento della nostra società e reputa quest'ultima come formata da uomini sani, autonomi e indipendenti, chi si occupa di chi non lo è, dei bambini, degli anziani e dei disabili? La risposta che l'autrice dà è che sono le donne ad occuparsi di queste categorie di persone. Secondo lei una teoria della giustizia che non prenda in considerazione tutte le categorie di persone non è una teoria della giustizia valida. L'esclusione riguarda sia le donne che, in quanto persone che si prendono cura sono escluse dalla sfera pubblica, sia le persone vulnerabili. L'esclusione per le donne aumenta se sono migranti e non bianche: per questo è importante anche interpretare il concetto di cura in un'ottica globale: così facendo si presta attenzione a *tutte* le donne e non si permette che le conquiste di *alcune* avvengano grazie allo sfruttamento di altre donne.

Il non dare importanza alla cura e al bisogno di assistenza dà origine a un meccanismo vizioso: chi si prende cura delle persone che si trovano in maggiore difficoltà conta di meno rispetto ad altre persone e, in questo modo, la cura permane una pratica svalutata socialmente (ed economicamente).

Inoltre per la filosofia bisogna comprendere come il concetto di dipendenza faccia parte delle nostre vite e della nostra società: solo così avremo la possibilità di vivere in un mondo giusto e che fornisce la dovuta assistenza (Kittay, 2010). È necessario, perché ci sia un cambio culturale, che la cura venga considerata come un valore aggiunto di opportunità e non come un fardello che appesantisce.

Nel terzo capitolo si guarderà il tema della maternità e della cura dal punto di vista delle politiche.

Joan Tronto, autrice del libro *Confini morali* (2006), ritiene fondamentale unire l'etica della cura all'etica della giustizia in un senso di complementarità tra questi due aspetti.

L'una senza l'altra, infatti, è incompleta. Il percorso del capitolo parte dagli aspetti più teorici: che cosa significa *cura* secondo Tronto, come mai è da sempre posta ai margini della società e da chi viene posta ai margini, quali sono le sue caratteristiche. Tronto delinea i confini che hanno relegato la cura a una questione privata, confini delineati da individui privilegiati che si servono, pur senza ammetterlo, del lavoro di cura di chi sta, silenziosamente, alla base della società e accettando, senza alternative, la dimensione predominante. Le persone che si servono della cura senza però ridarla indietro considerano anche chi riceve la cura, persone disabili o anziani ad esempio, come individui verso cui provare pietà e compassione e come individui non degni di prendere parte attivamente alla sfera pubblica.

Come ho detto all'inizio dell'introduzione, l'obiettivo di questo lavoro è allargare lo sguardo fino a guardare il macrosistema. Per questo motivo, nel terzo capitolo trovano spazio anche riflessioni che riguardano le politiche familiari e le azioni che lo Stato ha intrapreso e può intraprendere per modificare la situazione attuale, considerando anche aspetti quali l'occupazione lavorativa delle donne, la fecondità e le trasformazioni della figura paterna.

La tesi si apre discutendo la maternità e termina, chiudendo il cerchio, parlando di paternità. L'uomo, il padre ha un ruolo molto importante in questo senso. Può rendersi conto del suo privilegio, farsi carico dei bisogni e delle esigenze della madre, ma, in senso più ampio, delle donne e approfondire, facendo suo, il tema della parità, anche senza essere coinvolto direttamente. Può usare il suo privilegio come megafono, perché le donne vengano ascoltate, oltre a compiere un lavoro su di sé per ciò che riguarda la mascolinità tossica e la messa in discussione dei suoi atteggiamenti patriarcali. Un uomo come padre può lavorare nel mettersi maggiormente in gioco ed essere più coinvolto, soprattutto a livello emotivo e di contatto fisico, con i propri figli, senza pensare che

questo lo renda meno uomo e meno virile.

Le leggi sulla parità sono fatte per tutti e per tutte, ma volute principalmente dalle donne.

Credo sia importante che anche gli uomini si interessino a questi temi.

## Capitolo 1: Dal pensiero materno ai diversi modi di vivere la maternità

---

Nel Noddings e Sara Ruddick sono due autrici che fanno parte del filone dell'etica della cura e che si inseriscono in questa riflessione dopo Carol Gilligan. Queste due autrici sono state scelte perché sono state le prime, dopo Gilligan, di cui ho già anticipato il pensiero nell'introduzione, a trattare l'etica della cura. Fanno parte della "prima generazione" di studiose del tema. Il loro merito riguarda l'aver aperto una riflessione sui concetti di cura, dedizione e maternità, pur con i limiti del caso.

È importante mettere in rilievo il pensiero di Noddings e Ruddick perché, pur appartenendo entrambe al filone dell'etica della cura, interpretano questo pensiero in modi diversi. Secondo Noddings la cura è una propensione che fa parte delle donne e crede che la maternità sia parte della loro identità; Ruddick, invece, sottolinea il fatto che ci siano anche aspetti sociali e legati a una responsabilità e a un'etica pubblica e si riferisce sì, alla maternità, ma più in generale alla genitorialità e a come ogni donna viva quest'esperienza in un modo diverso. Queste due interpretazioni contrapposte si possono altresì mettere in successione lungo una linea evolutiva che questo pensiero assume. Da una predisposizione e un'obbligatorietà si passa a una consapevolezza e a una scelta oltre che a un'apertura dal privato al pubblico. In questo modo si aggiungono voci e interpretazioni differenti e si legittimano, o si dovrebbero legittimare, i vissuti delle donne.

Nel Noddings è la prima autrice a elaborare una proposta morale basata sulla cura nel suo libro che si intitola *Caring* (1984). Secondo la studiosa la cura è un'esperienza universale che comporta attenzione verso l'altro e che richiede un totale coinvolgimento e

assorbimento per chi presta la cura (Tusino, 2021). La filosofa ha una visione essenzialista, fa riferimento a un “naturalismo femminile” del prendersi cura (Brugere, 2023) per cui la cura sarebbe un aspetto predominante per l’identità delle donne, relegandole in questo modo in un ruolo tradizionale. Un atteggiamento di cura è essenziale per la vita umana e sarebbe presente quindi un impulso naturale ai comportamenti di cura e, inoltre, la persona *one-caring*, ovvero chi presta cura, si troverebbe completamente assorbita dalle richieste di cura, ma allo stesso tempo gratificata. La relazione di cura, secondo la filosofa, è una relazione asimmetrica, ma anche chi riceve la cura, la persona *cared-for*, ha un ruolo: perché si parli di cura è necessaria una reciprocità e chi riceve la cura deve percepirla come tale (Tusino, 2021). Questo modo di vivere la cura è contestuale e soggettivo, legato alle caratteristiche specifiche della persona a cui è rivolta. Questo implica, e la stessa Noddings lo conferma, che è impossibile avere cura di chiunque. Inoltre, la studiosa, nota gli aspetti positivi di una cura femminile che si troverebbe in contrasto con una morale di tipo maschile e impersonale. Secondo lei la propensione alla cura è modellata sulla relazione madre-bambino in cui la madre vive un’esperienza che è il punto di partenza di una cooperazione basata sulla cura (Brugere, 2023).

La proposta teorica dell’autrice ha sicuramente delle implicazioni positive, tra queste il fatto che da qui in poi si apra la strada per una riflessione sempre più approfondita sull’etica della cura, ma ha anche delle questioni problematiche da segnalare.

Innanzitutto non è presente una base morale della cura e quindi non è presente una forma di normatività. Questo rischia di far diventare la cura un comportamento patologico e chi presta la cura uno schiavo della cura stessa. E’ importante infatti non idealizzare la relazione di cura e tutelare colui che offre le cure e anche chi le riceve (Tusino, 2021).

Una seconda questione problematica riguarda il legame tra cura e femminile. L’autrice

cerca di non mettere in relazione questi due elementi, ma allo stesso tempo definisce la sua teoria come un approccio femminile all'etica e sottolinea la "naturalità" per le donne di prendersi cura. Inoltre, l'autrice tende a idealizzare la cura e promuovere stereotipi sul sacrificio femminile e sulla maternità dove vengono richiesti degli atteggiamenti di cura senza volere nulla in cambio, facendosi totalmente assorbire da questo ruolo (Tusino, 2021). Questo implicherebbe che le donne sono per natura portatrici di queste capacità di cura. In questo modo la donna diventa nuovamente costretta in un ruolo determinato e non deciso consapevolmente e la cura, anziché avere un ruolo di liberazione, assume un carattere di costrizione (Brugere, 2023).

Il ruolo di cura assegnato alle donne è dovuto a un'influenza e a delle costruzioni di tipo culturale e, come vedremo più avanti, molte donne non pensano che sia una questione così naturale, come invece Noddings sostiene. È importante, perché si cambi il modo di considerare la maternità e le donne e perché si possano superare stereotipi di genere, rendersi conto di ciò che è culturale e di come questo influenzi le singole individualità.

La prima studiosa che è stata citata considera la donna molto legata alla cura in quanto donna, la seconda, invece, valorizza la storia delle donne, ma non considera unicamente loro come portatrici di cura.

Sara Ruddick è una filosofa che non appartiene primariamente al filone di studio dell'etica della cura, ma con il suo libro *Il pensiero materno* (1989) dà sicuramente il suo contributo. In questo libro Ruddick parla del ruolo materno come di un ruolo che ha delle sue peculiarità e da cui deriva una specifica modalità di pensiero che è contestuale alla situazione che la madre si trova ad affrontare, di volta in volta, con il suo bambino (Ruddick, 1989 citato in Tusino, 2021).

La filosofa distingue l'atto generativo della gravidanza e del parto dal prendersi cura e fornire cure durante lo sviluppo del bambino: per lei ciò che conta è che vengano

soddisfatti i bisogni di protezione, crescita e approvazione sociale. Il primo bisogno riguarda la protezione del benessere e della vita del bambino; Ruddick sottolinea come questo comportamento non sia privo di difficoltà e di ambivalenze per quello che la madre prova, ma ciò che conta è che ci sia impegno in questa attività. Ci si potrebbe chiedere se l'impegno richiesto alla madre riguardi la protezione del bambino o la protezione della realtà in modo che non cambi. Il secondo bisogno riguarda la crescita: la madre cerca di creare un contesto che favorisca la crescita e lo sviluppo del bambino. Questo la mette in una posizione di apertura mentale e di continuo scambio rispetto a ciò che erano le sue intenzioni: mette in atto determinati comportamenti che possono modificarsi in base al comportamento del bambino che si cerca di lasciare libero di agire e esprimersi. Il terzo bisogno riguarda l'educazione e la conseguente approvazione sociale del bambino, ed è un bisogno che mette in discussione maggiormente la madre che tenderà a confrontarsi con le pressioni sociali, piuttosto che il bambino. E' con questo bisogno che la madre sperimenta l'ambivalenza del suo potere: è potente e impotente allo stesso tempo; potente poiché il bambino è in una situazione di dipendenza rispetto a lei, ma impotente perché subisce le pressioni esterne e anche le volontà del bambino stesso (Tusino, 2021).

L'autrice quindi ritiene che la madre non per forza deve essere una donna e che la madre non è obbligatoriamente la persona che ha generato il figlio (Ruddick, 1989 in Tusino, 2021). Questo quindi apre la possibilità al fatto che anche i padri possano mettere in pratica cure e possano sperimentare il pensiero materno nei confronti dei figli. Ruddick ritiene importante mantenere l'aggettivo materno per sottolineare, comunque, l'importanza che le donne hanno sempre avuto nella gestione dei figli, ma sottolinea come non ci sia una connessione e una predisposizione naturale tra cura e genere femminile (Tusino, 2021). Il considerare anche i padri all'interno di questo discorso è un fatto molto importante, come vedremo poi nei successivi capitoli.

Questa autrice si differenzia dalla precedente poiché riconosce l'importanza e l'influenza della cultura nelle pratiche di cura materne e sottolinea, infatti, come la maternità sia una categoria sociale più che biologica e naturale: una madre deve pensare per poi agire e comportarsi al meglio possibile per il suo bambino in ogni situazione in cui si ritrova. Una madre non sa a priori come fare poiché queste riflessioni non sono dettate semplicemente dall'amore e non le vengono naturalmente.

Per il fatto che il pensiero materno cambia da situazione a situazione si può anche dire che l'esperienza della maternità cambia da persona a persona e che il pensiero materno aiuti a vivere in modo più adeguato gli aspetti più difficili della maternità. Si può considerare il pensiero materno come una risorsa condivisibile (Bombaci, 2014). Questo implica che non esiste un modo di vivere l'esperienza della maternità più corretto di altri e che un modo non esclude l'altro. Se ciò si ritiene vero questo modifica e amplia le possibilità di essere madre e può favorire la possibilità che più donne decidano di diventare madri. Questo può avvenire poiché, se invece si considerasse solo un modo giusto per essere madri, molte donne non si sentirebbero pronte e all'altezza del compito e questo le scoraggerebbe dal mettere al mondo un figlio. È già stato sottolineato come l'esperienza materna sia influenzata dalla cultura di appartenenza e dalla società per cui credo sia importante che Ruddick (Bombaci, 2014) ponga l'attenzione su questo aspetto poiché questo è un primo passo che può portare a delle successive riflessioni e cambiamenti.

Ruddick opera un altro passo in avanti: evidenzia l'importanza della cura oltre la sfera privata: nei contesti sociali, per le questioni che riguardano l'ambiente e la pace. In questo modo dà la possibilità alla maternità e all'etica della cura di uscire dall'ambiente privato e di entrare nella riflessione della sfera pubblica in quanto le relazioni sono pubbliche e private insieme. Sarebbero quindi le madri che, da protagoniste, possono evidenziare gli



aspetti che non funzionano denunciando i caratteri insiti nell'istituzione materna e che appartengono a una cultura di tipo patriarcale. Il pensiero materno all'interno della sfera pubblica darebbe maggior potere alle donne e alle madri che avrebbero la possibilità di cambiare il modo di pensare la maternità rendendola più idonea ai loro bisogni e incorporando più voci possibili (Tusino, 2021).

Uno dei tre bisogni che definiscono la pratica materna, secondo Ruddick, è la protezione dei figli in quanto loro sono esseri vulnerabili. È proprio questo il cuore della riflessione dell'etica della cura: occuparsi delle persone più fragili per una loro maggiore qualità della vita, considerando la possibilità di essere fragili e aver bisogno di aiuto.

Secondo il paradigma dell'etica della cura la soggettività umana è di tipo relazionale. Al centro vengono messi i bisogni e la volontà di assumersi le responsabilità per gli altri, mettendo in relazione chi dà e chi riceve cura e non vedendo la cura solo in un senso unidirezionale.

In questa prima parte del capitolo si è parlato della teoria che riguarda l'etica della cura legata a due studiose e al loro pensiero, nelle restanti parti invece ci si concentrerà sulle implicazioni che questa teoria ha nel contesto contemporaneo e su come l'etica della cura si concretizzi.

### **1.1 L'etica della cura: cambiamenti nel vivere la maternità**

La maternità è un processo in divenire e ogni donna diventa madre in un momento e in un tempo che funziona per lei. Una donna può sentirsi madre guardando un test di gravidanza positivo, può sentirsi madre quando dà alla luce suo figlio o sua figlia, può sentirsi madre dopo la nascita del figlio o della figlia, può sentirsi madre riconoscendo dentro di sé il desiderio di diventare madre. Ci sono diverse alternative, tutte devono essere ammesse e concesse. Si diventa madre in modi diversi, si vive la maternità in modi

diversi e accettare ciò, soprattutto a livello di società, è il primo passo perché le cose possano cambiare. In questo paragrafo ci si focalizzerà su come nel tempo è cambiato il modo di vivere la maternità, ciò che questo ha implicato, e le diverse tipologie di madri che esistono.

Dare voce alle storie che le donne e le madri vivono in prima persona è il primo passo per mettere al centro la persona e i suoi bisogni, in un atto di cura e reciprocità.

È importante parlare di maternità anche dal momento che, in questo momento storico, si è di fronte a un declino demografico. Oggi in Italia il 20% delle donne conclude la sua vita senza avere avuto figli. Se consideriamo le donne che hanno avuto un solo figlio arriviamo al 50% delle donne (De Sanctis, Fariello e Strazzeri, 2020). È necessario interrogarsi su questo tema e cercare cause e possibili soluzioni se si vuole evitare un continuo declino demografico che avanza dal 2008 e non ha intenzione di fermarsi. Questa crisi demografica è un fenomeno da guardare nella sua complessità e interezza: ci sono elementi negativi che riguardano i servizi legati al Welfare, ma ci sono anche elementi positivi legati per esempio alle risorse ambientali che diminuiscono sempre di più. Non per forza, quindi, bisogna vedere questo fenomeno come negativo. Anzi, cambiando prospettiva può essere considerato un ulteriore motivo di “liberazione” per le donne che non vogliono diventare madri. Vivere la maternità in maniera diversa significa anche considerare la non maternità come una scelta valida e da rispettare.

Un altro dato da considerare è il fatto che le donne diventano madri sempre più in là con l'età per cui diventa difficile avere più di un figlio. Per alcune donne l'idea della maternità è un vincolo troppo stretto per un futuro che si prospetta incerto (De Sanctis, Fariello e Strazzeri, 2020). Inoltre, con l'aumento dell'età per l'arrivo del primo figlio vi è una considerazione da fare tra età fisiologicamente giusta a età socialmente adeguata: le donne che diventano madri più tardi sono più mature delle madri giovani, hanno una

disponibilità relazionale diversa nei confronti dei figli (Saraceno, 1997).

Si può dire che nel tempo si è passati dal lavoro di riproduzione biologica al lavoro di riproduzione sociale, affettiva e relazionale (Saraceno, 1997). Ci si aspetta dalla madre attenzioni diverse e maggiori verso i figli. Le madri sono molto più coinvolte ed è richiesta loro una disponibilità e una presenza più elevate che riguardano, sempre di più, aspetti relazionali e sociali, rispetto a un tempo in cui ci si concentrava su attenzioni biologiche. Il dovere pesa molto di più sulle spalle delle madri, dal momento che la maternità è considerata una scelta. Dagli anni '70, con l'avvento dei contraccettivi, si è operata una distinzione tra rapporto sessuale e riproduzione e la maternità ha implicato una decisione - più o meno consapevole - contrapponendosi a una visione precedente che invece la considerava un evento naturale per tutte le donne (De Sanctis, Fariello e Strazzeri, 2020). Analizzando meglio questa affermazione, si può dire che con gli anni '70 sia avvenuto un radicale cambio di pensiero sull'esperienza materna, ma è importante fare due considerazioni: la prima è che le donne hanno sempre cercato, spesso in modi molto pericolosi, di limitare il numero di figli perché questo voleva dire limitare le difficoltà economiche e limitare rischi per la vita delle donne (Rosci, 2013). La seconda considerazione riguarda il fatto che ancora oggi non possiamo parlare pienamente di libera scelta soprattutto se si continua a ritenere che tutte le donne vogliono essere madri e perciò questa è una decisione presa liberamente. La sociologa Orna Donath nel suo libro *Pentirsi di essere madri* (2017) raccoglie molte testimonianze di donne che affermano di non aver mai pensato se volevano o meno avere dei figli. Alcune dicono di aver preso questa decisione perché altre lo facevano, perché sembrava la cosa giusta da fare, perché il loro partner voleva, per alcune era difficile dire i motivi per cui avevano desiderato avere dei figli in una logica di determinismo biologico senza consapevolezza né conoscenza. Per alcune donne giovani diventare madri significa togliersi da una

situazione sociale svantaggiata, da una famiglia non accogliente, diventare adulta ed entrare a far parte, ed essere accettate, dalla comunità dal momento che si fa ciò che è giusto fare. Per alcune la maternità è quindi un mezzo per migliorare la propria condizione sociale.

Oltre alla riflessione sul voler diventare o no madre c'è anche la riflessione su come essere madre poiché la società, che chiede alle donne di essere madri, dopo aver ottenuto questo risultato non si accontenta e ritiene che ci sia un solo modo corretto per crescere i figli. Questa narrazione non è adeguata e non è nell'interesse delle madri e dei figli. Fa l'interesse solo di una società che vuole mantenere il suo potere e le sue norme sui corpi delle donne. Accettare che esistano più modi di vivere l'esperienza della maternità fa sì che più donne si sentano adeguate come madri, che più donne vogliano essere madri.

E' già stato evidenziato come la maternità riguardi la cultura e la società in cui si è inseriti e che quindi non esiste un istinto materno presente nelle donne. Le donne non nascono capaci e destinate a prendersi cura, ma vi è una rigida divisione dei ruoli di genere che porta avanti questo pensiero e che influenza i comportamenti delle persone. Lo stereotipo della "buona madre" non ha un riscontro con la realtà e se ce l'ha è un'imposizione culturale che limita le esperienze delle donne, non una necessità innata. La buona madre deve essere votata al sacrificio e alla cura e si deve occupare solo dei figli. Questo ruolo diventa per lei totalizzante, ma, secondo le aspettative della società, questo non le pesa in alcun modo poiché lei è nata per questo (Rosci, 2013). Le norme sociali possono essere soffocanti e influenzare i vissuti di una donna rispetto all'esperienza della maternità e anche rispetto alla scelta di non diventare madri. E' fondamentale che le donne abbiano il coraggio di vivere questa scelta in totale libertà, ma, ancora più importante, è che la società non imponga il giusto modo, influenzando così le donne e le madri.

Nella realtà il racconto delle madri è molto più complesso e ambivalente di così. Ci sono

madri che si pentono di essere diventate madri, ci sono madri lavoratrici e madri sole che vengono additate come egoiste, ci sono madri casalinghe e madri che hanno molti figli che vengono ugualmente giudicate. Se una donna decide di essere madre viene vista in un'ottica positiva, se invece sceglie di non aver figli viene considerata negativamente (Rosci, 2013). Vi è l'adozione di un pensiero lineare a discapito della complessità dell'esperienza materna. Vi è una normalizzazione della solitudine che una madre si ritrova a provare dopo la nascita di un figlio; vi è la normalizzazione delle difficoltà e per le donne, nella società della performance in cui vivono, risulta difficile chiedere aiuto e ammettere che non ce la fanno (Rosci, 2013).

Non si dà voce ai vissuti ambivalenti che caratterizzano questo evento che, pur essendo un evento spesso cercato e voluto, è un evento che destabilizza gli equilibri della donna, della coppia e che è irreversibile. Le madri non sono chiamate a rispettare il modello della buona madre solo per ciò che fanno, ma anche per ciò che provano: per i vissuti emotivi che gli è lecito provare e nei tempi in cui gli è concesso. Queste modalità sono spesso interiorizzate dalle madri che le vedono come naturali e per questo è più difficile combattere queste dinamiche (Donath, 2017).

L'etica della cura dà la possibilità di considerare come validi tutti i vissuti e le esperienze di maternità, liberando le donne dal peso del giudizio. Nella concezione della cura si dà ascolto a qualsiasi necessità o desiderio e nessuno viene messo in secondo piano o non validato. Si dà spazio alla complessità di questa esperienza che è l'unico modo per poter capire appieno e per poter agire in un'ottica di cambiamento che coinvolga più parti possibili, come succede nei Paesi del Nord Europa. Come afferma Mitchell (1976) nel testo *Sociologia della maternità* "la socializzazione dei figli equivale alla liberazione della donna" (De Sanctis, 2020, p.93) per cui è importante la presenza di diverse agenzie educative e servizi di Welfare che se ne occupino. È necessario un ripensamento e una

riflessione rispetto alla responsabilità della maternità, che dovrebbe coinvolgere non solo le madri, dal momento che tutti e tutte ne potrebbero avere un ritorno positivo in termini di capacità di prendersi cura dell'altro. Un coinvolgimento maggiore e su più fronti è l'unica soluzione perché le donne prendano in considerazione l'esperienza.

## **1.2 Categorie al margine: non maternità e madri pentite**

I cambiamenti nel vivere la maternità ammettono anche la scelta di non avere figli e l'associare sensazioni e vissuti negativi rispetto alla maternità, come ad esempio il pentimento. In questo paragrafo dunque si descriveranno in modo approfondito entrambe le categorie, sia le donne che scelgono di non essere madri, sia le madri che nel tempo si sono pentite di esserlo diventate.

In una società in cui si tende a concepire la maternità in senso naturale e istintivo e solo con una connotazione positiva, diventa difficile dare ascolto a donne che non sono madri o a donne che si sono pentite di essere madri. Eppure ci sono e le loro storie raccontano vissuti molto diversi tra di loro. Non vi è un modello comune e una donna uguale a un'altra. Sono persone che meritano di essere ascoltate anche, o forse proprio perché, la loro scelta va contro a ciò che la società si aspetterebbe.

L'etica della cura, in questo senso, dà la possibilità di validare tutte le storie di donne che non sono madri nella libertà della loro scelta. Rimettendo la persona al centro si dà valore alla storia di ognuna. Considerare importante il concetto di "etica della cura" significa ammettere come valide, senza giudizio, tutti i vissuti di maternità, quindi anche quelli di non maternità. L'etica della cura passa dall'essere una prigione per le donne, considerando come accettabile solo l'aspetto di dedizione e cura come dato naturale, all'essere una liberalizzazione e accoglienza di ogni esperienza.

Il pentimento è un sentimento che nel senso comune si fa fatica ad associare alla

maternità. Lo si associa alle interruzioni di gravidanza che, come la maternità, sono valide solo se vissute in un determinato modo (Donath, 2017).

Sulla scelta di non avere figli ci sono donne dai vissuti diversi: per alcune donne la maternità è sempre stata indifferente, non hanno mai desiderato di diventare madri. Per altre donne il modo di vivere questa tematica è ricco di incertezze e ambivalenze; sono donne che dicono “non adesso”, donne che ci pensano, ma che non prendono una decisione. Ci sono donne che vorrebbero dei figli, ma hanno aspettato troppo tempo e non sono riuscite ad averne. Ci sono poi donne tendenzialmente impulsive che hanno un figlio con un uomo con cui stanno da relativamente poco tempo e donne tendenzialmente razionali che non credono che il loro partner possa essere il padre ideale e questo le porta a posticipare la decisione. Il non avere figli può essere una scelta consapevole o può essere una scelta che capita (Rosci, 2013).

A proposito di donne che scelgono di non avere figli è importante citare l'associazione culturale Lunàdigas che vuole dar voce alle donne che non hanno avuto figli e che si sentono comunque complete. Lunàdigas è una parola sarda che indica le pecore che non hanno figli. Questo nome è stato preso dal titolo di una scultura di un'artista sarda che voleva rappresentare le donne che non hanno figli con l'immagine di un seno rinchiuso dentro ad una gabbia. Nicoletta Nesler e Marilisa Piga sono le autrici di questo progetto che ha raccolto diverse testimonianze in tutta Italia, dalle quali è stato tratto anche un film. Dalla visione di questo film ne esce un quadro sicuramente complesso e arricchente: mette in luce la pluralità delle esperienze, e dei significati, che si possono associare alla “scelta” di non procreare. Alcune donne ammettono di non essersi mai chieste come mai non hanno voluto figli o di non essersi sentite di poter rispondere liberamente a questa domanda prima dell'incontro con Lunàdigas. Alcune donne dicono di vedere i figli e la maternità come una schiavitù, come qualcosa che toglie la libertà e che dà molta

solitudine. Altre sentono di doversi giustificare se non hanno avuto dei figli e sentono il dovere di essere produttive per la società. Vengono poi riportate le testimonianze di donne che hanno accudito fratelli con disabilità o madri fragili e quindi sentono di aver già fatto, in qualche modo, da madre. Alcune donne raccontano di come, dalla situazione familiare in cui sono cresciute, abbiano capito che la maternità, se vissuta come un obbligo, poteva avere conseguenze negative; del senso di colpa che un figlio può provare se è nato da una madre che non lo voleva. Ci sono poi donne che raccontano che secondo loro le donne sono fatte per far nascere i bambini e che se non lo fanno sono incomplete, ma, al tempo stesso, ognuna deve sentirsi libera di compiere la propria scelta senza paura dei giudizi. Altre sottolineano come si è legati ancora a determinati schemi che richiedono alla donna di essere madre quando in realtà la scelta dovrebbe essere personale e autonoma e non essere compiuta perché qualcuno se lo aspetta. C'è anche uno scambio tra una donna che ha scelto di avere un figlio e una donna che ha scelto di non averne: entrambe sono due donne libere che vivono e vengono viste diversamente, ma per entrambe è presente una decisione ed è questo ciò che è davvero importante. Questa scelta dovrebbe essere rispettata e accettare che si può essere madri in modi diversi e che si può anche non essere madri, ma sentirsi comunque donne complete.

Si può interpretare questa scelta anche alla luce dell'etica della cura: la realtà delle Lunadigas è una realtà di rete di sostegno e di relazione tra chi dà e chi presta cura in un senso ampio. L'etica della cura non riguarda solo la maternità in un senso canonico, riguarda il prendersi cura degli altri in modo reciproco. Secondo questo filone di pensiero vi possono essere relazioni di cura anche tra donne non imparentate tra loro e che sono in salute. L'etica della cura crea degli spazi di confronto in cui il bisogno della persona è posto al centro.

Un'altra categoria al margine riguarda le madri pentite, già citate e di cui ora si parlerà in



modo più approfondito. Molte di queste testimonianze sono state raccolte e raccontate dalla sociologa Orna Donath nel suo libro *Pentirsi di essere madri* (2017). Nelle società pro-nataliste il pentimento materno non viene considerato accettabile e le donne che vivono questa esperienza restano inascoltate e non viste. Il pentimento è ammesso solo se si ha un figlio problematico o se non si riesce ad avere un figlio. Il vissuto di queste donne invece racconta una storia diversa: l'oggetto del pentimento non sono i loro figli, ma l'essere diventate madri. Il momento della presa di coscienza di questo sentimento cambia di donna in donna; alcune donne, anche se pentite di essere madri, fanno un altro figlio nella speranza che questo evento possa sistemare le cose. Questo avviene perché non sanno cosa fare, non sanno parlare di quello che provano e si sentono sbagliate nel provare questo sentimento e cercano di rimediare in ogni modo. Come dice Catharine MacKinnon "le donne sono private del lessico per analizzare questa situazione" (Donath, 2017, p.96). Queste donne, al tempo stesso, si sentono obbligate ad essere responsabili perché ormai madri.

Le donne pentite vivono una doppia responsabilità come madri: sono responsabili del benessere dei figli avuti e si sentono responsabili perché sono state loro a volere un figlio. E' come se vivessero un'esperienza divisa in due; questo avviene in modo ancora più forte quando una delle motivazioni per cui le madri si prendono cura è proprio il rimpianto di questa scelta. Spesso capita che le madri sentano sempre il pensiero e il peso della maternità, anche quando non si stanno occupando dei figli: questo è un vincolo dovuto al modello di maternità diffuso nelle nostre società che non viene considerato (Donath, 2017).

Ci sono poi donne pentite di essere madri che non vivono con i figli. Questo è un ulteriore motivo di critica per non avere un comportamento da "buona madre", anche se questo rappresentava il meglio per il proprio figlio in quel momento (Donath, 2017).

Come è già stato detto ci sono madri pentite che hanno più di un figlio. Questa scelta può essere fatta per arginare il danno oppure perché le madri si pentono dopo aver fatto più di un figlio, al secondo o al terzo figlio ad esempio. Vi sono madri che hanno altri figli a causa delle pressioni familiari per cui, anche se non lo desiderano più, si ritrovano ad averne altri. Per alcune madri conta molto l'esperienza: c'è una differenza tra quanti figli si vogliono prima di diventare madri e dopo aver avuto il primo figlio poiché ci si rende conto delle difficoltà (Donath, 2017). L'etica della cura, in questo senso, aiuta cercando di liberare le madri dal peso del giudizio. Sperimentare un sentimento di pentimento non deve togliere valore all'esperienza della maternità e alla donna che la sperimenta; o meglio dovrebbe far riflettere sulle pressioni della società e su come queste influenzino il vissuto materno. E' importante accogliere ogni vissuto anche per potersi rendere conto delle difficoltà effettive e di come si potrebbe formulare una soluzione.

Alcune testimonianze raccolte nel libro di Donath sottolineano quanto sia difficile per una donna parlare di questa tematica, quanto non ci si senta ascoltate all'interno della cerchia intima. Alcune donne usano l'ironia perché non conoscono altri mezzi per parlarne senza essere guardate con sospetto. Ci sono madri che scelgono di non parlare del sentimento di pentimento con i loro figli perché vogliono proteggerli, proteggere loro stesse, proteggere la relazione con loro. Temono che i figli possano sperimentare un senso di colpa, rischiando di non sentirsi voluti. Per altre madri invece è importante parlarne con i figli per fargli capire ciò che la maternità comporta e quello che implica e per ammettere che ci sia una strada diversa da quella imposta. Parlando di questa tematica con i figli le madri acquisiscono un senso critico, un'identità che tendenzialmente non si crede che le madri abbiano: possono essere viste come persone, andando oltre il loro ruolo (Donath, 2017).

Il sentimento di pentimento provato dalle madri non è legato a un singolo contesto o status

sociale: una maternità vissuta bene non dipende dalle possibilità delle madri (Donath, 2017). Ci può essere pentimento anche dove vi è sostegno economico e familiare.

Un altro spunto di riflessione interessante riguarda il fatto che la maternità si contrapponga al fare carriera: una donna può percorrere una di queste due strade e non altre. Ciò cancella le possibilità di una donna di fare diverse cose, soffoca altre strade possibili. Il patriarcato e il capitalismo insieme non danno alle donne il potere di considerarsi persone umane in grado di decidere da sole il senso che vogliono dare alla loro vita (Donath, 2017).

Si può vedere la maternità in due modi diversi, come suggerisce Judith Stadtman Tucker (Donath, 2017). La maternità come ruolo che si lega all'idea di brava madre, come se fosse un lavoro basato sui risultati da ottenere con i propri figli; la maternità come relazione che dà la possibilità che esistano diversi modi che tengono conto del cambiamento nelle vite delle donne.

In una società complessa come quella in cui viviamo dare voce alle donne pentite di essere diventate madri indica la rottura di un tabù e il prendere atto di questo fenomeno. Queste madri hanno bisogno di essere ascoltate e di sentirsi accolte. Per questo è fondamentale che non vengano giudicate e che ci sia un sostegno dedicato a loro. Sono madri che si prendono cura dei propri figli, ma che, allo stesso tempo, necessitano che qualcuno si faccia carico della loro sofferenza e del loro disagio.

### **1.3 L'influenza delle tecnologie sulle maternità contemporanee**

All'interno di questo paragrafo si parlerà del rapporto tra le tecnologie e la maternità e come sia necessario usare con sapienza e attenzione gli strumenti innovativi che si hanno a disposizione, considerando risvolti e implicazioni positivi e negativi e ciò che l'etica della cura può fare in relazione a un eccesso di medicalizzazione.

Le tecnologie fanno parte della nostra società e, quindi, dal momento che, come è già stato accennato, la maternità è un fatto culturale e sociale, influenzano anche quest'ultima. La tecnologia investe sia il diritto di non procreare, attraverso il controllo del concepimento tramite i metodi contraccettivi, sia il diritto di procreare, attraverso la decisione riguardo a quando e a come avere un figlio. Il dibattito femminista, riflettendo su questo tema, si è domandato se l'invasione della tecnologia sia un'occasione di liberazione dall'oppressione patriarcale o se implichi una forte medicalizzazione (Palazzani, 2017). L'aver tolto l'obbligo della procreazione pone il dubbio che sia solo un'illusione di emancipazione dal condizionamento e controllo patriarcale sui corpi delle donne. Questo dal momento che l'impatto delle tecnologie e delle nuove scoperte scientifiche è importante. Il rischio riguarda l'oggettificazione della donna, l'espropriazione dell'esperienza riproduttiva e di cura (Palazzani, 2017).

Il parto, ad esempio, è un momento centrale per quanto riguarda la maternità. È necessario che la persona, la madre in particolare, venga posta al centro con i suoi bisogni e le sue paure. Non sempre questo accade. Nel parto sono coinvolte diverse figure, professionali o solo di sostegno alla donna e alla famiglia che si sta riproducendo, e queste sarebbe bene che mettessero in atto delle azioni e delle relazioni di cura che diano ascolto e importanza ai vissuti emotivi oltre che ai fatti più strettamente fisici. La maggior medicalizzazione di questo fenomeno non deve far scordare l'importanza della cura in un momento così delicato.

Il parto è un evento ordinario e straordinario allo stesso tempo. La cultura del parto è profondamente cambiata nel corso del tempo. Ora non è più presente un sapere femminile tramandato di generazione in generazione. Le nuove generazioni di madri non possono più fare affidamento sul sapere delle donne della loro famiglia (Iori, 2011). Oggi questo evento ha cambiato luogo e si è spostato all'interno dell'ospedale e questo spostamento

ha causato anche un cambiamento di tipo culturale. Il parto è diventato ospedalizzato, medicalizzato e ciò ha comportato un minor interesse verso i vissuti che lo accompagnano e una visione del corpo della donna oggettivata come se fosse solo un contenitore e una visione del parto come evento materiale (De Sanctis, Fariello e Strazzeri, 2020). Non è più presente il sentire materno, ma solo, o soprattutto, il sapere del medico. In questo modo si è andati via via contrapponendo due visioni: una visione tradizionale fatta di saperi tramandati da donna a donna in cui vi era un accompagnamento al parto e al post parto e in cui veniva data importanza al sentire delle madri e una visione invece segnata dal progresso, dalle competenze tecnico-scientifiche e dal sapere dei medici che fanno l'interesse della donna e del bambino fino al parto. In questo modo il sentire della partoriente passa in secondo piano e ci si affida più a macchine e alla tecnologia che al volere della donna. La consapevolezza si affievolisce e ci si affida alla possibilità di sentire meno senza chiedersi ciò che davvero si vuole (De Sanctis, Fariello e Strazzeri, 2020). Di conseguenza, prevale la medicalizzazione e la tecnica, senza che la donna scelga liberamente o abbia tutti gli strumenti e la conoscenza necessaria per poter decidere in modo serio e consapevole. Un eccesso di tecnicizzazione porta a una separazione tra sessualità e sfera riproduttiva (Palazzani, 2017): c'è il rischio che la madre si senta "divisa", separata tra sé, il futuro figlio o la futura figlia che sta per nascere e l'esperienza che sta vivendo, come se fosse un oggetto e non un corpo unitario che vive emozioni nuove.

Si è passati da un modello in cui non si voleva sentire dolore e sofferenza a un modello che invece vedeva il parto come un'occasione di empowerment e di autodeterminazione femminile. Come sempre è importante non cadere nelle polarizzazioni. Non si può giudicare una donna perché non vuole provare dolore dal momento che le viene offerta questa possibilità. Una via di mezzo tra questi due punti di vista è il modello midwifery

che ha delle caratteristiche chiare: la continuità nell'assistenza, la scienza informata, l'autodeterminazione della donna, il sostegno personalizzato e la comunicazione (De Sanctis, Fariello e Strazzeri, 2020).

Il modo migliore per prendersi cura della donna in un momento tanto delicato e peculiare quale quello del parto è unire il sapere medico scientifico e il sentire della madre perché queste due parti si completino per il benessere della donna (Iori, 2011). Questo non è sempre facile in una società in cui non vi è il tempo per fermarsi a riflettere, ma è un passaggio necessario se si vuole accogliere appieno la complessità che caratterizza questo fenomeno. E' un passaggio necessario anche nell'ottica di autodeterminazione della donna. A questo proposito è importante il consenso informato che viene firmato dalla paziente e che fa riferimento a un'alleanza terapeutica e a un rapporto di fiducia tra medico e persona in cui valgono allo stesso tempo l'autonomia del paziente e l'autonomia del medico (Poggi, 2021).

Questo sempre maggiore ricorso alla tecnologia durante il parto è presente anche nella gravidanza e nelle tecnologie riproduttive. Come è già stato detto l'età in cui una donna ha il primo figlio si è alzata. Questo comporta maggiore difficoltà a rimanere incinta e maggiore uso di tecnologie riproduttive. Al giorno d'oggi ci sono diversi modi di rimanere incinta: con la procreazione medicalmente assistita, con la maternità surrogata, con la fecondazione eterologa. In questo modo si va oltre i limiti biologici e dettati dalla natura.

Le tecnologie riproduttive non sono da condannare a priori ma nemmeno da accogliere senza un senso critico (Vegetti Finzi, 1990). Non bisogna farsi sopraffare dal senso di onnipotenza di questi strumenti ed è necessario riflettere in ogni momento con senso di responsabilità. Il corpo della futura madre, attraverso la ricerca di diagnosi prenatali, subisce un'invasione e un rischio per la sua salute (Palazzani, 2017). In questa sede non

si stanno condannando le scoperte scientifiche, ma l'ingenuità con cui talvolta vengono proposte e agite. Anche proporle in modo ragionato è un modo per prendersi cura della futura madre, soprattutto coinvolgendola e considerandola come protagonista di ciò che sta succedendo.

La possibilità di diventare madre oltre i limiti dettati dall'età e dal corpo è uno strumento di libertà molto potente. Non bisogna però considerarlo come strumento dal potere illimitato e da usare senza regole (Bricci, 2021). La maternità è fatta di desideri, paure, attese. Questo è spesso molto presente nei percorsi di Procreazione Medicalmente Assistita caratterizzati da incertezze e ostacoli. Quelle attese citate poc'anzi è fondamentale che rimangano poiché ci deve essere uno scarto di tempo, che concede la riflessione, il desiderio e l'attesa che portano a diventare madre (Bricci, 2021). Le tecnologie riproduttive non devono cadere nell'istantaneità del tutto e subito, deve esserci riflessione e intenzione dietro questa decisione.

Se con la diffusione dei metodi contraccettivi vi era una distinzione tra riproduzione sessuale e sessualità con l'utilizzo delle tecnologie riproduttive vi è una distinzione tra fecondità e sessualità dal momento che vi può essere fecondità anche separata dalla sessualità (Marion, 1999).

In un tempo che, almeno in apparenza, sembra dare diverse possibilità alla donna per diventare madre, il fatto di essere non fertili e non riuscire a rimanere incinta sembra un paradosso. Ancor di più se si ascolta la credenza per cui le donne sono nate per essere madri. Nonostante attraverso le tecnologie ci sia l'opportunità per tutte le donne di diventare madri, non vuol dire che tutte le donne debbano desiderare dei figli. Infatti, al giorno d'oggi una donna può realizzarsi anche senza avere figli. Eppure, può capitare, che venga etichettata come mancante di qualcosa o che lei stessa si senta mancante, non corrispondendo ai canoni stabiliti dalla società. Questo avviene se si considera la

maternità come un evento normale per tutte le donne, a cui queste si devono conformare, una possibilità di dimostrare di essere funzionale e funzionante per la società (Bricci, 2021).

Un “bambino che non ce la fa” può essere vissuto dalla madre come una sconfitta personale. Per ogni tentativo di rimanere incinta aumentano il senso di dolore e di frustrazione. Senza contare l'intrusività degli interventi che la donna subisce ogni volta, anche quando non è lei ma il compagno ad essere sterile (Bricci, 2021).

Con l'uso delle tecnologie riproduttive vi è il rischio reale di passare dal bambino a ogni costo al bambino su misura affidandosi al senso di onnipotenza e lasciando da parte la riflessione sul senso del limite e sul senso di responsabilità (Saraceno, 1997).

È importante riconsiderare la maternità e il parto, ridandogli importanza in ogni suo aspetto, ascoltando le donne e rimettendole al centro del discorso perché il rischio è quello che, di fronte a una maggiore scienze e tecnica, le donne rimangono comunque poco ascoltate (Bricci, 2021). In questo senso la bioetica della cura pone l'obiettivo di umanizzare maggiormente ciò che accade nell'ambito sanitario dove, sempre di più, vi è un'attenzione alla tecnologia, come è stato già detto, alla spersonalizzazione e alla burocrazia, piuttosto che alle persone (Palazzani, 2017).

È importante tentare di unire diversi saperi: i saperi e il sentire delle donne, i saperi tecnici dei medici, ma anche i saperi di natura sociale, psicologica, antropologica per poter affrontare da più punti di vista questo evento con la complessità che merita, per poter dare voce allo stesso modo a tutte le parti in causa (Iori, 2011). Sempre a questo proposito la bioetica che si occupa di cura, rispetto alle questioni che riguardano la nascita sottolinea il rapporto di interdipendenza tra la madre e il bambino/bambina che sta per nascere in un senso di responsabilità richiesto alla donna verso un individuo più debole e bisognoso (Palazzani, 2017). Per l'etica della cura il dare ascolto a chi è più debole e assicurare



anche attenzioni a chi sta prestando cura è un aspetto fondamentale. Il rapporto tra la madre e il bambino è espressione emblematica dell'etica della cura, come si vedrà nei successivi capitoli.

Sempre rispetto all'etica della cura ci si potrebbe domandare se la surrogazione gestativa riproduttiva sia giusta oppure no. Dà la possibilità a una donna di diventare madre, ma al tempo stesso oggettifica e mercifica il corpo di un'altra donna; contrappone donne ricche che se lo possono permettere e donne povere che vendono il loro corpo. Queste tematiche, con riflessioni diverse, verranno riprese nel corso di questo lavoro di tesi.

## Capitolo 2: La cura oltre la maternità

---

In questo capitolo si affronterà più nel dettaglio il tema della cura oltre la maternità. Per fare ciò si è scelto di partire dal saggio *La cura dell'amore* (2010) di Eva Kittay, facendo particolare riferimento alla figura del *dependency worker*, che sarà la principale questione su cui ci si soffermerà nella parte iniziale del capitolo, vedendola anche in contrapposizione con la “la teoria della giustizia” di John Rawls.

Successivamente, nel primo paragrafo si darà voce all'emancipazione della disabilità secondo l'etica della cura, per poi arrivare ad affrontare, nei seguenti paragrafi, diverse tipologie di cura che vanno oltre la maternità. A questo proposito, si menziona la figura della doula, a cui viene dedicato il secondo paragrafo e, infine, la mercificazione del lavoro di cura, tematica discussa nel terzo paragrafo. In quest'ultima parte del capitolo si presterà particolare attenzione al lavoro di cura svolto dalle donne migranti, essendo quelle più colpite dal fenomeno della mercificazione.

Dunque, partendo dalla prima tematica che questo capitolo si propone di affrontare, non possiamo che menzionare Eva Kittay, che nel suo saggio più importante, *La cura dell'amore* (2010), usa l'espressione *dependency worker* per far riferimento a chi si occupa di persone dipendenti, preferendo in questo modo un'espressione neutra rispetto al genere: questo nell'auspicio che avvenga una distribuzione più equilibrata dell'attività del prendersi cura. La dipendenza fa parte delle vite delle persone. Fineman (1995), citata da Kittay nel suo saggio, usa l'espressione “dipendenze inevitabili” (2010, p.51) per parlare dell'infanzia, della malattia, della disabilità e della vecchiaia. Quanto si è giovani o malati o disabili e se questo sia sufficiente per essere considerati dipendenti è influenzato però dalle dimensioni culturali.

Il *dependency work*, se compiuto nel modo corretto, è caratterizzato dalle tre C: *care*, *concern* e *connection*, ovvero cura, preoccupazione e relazione. Il *dependency work* ha

poi anche altre caratteristiche: esso non esclude una interdipendenza e una reciprocità; è possibile che il lavoro di dipendenza sia distribuito tra più persone; le disuguaglianze di potere fanno parte della relazione di cura. A questo proposito bisogna però distinguere disuguaglianze di potere e esercizio di dominio nei confronti della persona dipendente. Il rischio c'è ed è possibile una forma di dominio sia del *dependency worker* sulla persona dipendente che della persona dipendente sul *dependency worker*: ciò dipende dal potere che detengono "in partenza". Per esempio una donna immigrata che lavora nell'assistenza di un anziano o di una persona con disabilità dipende, economicamente, ma non solo, da questa persona. E' fondamentale che non si creino situazioni di abuso, anche dal momento che ciò non sarebbe di aiuto per la rivalutazione dell'importanza della cura. È importante anche il tema della coercizione per cui che nessuno sia obbligato a svolgere il lavoro di cura e che chiunque svolga questo lavoro venga rispettato poiché "siamo tutti figli" ed è bene che anche chi si prende cura abbia qualcuno che si prende cura a sua volta di lui.

E' già stato accennato ma credo sia necessario ribadirlo: il lavoro di dipendenza è svolto principalmente da donne, non è remunerato nel modo adeguato ed è sostenuto non da standard etici e oggettivi, ma dai legami affettivi. Ciò ha esposto e espone le donne alla vulnerabilità, alla povertà, agli abusi e all'emarginazione. L'essere in una posizione di svantaggio, il doversi occupare sempre di qualcuno o qualcosa ha escluso le donne dalla sfera pubblica, relegando in questo modo anche la cura alla sfera privata. Le donne che accedono allo spazio pubblico e al mondo del lavoro lo fanno accettando un lavoro di dipendenza, ma retribuito. Inoltre le donne possono vivere altre discriminazioni che aggravano maggiormente la loro posizione e che le espongono ancora di più alla vulnerabilità: queste sono la classe socio-economica, l'etnia, la sessualità. Ci sono dei rischi, da non sottovalutare, legati alle relazioni di cura: l'abuso, di cui ho già parlato, il dare per scontato che la cura riguardi le donne e di sapere già quale sia il bisogno dell'altro

di cui ci si prende cura (Casalini, 2012).

Per considerare in modo adeguato il *dependency worker* è importante pensare che anche lui/lei “è figlio/a”. Questo lavoro richiede anche un carico morale non indifferente e le diseguaglianze all’interno dei rapporti non danno la possibilità al lavoratore di avere richieste morali per sé. All’interno delle relazioni di cura ci possono essere due tipi di dipendenze: la prima è quella che riguarda la persona dipendente; mentre la seconda dipendenza riguarda chi presta le cure e come questo soggetto sia dipendente dalla persona dipendente da un punto di vista di risorse economiche (Brugere, 2023). Questo lo pone in una situazione svantaggiata, quando, invece, nella società si presuppone l’uguaglianza tra soggetti. L’autrice, sempre nel suo libro, si chiede se esista una concezione di intesa sociale che consideri fondamentale per l’uguaglianza la relazione tra *dependency worker* e la persona dipendente. Questo perché una reale comprensione della natura morale della relazione di dipendenza può portare a una diversa considerazione dell’uguaglianza. È ridando valore, o dando il valore che merita, alla cura, mettendola al centro che è possibile un cambio culturale nella nostra società. Kittay propone di promuovere un’uguaglianza che preveda, nella sua realizzazione, l’interdipendenza umana, rifacendosi ancora al concetto per cui “siamo tutti figli” (2010).

Un’altra caratteristica del *dependency worker* è l’io trasparente. Con “io trasparente” Kittay fa riferimento alla tendenza a considerare prima i bisogni dell’altro che i propri e, quanto più la persona è dipendente dal *dependency worker*, tanto più l’io è trasparente. La richiesta di trasparenza con l’io si pone in contrapposizione con l’io della società liberale: difficilmente ci si pone in un atteggiamento di disponibilità nei confronti degli interessi dell’altro. Tutti questi atteggiamenti morali rispondono alle esigenze dell’etica della cura. Questa, come già si è detto nel primo capitolo, vede il soggetto morale in un’ottica relazionale.

Per quanto riguarda il tema dell'uguaglianza, se si considerano gli individui nel loro essere in relazione, è possibile notare le loro esigenze di uguaglianza attraverso questi legami. Kittay nel suo saggio (2010) dice che: “se noi riusciamo a considerare ogni individuo nidificato in relazioni di cura, possiamo immaginare delle relazioni che abbracciano i bisogni di ognuno. Questo ci porta a una nuova comprensione di uguaglianza” (p.118).

In questo modo l'autrice nota l'esistenza di due uguaglianze: un'uguaglianza basata sull'individuo e sulla sua indipendenza e un'uguaglianza fondata sulla relazione. Quest'ultima dipende dai legami che si hanno con persone con cui abbiamo relazioni di cura. Le politiche relative al congedo familiare ne sono un esempio che riprenderemo nel prossimo capitolo.

Rispetto dunque al tema dell'uguaglianza fondata sulla relazione, il cui concetto è ben riassunto nell'espressione “tutti sono figli di qualcuno”, ci porta a riflettere sul fatto che anche il *dependency worker* ha una madre. Dunque, affermare quanto appena detto significa che a tutti e a tutte spetta un trattamento come quello che una madre presta al figlio. Questa dignità è inalienabile. Facendo ancora riferimento a questa espressione prendiamo in considerazione ciò che è dovuto a chi è figlio in virtù del suo essere vulnerabile nella misura in cui il figlio è dipendente dalla madre. Il paradigma, la pratica materna si può così estendere ad ogni situazione in cui ci si trova bisognosi di ricevere cure. Può servire come punto di riferimento nelle azioni politiche, oltre la sfera privata.

Con Eva Feder Kittay e Joan Tronto, di cui si parlerà nel prossimo capitolo, assistiamo a un cambiamento importante all'interno del dibattito dell'etica della cura. Nel primo capitolo è stato analizzato il pensiero di alcune filosofe dell'etica della cura che facevano parte della prima generazione; d'ora in avanti invece le filosofe appartengono alla seconda generazione. Tra questi due gruppi c'è un cambio di direzione fondamentale. Se

per la prima generazione di filosofe l'etica della cura era separata e in contrasto con l'etica della giustizia, per la seconda vi è un'integrazione tra etica della cura e etica della giustizia. La cura inizia a assumere un ruolo più pubblico e politico, andando oltre la sfera privata e familiare. In particolare la prima generazione pone l'attenzione sulla categoria della cura e si focalizza sulle differenze tra approccio maschile e femminile. La seconda generazione invece pone in luce i limiti delle teorie morali della cura e punta a un'elaborazione di una teoria politica della cura (Palazzani, 2017).

Kittay critica duramente la teoria della giustizia di John Rawls (1971, citato in Rawls, 2010), perché ritiene che non tiene conto delle persone dipendenti e del tema della dipendenza, considerando giusto che tutti i beni sociali principali vengano distribuiti tra tutte le persone che fanno parte della società.

A questo proposito Kittay si chiede come sia possibile che i beni vengano divisi in modo uguale tra persone che non sono uguali tra loro e che hanno esigenze diverse. La società descritta da Rawls, in cui persone indipendenti cooperano reciprocamente tra loro, è possibile solo se non si tiene conto dei bambini, dei disabili e degli anziani e delle persone che si prendono cura di loro, i *dependency worker*, poiché anche questi ultimi sono vincolati alla persona che dipende da loro e condividono quindi l'esclusione di chi dipende. Il fatto che Rawls non consideri la famiglia all'interno della sua teoria rende la teoria della giustizia ingiusta in partenza (Sciurba, 2015). Quindi, secondo Sciurba (2015), lo studioso opera una divisione sbagliata tra pubblico e privato.

La critica in particolare riguarda il fatto che: le persone dipendenti hanno bisogno di persone che si occupino di loro; le persone dipendenti non possono contraccambiare ai favori e servizi ricevuti; per le persone dipendenti è necessario che ci sia un'altra persona che soddisfi i bisogni e che assicuri il riconoscimento sociale di essi (Kittay, 2010).

Kittay si sofferma anche su un altro punto critico: sul fatto che un particolare gruppo di

soggetti è stato fatto entrare nella società e scelto perché facesse proprie determinate caratteristiche funzionali al lavoro di dipendenza, come per esempio la subordinazione delle donne. Inoltre le donne povere e di colore sono state costrette al lavoro di dipendenza a causa delle loro ristrette disponibilità economiche e opportunità lavorative. La filosofa sostiene come non sia accaduto e basta, poiché per forza qualcuno, all'interno della società, deve occuparsi delle persone dipendenti. Il considerare questo fenomeno una scelta da parte delle donne fa ricadere l'aspetto della cura nella sfera privata e familiare. Se i principi secondo cui una società ripartisce la responsabilità del lavoro di dipendenza non sono sostenuti dai principi di giustizia allora il rischio di adottare misure coercitive è molto alto.

Kittay propone un'integrazione e una modifica della teoria di Rawls che ponga al centro della società la cura come bene da offrire per tutti e come caratteristica fondamentale delle vite di tutti e di tutte (Tusino, 2021). Nussbaum (2006, citato in Casalini, 2012), filosofa appartenente al dibattito dell'etica della cura, crede invece che sia meglio abbandonare la proposta di Rawls totalmente poiché le modifiche non bastano.

L'idea di cura di Kittay fa riferimento al modello della vulnerabilità di Goodin. Questo si basa sulle relazioni che si possono instaurare tra qualcuno che si trova in una situazione di difficoltà e qualcuno che può rispondere a questa difficoltà (Brugere, 2023). In questo modo vi è la possibilità di rispondere alla vulnerabilità con la cura.

La filosofa americana, oltre a ispirarsi a questo modello, prende come esempio la dipendenza estrema per mettere in luce i limiti dell'approccio liberale. Mettendo al centro la cura avviene il disvelamento dei presupposti quali normalità, autonomia, indipendenza della persona che vive nella società. Come suggerisce Held, filosofa anche lei appartenente alla seconda generazione del dibattito dell'etica della cura, è bene che la giustizia prenda le mosse dalle relazioni e dai contesti di cura (Sciurba, 2015).

Kittay propone di aggiungere un terzo principio di giustizia che riguarda la responsabilità sociale della cura verso coloro che ricevono e che prestano cura (Sciurba, 2015). In questo modo si darebbe la giusta centralità alla cura, senza svalutarla.

La studiosa, come precedentemente evidenziato, dà importanza al tema della reciprocità e al concetto per cui “siamo tutti figli”. Lo fa utilizzando il concetto di doulia e dell’interdipendenza, che verrà approfondito meglio nel secondo paragrafo di questo capitolo.

## **2.1 L’emancipazione della disabilità secondo l’etica della cura**

Questo paragrafo, dedicato, come descrive il titolo stesso, all’emancipazione della disabilità secondo l’etica della cura, vede ancora una volta il pensiero di Kittay come protagonista, nuovamente in contrapposizione con il pensiero di Rawls. Durante la sua lettura è importante tenere a mente l’obiettivo ultimo di questo paragrafo, ovvero la presa in considerazione della cura come valore politico fondamentale, in quanto nella vita prima o poi tutti saremo dipendenti da qualcuno.

Come vedremo qui di seguito, Kittay parte dal proprio vissuto di madre di una figlia con disabilità, per arrivare a riflettere sul lavoro di dipendenza, il quale presenta delle differenze in base alle caratteristiche della persona a cui è rivolto. Nello specifico, il lavoro di assistenza con persone con disabilità gravi è ben diverso dal lavoro di assistenza verso un figlio sano; eppure è sempre la madre ad adempiere alle funzioni di cura. A questo proposito, attraverso il pensiero di Kittay si cerca di integrare le lotte femministe con quelle delle persone con disabilità, dal momento che lottano entrambe per ottenere dei diritti che le spettano in quanto persone attive della società. Rispetto a quest’ultimo punto hanno ampiamente aiutato i *Feminist Disability Studies*, descritti verso la fine di questo paragrafo.



Kittay dedica molto spazio al tema della disabilità all'interno dei suoi lavori. La sua riflessione parte ed è influenzata dalla nascita della figlia Sesha, gravemente disabile. La studiosa in un primo momento non ritiene giusto che i suoi scritti siano influenzati da un fatto così "personale". Questo elemento sarà, però, per lei un grande motivo di riflessione. La sua critica alla società liberale e alla teoria della giustizia di Rawls parte dall'esclusione che lei stessa prova sulla propria pelle in quanto genitore e *caregiver* di una persona con disabilità. In questo modo ragiona sul tema dell'indipendenza e dell'autonomia e di come la teoria della giustizia non consideri tutte le parti in questione. Nel primo capitolo si è parlato della pratica materna e delle sue caratteristiche secondo Sara Ruddick: queste sono l'amore protettivo, l'assistenza alla crescita e l'inserimento sociale. Seguire tutte queste caratteristiche fa sì che la pratica materna sia un *dependency work*, ma non tutto il lavoro di dipendenza è caratterizzato da questi passaggi. Il lavoro di assistenza con persone con disabilità gravi è molto diverso dal lavoro di assistenza materna di una madre verso un figlio sano: è sempre lavoro di dipendenza, ma i comportamenti richiesti sono diversi (Kittay, 2010)

Nonostante l'interesse e il coinvolgimento personale di Kittay, tematiche quali la disabilità e il femminismo non sono sempre andate d'accordo.

Le teorie femministe hanno, per molto tempo, escluso la disabilità dalle loro riflessioni poiché la disabilità era usata come metafora per riferirsi alle donne e perché era una condizione di esclusione dal momento che tendenzialmente sono le donne a prendersi cura delle persone con disabilità quindi questo avrebbe comportato per le femministe la perdita di conquiste e il ritorno nella sfera domestica e privata (Bernardini, 2016). Le donne femministe normodotate erano allo stesso modo vittime della teoria della giustizia liberale dal momento che facevano riferimento a parametri quali l'autonomia, l'indipendenza e la forza (Bernardini, 2016). Inoltre comportamenti o decisioni che per

le femministe sarebbero state delle perdite di conquiste, per le persone con disabilità erano invece fonte di emancipazione e riscatto personale. Rispetto a ciò, lo stesso Rawls, dalla sua teoria della giustizia, esclude le persone con disabilità, non considerandole soggetti di giustizia; è evidente come non tenga in considerazione situazioni di dipendenza e di vulnerabilità.

La persona disabile è stata vista per molto tempo come un soggetto passivo. È bene invece che ritorni o diventi un soggetto attivo, posto al centro dei processi che la riguardano e come protagonista attivo di relazioni sociali (Palazzani, 2017).

Le persone con disabilità e le donne possono entrare a far parte dello spazio pubblico solo se si uniformano ad esso (Bernardini, 2016). Entrambe queste categorie sono escluse per “principio” e se sono ammesse invece ciò riguarda un atto di benevolenza (Palazzani, 2017).

Un paradigma che ha aiutato a superare le divisioni e gli scontri tra gli studi femministi e gli studi sulla disabilità si ritrova nei *Feminist Disability Studies*.

Le persone con disabilità e i difensori dei diritti di queste persone hanno inizialmente guardato con sospetto all’etica della cura poiché temevano che nascondesse un’idealizzazione del concetto di cura e una possibile invisibilità del soggetto disabile come passivo ricettore di cura e non come soggetto di giustizia in grado di far sentire la propria voce (Palazzani, 2017). Temevano un’oppressione e un controllo che riguardasse sia la persona disabile sia il *dependency worker*.

Queste preoccupazioni sono state superate grazie alla seconda generazione di filosofe dell’etica della cura poiché è avvenuta l’integrazione dell’etica della cura e dell’etica della giustizia e perché queste esponenti denunciano l’esclusione delle persone con disabilità dalla sfera pubblica.

Kittay punta a mettere al centro la cura tramite la pubblicizzazione della cura e la maggior

partecipazione pubblica dei destinatari di cura. Com'è possibile ciò? Grazie a una giusta distribuzione delle risorse, a una migliore cooperazione sociale e alla presenza di strutture funzionanti (Kittay, 2010). La filosofa americana punta sulla valorizzazione della dipendenza poiché tutti e tutte, prima o poi, nella vita siamo dipendenti da altri (Bernardini, 2016). Per la studiosa è bene considerare tutti i soggetti come vulnerabili e capaci allo stesso tempo.

Tronto, che verrà presa in considerazione nel prossimo capitolo, ritiene la cura un valore politico fondamentale (Bernardini, 2016). È necessario quindi una modifica e un allargamento del concetto di giustizia.

## **2.2 Mettere al mondo le madri: la figura della doula**

Kittay all'interno del suo testo *La cura dell'amore* (2010) fa riferimento alla figura della doula, la quale verrà descritta qui di seguito. L'obiettivo di questo paragrafo è partire dall'importanza, da un punto di vista sia pratico che emotivo, del lavoro offerto dalla doula, per arrivare a riflettere sul fatto che la cura non appartiene esclusivamente al mondo femminile, bensì è una responsabilità sociale. Il paragrafo si conclude infatti con la necessità di considerare il lavoro di cura come un bisogno della società; ragione per cui sono essenziali dei principi a garanzia dei *dependency workers*, di cui si è precedentemente ampiamente discusso.

La definizione di doula è stata data per la prima volta dall'antropologa Dana Raphael nel 1973 per indicare la figura che supporta la neo-mamma nel periodo perinatale. È una figura non sanitaria che segue la gravidanza, il parto e il periodo del post-parto. Questa figura, come dice Balbo, riportato da Benaglia (2022) si occupa di “far nascere” le madri; è una figura di assistenza e sostegno a una persona, la madre, che è impegnata a sua volta nel sostegno del figlio appena nato. Il lavoro di cura della doula è un lavoro di cura che

punta a interpretare i bisogni e appagare i desideri.

La doula dà un sostegno sia pratico sia emotivo in base ai bisogni della madre che sta seguendo e tende a riempire le mancanze strutturali nella preparazione alla maternità. Per questi motivi e per il fatto che pone al centro la madre con i suoi bisogni di cura viene talvolta vista come una minaccia al sistema biomedico tecnocratico che tende a prediligere, appunto, la tecnica (Benaglia, 2022).

È bene utilizzare i presupposti dell'etica della cura per interpretare il lavoro di cura della doula. Questo perché tale approccio, come è già stato sottolineato nel corso di questo elaborato, dà molta importanza ai bisogni dell'altro, al prendersi responsabilità tra chi dà e chi riceve cura e all'aspetto relazionale.

La figura della doula offre l'occasione di andare oltre una concezione della cura vista come naturale e appartenente al mondo femminile. La cura è vista come sapere, in una dimensione che riguarda il soggetto, e poi come lavoro in una dimensione che riguarda l'oggetto. La cura per la doula è quindi una pratica e un processo al tempo stesso in cui vi è sia azione sia riflessione (Pasian, 2022). Il lavoro della doula può essere un modello di *care* per tutti gli operatori e tutte le operatrici della cura grazie a cui la figura del caregiver si pone al centro (Pasian, 2022). È bene che si presti attenzione al rischio di parcellizzazione delle figure e contrapposizione delle stesse a discapito del benessere della madre (Benaglia, 2022).

Kittay fa riferimento a questa figura che assiste una donna che a sua volta sta assistendo un'altra persona, un neonato, come esempio di uguaglianza basata su relazioni e obblighi reciproci. In questo senso proprio come la doula segue chi sta accudendo il proprio figlio appena nato, in una logica di reciprocità e interdipendenza, il dovere si orienta e si sposta da quelli che sono nella posizione di offrire le proprie cure verso coloro i quali sono nella posizione di riceverle.

La figura della doula sottolinea l'importanza del concetto per cui "tutti siamo figli": è bene che chi svolge un lavoro di cura venga a sua volta accudito in quanto persona oltre che in quanto *dependency worker*. Questa responsabilità deve essere assunta dal sistema sociale poiché è una questione che riguarda la giustizia e la cooperazione all'interno di una società.

Dalla figura della doula Kittay formula il concetto di doulia: per cui le persone che hanno bisogno di aiuto, e che si prendono cura di altri, devono essere sostenute nello stesso modo. Questo sarebbe il modo tramite cui la funzione viene trasferita (Pasian, 2022).

Vista l'importanza del contributo della filosofa americana rispetto al tentativo di integrare le prospettive dell'etica della cura e dell'etica della giustizia, il passaggio successivo, e necessario, è estendere il concetto di doulia al dominio pubblico. La società deve ricercare mezzi e modi per sostenere il benessere di coloro i quali offrono le cure, in modo tale che possano svolgere il loro lavoro senza che questo diventi una forma di sfruttamento. Il lavoro di cura, se considerato alla luce del concetto di doulia, è un lavoro equo e che sta alla base delle relazioni sociali. In questo modo è possibile rimettere la cura al centro ridando valore a questo principio e, allo stesso tempo, ai *caregivers* e a chi riceve cura, senza che questo sia visto come uno svantaggio. Le istituzioni sociali dovrebbero fornire dei principi a garanzia per i *dependency workers*. Grazie a ciò si arriva a una concezione ampia di reciprocità dove, grazie alla doulia, il ricevere e prestare cure è un valore che viene riconosciuto pubblicamente (Kittay, 2010).

Il concetto di doulia richiama quindi un'idea di responsabilità sociale. Una società non è una buona società se non riconosce pubblicamente la cura come un bene che porta vantaggio, crescita e benessere a tutti e tutte (Kittay, 2010).

### **2.3 La mercificazione del lavoro di cura**

Il lavoro di cura, tendenzialmente, è svolto da donne. Molto spesso queste donne sono in situazioni di svantaggio che riguardano il genere, la provenienza, lo status socio-economico. Spesso le lavoratrici della cura sono donne immigrate; in questo senso avviene una stigmatizzazione per cui la funzione di cura è legata al genere femminile svantaggiato e ciò porta una maggior subordinazione sociale. Per le ragioni appena menzionate si è ritenuto importante, in quest'ultimo paragrafo del capitolo, dedicare in primo luogo uno spazio alla mercificazione del lavoro di cura, in cui le donne immigrate hanno un ruolo di primo piano. Successivamente, si è analizzato il concetto di danno morale del lavoro di cura e tutto ciò che ne consegue; secondo punto che verrà preso in considerazione. Nel corso di queste riflessioni, si prendono in esame anche i vantaggi del lavoro di cura migrante; terza tematica affrontata in questo paragrafo. Ad ogni modo, la lettura prosegue tenendo ben a mente lo scopo di questa osservazione sulla mercificazione del lavoro di cura, ovvero quello di svincolare la cura dalle costruzioni di genere e porla al centro del pensiero sociale e politico. A questo proposito, si tocca l'ultimo tema centrale di questo paragrafo, ovvero la cura come lavoro, su cui, come vedremo nelle seguenti pagine, discute ampiamente Sciarba (2015).

Dunque a proposito del primo punto che si intende trattare, la protagonista è ancora una volta Kittay, la quale prende in considerazione le donne immigrate non solo in quanto *dependency workers*, ma anche in quanto donne che hanno lasciato il loro Paese d'origine. Allo stesso tempo, parte da questa riflessione per cercare di ridare alla cura il valore che merita. Nel mercato del lavoro di cura avviene una femminilizzazione delle migrazioni femminili che ha portato la riflessione dell'etica della cura anche su scala globale. C'è da chiedersi e da fare una distinzione tra quali corpi sono accuditi e quali invece sacrificabili. Kittay parla del danno morale del lavoro di cura migrante.

Gli uomini e i padri di famiglia che partono lasciando le donne con i figli è una rappresentazione non più veritiera. Molto più spesso sono le donne che lavorano nella sfera domestica a partire lasciando un vuoto nelle famiglie del Paese d'origine e andando a colmare un vuoto causato dal malfunzionamento del *welfare* nel Paese di arrivo. È presente una crisi della cura nel mondo occidentale, e un trasferimento del lavoro di cura a figure terze, sanata dalle donne immigrate che creano a loro volta dei vuoti della cura. Si parla in questi casi di “catene della cura globale” (Hochschild, 2004 citato in Casalini, 2009) poiché le stesse lavoratrici della cura delegano ad altre donne la cura dei figli. È giusto domandarsi se l'emancipazione delle donne occidentali stia avvenendo a discapito delle donne del Sud del mondo. Questo è vero, ma solo in parte.

Come accennato precedentemente, altro argomento centrale di questo paragrafo, come ci fa presentata la stessa Kittay, è il concetto di danno morale del lavoro di cura, con il quale ci si riferisce al peso emotivo che il lavoro domestico e di cura, in ambienti familiari o di case di riposo, ha per le donne. Questo lavoro ha un peso emotivo per la distanza da casa poiché questo spezza i legami che per queste donne sono fondamentali; per la difficoltà a ritornare spesso a casa e per la difficoltà ad integrarsi nel nuovo Paese in cui si lavora. Questo, come è già stato evidenziato, crea dei vuoti della cura nei Paesi di origine. Vuoti colmati non dal padre di famiglia - che perde il suo ruolo principale di *male breadwinner* - ma dalla presenza di altre donne, che possono essere sorelle, zie, nonne, amiche. In questo senso la donna immigrata è in una situazione di svantaggio nel Paese occidentale, ma nel Paese di origine è in una condizione di vantaggio; nel Paese di origine sfida un ruolo tradizionale, invece nel Paese di arrivo svolge un ruolo tradizionale legato al genere. Si può notare come ci sia sempre qualcuno che “vale di meno” in queste catene globali della cura. Vi è una gerarchia globale che arricchisce le nazioni ricche e impoverisce sempre di più le nazioni povere. Parrenas (2005, citato in Casalini, 2009) parla di

“estrazione di risorse di cura”: per cui con questa espressione si intende che la cura che conta di più va via, mentre quella che vale di meno rimane. Più si scende nella catena della cura, minore è il valore riconosciuto alla cura. Le strategie per cambiare in meglio le condizioni di vita delle donne non dovrebbero peggiorare le condizioni di altre donne riproducendo disuguaglianze già esistenti.

Un'altra espressione per parlare del danno morale del lavoro di cura è “trapianto di cuore globale” (Hochschild, 2004 citato in Casalini, 2009). Kittay, pur evidenziando che l'immagine usata è forte e rende l'idea, crede che questa scelta sia esagerata dal momento che le donne che emigrano lo fanno per amore delle persone che dipendono da loro.

Un altro aspetto da considerare è la difficoltà del ricongiungimento familiare. Il Paese di origine “perde” una risorsa e continua ad avere a carico i suoi figli; il Paese di arrivo invece “acquisisce” una risorsa in quanto è una lavoratrice senza il costo dei figli da mantenere: se le donne immigrate dovessero occuparsi a tempo pieno anche della loro famiglia nel Paese di arrivo questo implicherebbe minor tempo ed energie da spendere come lavoratrici di cura.

Oggi giorno avviene spesso che siano le donne a emigrare. È importante notare però a quale costo: una donna verrà sfruttata maggiormente rispetto a un uomo, corre più rischi per il solo fatto di essere donna e verrà pagata di meno. La lavoratrice migrante ha a disposizione e usa il suo corpo per poter lavorare e per cercare di fare sempre di più, nonostante i rischi che questo comporta: il corpo è visto come tecnico e come un corpo che sparisce, come l'io-trasparente di cui parla Kittay a proposito dei *dependency workers*.

Allora perché farlo? Ed è qua che ha inizio la terza questione che si intende affrontare in questo paragrafo, ovvero i vantaggi del lavoro di cura migrante. Questi vantaggi sono presenti sia per la donna sia per la sua famiglia. Per la donna perché se emigra in un Paese



meno patriarcale rispetto a quello in cui vive vivrà una maggiore emancipazione; per i figli per i soldi che arrivano. Infatti, una madre pensa di fare il loro bene con aiuti di tipo materiale e questo porta a un maggior livello di scolarizzazione, soprattutto per le ragazze; nonostante ciò alcune volte le donne immigrate percepiscono come il loro amore si trasformi in oro (Hochschild, 2004 citato in Casalini, 2009). Quanto appena detto porta a riflettere sulla valenza del legame che si forma nel processo di cura, in cui chi la offre dedica tempo e attenzione al fine di assicurarsi del benessere di un'altra persona, la quale ricambia le attenzioni che le vengono offerte. Si instaura dunque un legame emotivo tra la persona che presta cura e un altro individuo. Questo legame è tenuto vivo da una "motivazione intrinseca" che va oltre la compensazione materiale del lavoro offerto (Folbre, 2003 citata in Casalini, 2009). Al contrario invece, la frase "l'amore trasformato in oro" si riferisce al bene che le madri offrono ai loro figli non tramite attenzione e presenza, ma tramite beni materiali e soldi.

È poi da notare come le donne immigrate vivano una "doppia assenza" che può anche diventare però una "doppia presenza". Sayad (citato in Scieurba, 2015) parla di "doppia assenza" poiché vi è un allontanamento dal Paese di appartenenza e, allo stesso tempo, una difficoltà di integrazione nel Paese di arrivo. Si può parlare di "doppia presenza", invece, nel momento in cui la donna è una lavoratrice e manda i soldi a casa ed è anche una madre che cerca comunque, nonostante la distanza, attraverso nuove forme di genitorialità, di essere presente nella vita dei suoi figli e avere un ruolo. Questo comporta un costo molto elevato.

La presenza di queste lavoratrici ha permesso alle donne occidentali di accedere sempre di più al mercato del lavoro; ha fatto sì che, però, non ci fosse un'assunzione di responsabilità da parte degli uomini e nemmeno da parte dello Stato per quanto riguarda il ripensamento delle misure del *welfare*. Ciò ha permesso il perpetuarsi di un modello

familiare classico senza creare lo spazio di riflessione per ripensare la cura come valore sociale (Bimbi, 2006 citato in Sciorba, 2015).

È giusto chiedersi poi se la lavoratrice immigrata faccia parte o meno della famiglia in cui lavora. Il suo lavoro, come è già stato sottolineato, ha un peso emotivo non indifferente e si basa sulla creazione di legami affettivi e di fiducia; inoltre le persone presso cui lavora sono le persone con cui passa la maggior parte del tempo in un Paese a lei straniero. Eppure svolge attività di cura all'interno delle mura domestiche, nel privato di una casa e parlare di far parte della famiglia in cui lavora, di appartenenza significherebbe dare un valore e riconoscere la sua presenza in un senso pubblico.

Kittay sottolinea come le donne immigrate si trovino di fronte a una scelta estrema, e non scelta da loro, dove si ritrovano spesso a svolgere servizi materiali sempre uguali tra di loro. Ciò porta a una svalutazione della cura e di chi la svolge. Con la svalutazione e l'assenza della cura si assiste all'impoverimento delle società umane.

Per la filosofa americana il diritto alla cura deve essere universale e incondizionato, visto come il punto di partenza della condizione umana superando il pensiero per cui la cura confina il femminile nella sfera privata e per cui il femminile svaluta la cura. Rimettere la cura al centro significa, secondo Sciorba (2015), che la cura non è un peso o una responsabilità che limita le persone, bensì un ambito necessario per la realizzazione del sé individuale e collettivo. Il focus da cui ripartire non è liberare le donne dal peso della cura, ma concepire la cura come un'attività, un atteggiamento che riguarda tutti e che fa parte delle vite di tutte e tutti. Da questo spunto di riflessione offerto dalla ricercatrice, affrontiamo l'ultimo tema centrale discusso in questo paragrafo, ovvero la concezione stessa della cura come lavoro (Sciorba, 2015). La cura, infatti, è di fatto un lavoro, per quanto non venga considerata come tale e, anche quando lo è, è comunque ritenuta di categoria inferiore rispetto agli altri lavori. L'obiettivo è dunque quello di costruire le

condizioni per cui la cura venga considerata un vero e proprio lavoro di cui l'intera società contemporanea ha bisogno. Invece, con le catene della cura si è costituita la mercificazione della cura stessa, la quale è diventata un bene di proprietà disponibile solo per alcuni. Prestare e ricevere cura dovrebbe essere invece un diritto preliminare per tutti gli altri diritti di cittadinanza e cooperazione sociale.

Al momento, come precedentemente rimarcato, il lavoro di cura domestico si basa sulla disponibilità e sulla presenza delle donne immigrate, relegate nella sfera privata. Questa organizzazione non è sostenibile nel lungo periodo dal momento che la domanda di cura aumenterà sempre di più e le donne immigrate non basteranno per reggere questo sistema fragile. È necessario che il settore pubblico si occupi e preoccupi di rispondere a queste esigenze e bisogni.

Questo sistema non è sostenibile nel lungo termine anche per chi svolge il lavoro di cura; le donne immigrate invecchieranno con il passare del tempo e probabilmente torneranno nel Paese di origine o comunque non potranno più lavorare. Non è sostenibile per la frustrazione a cui le lavoratrici sono sottoposte e anche per la marginalizzazione e l'isolamento tanto di chi presta le cure quanto di chi le riceve, soprattutto gli anziani. Questo modello quindi riduce, in maniera evidente, il benessere e la coesione sociale del Paese di partenza come di quello di arrivo.

Le attività di cura svolte nello spazio privato permettono una presentazione falsa dello spazio pubblico dal momento che le persone autonome e indipendenti hanno bisogno, per apparire così, di persone che dipendono da loro nello spazio domestico: questo toglie il significato politico della cura poiché viene nascosto.

Tutti questi comportamenti e decisioni ipocriti fanno sì che non avvenga un cambiamento vero. Le condizioni delle donne possono cambiare solo se c'è una presa di coscienza e di posizione delle donne stesse.

La società della cura, a cui Kittay con le sue riflessioni punta, è una società in cui la cura ridisegna i confini della giustizia sociale, in cui il valore e l'integrità di chi dà e di chi riceve cura è rispettato. Questo è possibile solo con la presa di responsabilità da parte della società e una diversa costruzione di condizioni economiche, sociali e culturali per cui le donne e gli uomini immigrati siano nella condizione di esercitare diritti concreti che si contrappongono al ricatto. Oltre questo bisogna guardare anche a un livello più alto se il mercato della cura migrante è visto come causa e conseguenza dell'ingiustizia che deriva dalla svalutazione della cura. Solo attraverso la ridefinizione sistemica del ruolo sociale e politico della cura ci può essere un cambio radicale. Per far sì che ciò accada sono le persone che lavorano nel mercato della cura delle migrazioni che sono chiamate a fare un primo passo. Ad esempio le donne migranti dovrebbero cercare di rifiutare delle condizioni lavorative che portano a una sofferenza per la loro crescita personale e per la loro libertà.

L'obiettivo non è emancipare il femminile dalla cura, bensì svincolare la cura dalle costruzioni di genere e dalla sua svalutazione per porla al centro di politiche e rivendicazioni. Ponendo la cura al centro si attua un'inclinazione dei diritti umani in modo che sia possibile ragionare su un diritto di cura. L'immagine dell'inclinazione rappresenta una soggettività caratterizzata dall'esposizione, dalla vulnerabilità, dalla dipendenza e dalla relazionalità (Cavarero, 2013 citato in Sciarba, 2015). La relazione è la dimensione essenziale e costitutiva dell'umano, riguarda la vulnerabilità e si contrappone al modello e all'immagine di rettitudine che ammette solo l'autonomia e l'indipendenza.

### Capitolo 3: La cura, una necessità politica

---

Come già anticipato nell'introduzione, in quest'ultimo capitolo si parlerà dell'etica della cura secondo il pensiero di Joan Tronto, quindi di come cura e giustizia debbano essere considerate insieme per essere ritenute valide fonti di cambiamento.

Come è stato fatto per i precedenti capitoli si parlerà, innanzitutto, degli aspetti teorici per poi passare, nei paragrafi successivi, alle implicazioni.

Tronto muove il suo pensiero dalla messa in evidenza dei confini morali e dalla definizione del concetto di cura. Successivamente l'autrice descrive le varie caratteristiche che la cura possiede, considerando non solo chi la fornisce e la riceve, ma anche le diverse dimensioni che si intersecano tra loro, come per esempio, il genere, l'etnia, la classe sociale.

La filosofa richiama la critica, già presente con Kittay, alla teoria della giustizia di Rawls per sottolineare l'importanza di una cura che si intersechi con l'etica della giustizia e quindi che prenda in considerazione gli aspetti della società quali le leggi e la politica.

Joan Tronto è una filosofa che appartiene al filone delle studiose dell'etica della cura. In particolare fa parte, insieme a Eva Kittay, della seconda generazione delle studiose.

Con Joan Tronto l'etica della cura incontra il concetto di etica della giustizia, tenuto invece distante nelle discussioni da parte della prima generazione di filosofe dell'etica della cura.

Joan Tronto è la prima che opera una politicizzazione della cura e che sottolinea come la cura non possa rinunciare ai concetti di equità e uguaglianza (Palazzani, 2017). Ho ritenuto corretto parlarne nella mia tesi dopo Kittay per le tematiche di cui parla che, dal mio punto di vista, allargano ancora di più lo sguardo comprendendo in modo esplicito lo Stato e il welfare.

Tra i testi più importanti di Joan Tronto c'è *Confini morali* (2006). Nel testo l'autrice ripercorre il percorso per cui le donne sono state escluse dalla vita pubblica e politica e relegate nell'ambito privato. La filosofa parte dall'affermazione che tematiche quali la nascita, la morte, l'aver bisogno di cura non sono mai state considerate importanti per i filosofi (Casadei, 2007). Sempre secondo la studiosa è necessario definire una nuova cornice per poter ridiscutere ciò che è ritenuto centrale e ciò che è periferico (Casadei, 2007).

Tronto critica duramente studiose quali Carol Gilligan e Nel Noddings poiché quest'ultime ritengono che la moralità sia una caratteristica femminile legata all'etica della cura (Tronto, 2006). In questo modo c'è il rischio che la cura sia rappresentativa solo di un punto di vista di genere e questo confermerebbe stereotipi largamente diffusi (Casalini, 2012).

Inoltre la filosofa considera non solo la morale, ma anche la politica.

Per far sì che ci sia un cambiamento è necessario uno spostamento dei confini morali. I confini morali che Tronto considera sono tre: il confine tra la morale e la politica; il confine del punto di vista morale; il confine tra vita pubblica e vita privata (Casalini, 2012). Per quanto riguarda il primo la studiosa ritiene che tenere separati la morale e la politica renda difficile che la morale acquisisca un valore politico. Il secondo confine presuppone che i giudizi morali vengano formulati in modo distante e disinteressato. Il terzo confine è quello che in modo definito allontana le donne dalla vita pubblica per relegarle nella sfera privata. Questi confini, non naturali, ma costruiti, sono quelli che privano di efficacia i principi della moralità femminile. Tronto non propone di eliminarli, ma di spostarli in modo che si possano ridefinire dei confini che tengono conto anche della presenza delle donne: è necessario, per prima cosa, riconoscere l'esistenza di questi confini e il fatto che essi siano stati costruiti per far sì che le attività di chi non ha potere

non siano prese in considerazione da chi, nella società, ha un ruolo centrale (Tronto, 2006). Il ripensamento dei confini morali serve sia per includere le donne nella sfera pubblica, sia per porre al centro della vita umana per tutti e per tutte il concetto di cura (Casadei, 2007).

Dopo aver evidenziato l'esistenza dei confini morali e aver ripercorso le motivazioni che hanno portato gli uomini a relegare le donne in certi ambiti della vita sociale, l'autrice di *Confini morali* esplicita ciò che lei intende come cura, riprendendo una sua stessa definizione (Tronto, 1990, p.40 citato in Tronto, 2006, p.118):

“al livello più generale, suggeriamo che la cura venga considerata una specie di 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, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa a sostegno della vita”.

La cura, secondo questa definizione, ha quindi delle caratteristiche che sono diverse rispetto ad altre definizioni dello stesso concetto: Tronto amplia lo sguardo del significato di cura e di cosa significhi avere cura, comprendendo tutto il “nostro mondo”. Questa presuppone il prestare la propria attenzione a qualcosa di diverso da sé; implica il mettersi in moto per compiere un'azione e considera anche l'accettazione di un onere, oltre che di un piacere. La cura, secondo Tronto, non è limitata all'interazione umana con gli altri e nemmeno a un'interazione diadica: si va oltre la concezione di cura delle studiose della prima generazione poiché assumere la cura solo come diadica, e come naturale per le donne, pone il rischio di una romanticizzazione del rapporto tra la madre e il bambino e, inoltre, esclude i modi in cui la cura può assumere importanza sociale e politica in una determinata cultura.

La filosofa sottolinea come la cura sia una pratica e una disposizione allo stesso tempo

(Tronto, 2006). La definizione riportata è molto vasta e comprende la maggior parte dell'attività umana.

Ci sono quattro fasi della cura che sono distinte ma interconnesse. La prima è *l'interessarsi a* che implica il fatto che la cura sia necessaria; implica il riconoscere, quindi, che vi è un bisogno e la possibilità di soddisfarlo. La seconda fase è *il prendersi cura di*: ciò comporta la responsabilità rispetto al bisogno identificato e il come si possa rispondere quindi sottintende un'azione da intraprendere. *Il prestare cura* è la terza fase e riguarda il soddisfacimento dei bisogni di cura. Infine c'è *il ricevere cura* che riguarda la risposta che il destinatario della cura darà a chi l'ha aiutato. Questa fase è molto importante perché è l'unico modo di sapere che i bisogni di cura sono stati effettivamente soddisfatti.

Dopo aver descritto le caratteristiche della cura in *Confini morali* (2006) vi è la descrizione della buona cura. La buona cura è caratterizzata dalla pratica, dal conflitto, da aspetti universali e particolari, dalle risorse e dalla cura come criterio. La cura come pratica significa che si considera sia la riflessione sia l'azione. Secondo Sara Ruddick, ripresa dalla stessa Tronto in *Confini morali* (2006), la pratica della cura è una forma di razionalità pratica: è interessante notare come, anche se le due studiose appartengono a generazioni diverse e partono da punti di vista differenti rispetto all'etica della cura, ci sia una condivisione di pensiero per alcune caratteristiche della cura stessa. La cura implica anche il conflitto: può succedere che nelle quattro fasi della cura ci sia un conflitto. La cura riguarda aspetti sia particolari sia universali poiché riguarda tutti gli individui, anche se non tutti sono in grado di fornire cura. La cura dipende dalle risorse: dai beni materiali, dal tempo e dalle abilità.

Tronto afferma, inoltre: “non rilevando quanto essa sia pervasiva e centrale nella vita umana, chi occupa posizioni di potere e privilegio può continuare a ignorare e degradare



le attività di cura e chi le svolge. Richiamare l'attenzione sulla cura significa sollevare le questioni relative alla sua adeguatezza nella nostra società" (Tronto, 2006, p.126). Con questa affermazione Tronto sottolinea quanto è perché la cura venga posta ai margini della nostra società.

Riprendendo la critica fatta da Kittay alla teoria della giustizia di Rawls, si può notare come uomini autonomi e apparentemente indipendenti lo siano grazie all'esistenza di persone che non fanno parte della vita politica, ma che la rendono possibile. Ammettere il bisogno di qualcun altro per poter fare ciò che si fa e per poter rivestire posizioni di potere significherebbe non essere riusciti ad essere cittadini autonomi. È necessario svelare il – falso - mito dell'indipendenza per far sì che si crei tra gli individui un'interdipendenza relazionale e che ci sia una società davvero inclusiva (Palazzani, 2017).

La cura non è una categoria centrale dell'analisi sociale (Tronto, 2006). Questo perché il lavoro di cura è in sé frammentato e non tutti i lavori di cura valgono allo stesso modo; inoltre la cura sembra riguardare solo una questione privata, che riguarda emozioni, bisogni e debolezze: la cura è oggetto di stigma, anche se non dovrebbe essere così (Palazzani, 2017).

La cura è svalutata e le persone che svolgono lavoro di cura lo sono (Palazzani, 2017). Il lavoro di cura è delegato, dai membri più avvantaggiati della società, ai membri più svantaggiati che subiscono questa discriminazione sulla base del genere, dell'etnia e della classe. Le categorie in cui le donne e le persone di colore sono più impiegate sono quella del personale domestico e quella di chi si occupa della cura domestica dei bambini.

In quest'analisi possiamo evidenziare un legame profondo tra più dimensioni che si intersecano: l'etnia, la classe, il genere e la cura. Vi è una differenza tra l'interessarsi a, il prendersi cura di e il prestare e il ricevere cura: le prime due fasi riguardano

maggiormente le questioni pubbliche e di maggiore importanza, queste fasi sono svolte maggiormente dagli uomini. Le altre due fasi invece riguardano maggiormente uomini di colore e donne: sono coloro i quali si interessano a questioni private o locali, intime. Tronto sottolinea anche che quando degli uomini che rivestono posizioni privilegiate svolgono lavori di cura questi diventano attività più prestigiose.

Il valore sociale del lavoro di cura è caratterizzato da bassa remunerazione, poco prestigio e dal suo carattere strumentale: questo lavoro ha valore nella misura in cui permette a coloro i cui bisogni sono maggiormente soddisfatti di perseguire altri fini. Con questa affermazione ci si ricollega alle riflessioni fatte sul lavoro di cura migrante per cui le donne occidentali entrano nel mondo del lavoro considerando che altre donne faranno ciò che loro non riescono a fare. A questo proposito è fondamentale avere la consapevolezza dell'interdipendenza che c'è a livello globale per poter pensare all'importanza dell'etica della cura in un senso più ampio e che riguardi non solo la crescita, ma anche lo sviluppo basato sul rispetto e sul contrasto allo sfruttamento e che promuova una maggior giustizia sociale (Casalini, 2012).

La cura è posta ai margini della società poiché riguarda l'aspetto emotivo e la sfera privata. Solo quando nella sfera domestica non si riesce a provvedere alla cura interviene il pubblico. In questo modo il carico della cura privata sta tutto sulle spalle delle donne e ciò ha delle forti ripercussioni sulle donne, e in particolare sulle madri, lavoratrici.

Tronto si concentra anche sui destinatari della cura. Secondo la studiosa è doveroso interpretare la cura partendo da chi è bisognoso, i *care receivers* devono avere una voce politica che deve essere ascoltata (Palazzani, 2017). La società, invece, vede le persone bisognose come oggetti impotenti e che meritano la pietà delle altre persone autonome. È fondamentale invece che i bisogni siano collocati in un contesto politico: solo in questo modo chi riceve la cura può essere preso sul serio e i bisogni possono essere considerati

in modo compatibile con l'etica della cura. Spesso chi presta cura è obbligato a mettere da parte i bisogni personali: questa affermazione può ricordare il concetto di io trasparente presente in Kittay. Non è corretto né che chi presta la cura venga ignorato, né che i destinatari della cura siano considerati solo per i loro bisogni. Per superare queste concezioni serve che la cura non sia solo una questione privata ma politica.

La filosofia si concentra poi sulla pratica della cura. Una società che sia valutata e approvata moralmente deve, tra le altre cose, pensare alla cura dei suoi membri. Dalle quattro fasi della cura emergono ulteriori caratteristiche che sono: l'attenzione, la responsabilità, la competenza e la reattività. Se le persone all'interno della società non sono attente ai bisogni degli altri, non possono occuparsene. Tronto sottolinea quanto questo non sia facile, dal momento che per riconoscere i bisogni degli altri, serve prestare attenzione ai propri bisogni di cura. La responsabilità della cura riguarda ciò che abbiamo o non abbiamo fatto e come questo ha contribuito a creare i bisogni di cura. La cura per essere adeguata necessita di risorse e competenze. La reattività riguarda chi riceve la cura. Infine è necessario che questi quattro elementi siano integrati tra di loro.

Vi è all'interno delle società un'incapacità di pensare alla cura. Questo deriva dal contesto sociale nel quale le pratiche di cura si dispiegano nella nostra società. In una cultura che privatizza le relazioni domestiche e controlla il potere delle donne non dovrebbe sorprendere come la cura stessa venga privatizzata e declinata in base al genere. Si può dire che la cura metta gli ideali morali in azione. Le pratiche umane sono centrali. Dandogli questa centralità le si può collocare al centro dell'universo morale e politico e ammettere quindi come un'etica della cura resti incompleta senza una teoria politica della cura.

Per far sì che questo avvenga, secondo Tronto, bisogna modificare i confini morali e includere l'azione politica. Ammettere che la cura sia un aspetto fondamentale della vita

umana ha importanti implicazioni. Ciò significa che gli esseri umani non sono pienamente autonomi; l'autonomia degli individui deriva da un lungo periodo di dipendenza che spesso non finisce mai del tutto. Allo stesso tempo gli individui sono chiamati a aiutare gli altri e prestare loro cura. In questo senso possiamo dire che gli esseri umani sono interdipendenti (Tronto, 2006).

Ritenere che tutti gli esseri umani hanno bisogno di cura è stato un fatto difficile da accettare per il pensiero liberale perché i modelli liberali ammettono solo l'autonomia e la dipendenza. La dipendenza, inoltre, può caratterizzare alcuni momenti della vita senza essere permanente. La dipendenza può influenzare la vita politica poiché se alcuni soggetti diventano troppo dipendenti non possono parteciparvi come cittadini. Questo non è in contrasto con i valori democratici: se la cura fa riferimento a un contesto democratico e politico la dipendenza umana viene vista come una necessità e come una condizione da superare.

Tronto sottolinea che finché l'etica della cura non avrà un'importanza culturale, chi svolge attività di cura non sarà ritenuto degno di valore sociale.

La giustizia senza un'idea di cura è incompleta. Questa separazione deriva dall'uso dei confini naturali come punto di partenza per la vita morale. La pratica di cura può modellare le pratiche di cittadinanza democratica. In questo senso diventare esperti nella cura implicherebbe l'essere persone più solidali e anche cittadini migliori. Le qualità della cura influenzano le pratiche di cittadinanza. Ciò porta a una politica in cui l'attenzione è posta sui bisogni e su una valutazione dell'intersezione tra bisogni e interessi.

Un concetto molto importante di cui parla Tronto riguarda la possibilità che le vite di chi riceve cura diventino la base per le politiche sociali che li riguardano: il punto di partenza sarebbero gli attori interdipendenti e bisognosi anziché le persone autonome. Si richiama l'argomento della critica alla visione liberale per potersi focalizzare meglio sulle

implicazioni e su ciò che significherebbe porre al centro la cura all'interno di una società democratica.

In questo modo l'inclusione della cura ai valori liberali renderebbe i cittadini più attenti verso i bisogni degli altri e quindi cittadini democratici migliori. In questo modo sarebbe possibile anche ampliare la riflessione ripensando la distribuzione e l'organizzazione delle mansioni di cura nella società. Sarebbe importante dare importanza ai bisogni di tutti e di tutte, e non solo di quelli potenti abbastanza per far sentire i propri bisogni. Bisognerebbe dare importanza alle questioni di giustizia e ripensare i principi di autonomia e alterità.

Per Tronto appare quindi necessario cambiare le istituzioni politiche della società affinché la cura assuma un ruolo centrale, soprattutto alla luce della situazione di *care deficit* (Casalini, 2012). È importante che avvenga ciò per aiutare l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro e alla luce di un cambiamento demografico che rende urgente una riforma del Welfare State (Casalini, 2012).

A questo riguardo è da evidenziare il manifesto del collettivo Care che trova la soluzione al vuoto da parte dello Stato in una cura che sia fondata su una relazione interdipendente tra gli individui, solidale, che vada oltre la cerchia della famiglia stretta e che consideri il bisogno con una valenza positiva (The Care Collective, 2020 citato in Magneschi, 2022).

### **3.1 Implicazioni delle politiche familiari: cura migrante, occupazione delle donne tra pubblico e privato e fecondità**

In questo paragrafo verranno in primo luogo prese in considerazione le politiche familiari, le quali hanno una grande influenza in diversi ambiti della vita privata e lavorativa delle coppie, in primis delle donne. Successivamente, si vedranno più nel dettaglio, da un punto di vista prettamente sociologico, i fenomeni su cui queste politiche hanno maggiore influenza: cura migrante, occupazione delle donne in ambito pubblico e

privato e fecondità. L'approfondimento di ognuno di questi fenomeni verrà fatto mantenendo il focus sul panorama italiano e, prestando particolare attenzione, sempre secondo una visione sociologica, alle differenze presenti tra Nord e Sud. Il paragrafo si concluderà con una breve riflessione sulla necessità di intervenire su due fronti: a livello preventivo e interventistico. Si sottolinea inoltre che, lungo tutta la lettura di questo elaborato e, nello specifico di questo paragrafo, il quale si focalizza sulle politiche familiari ed i fenomeni a queste collegati, è importante tenere a mente quello che è l'obiettivo ultimo di questa ricerca bibliografica, ovvero riflettere sulla necessità di considerare le politiche di conciliazione come una questione sociale che riguarda tutte e tutti.

Dunque, come appena accennato, le politiche familiari hanno come obiettivo ideale la conciliazione della vita familiare con la pratica lavorativa. Nello specifico, queste politiche dovrebbero essere messe in atto dalle aziende proprio al fine di favorire il corretto equilibrio tra vita professionale e personale, cosa che, come verrà analizzato qui di seguito, ha riscontrato nel corso degli anni passati grandi difficoltà, con le quali ci si scontra anche al giorno d'oggi (Malzani, 2015; Minello, 2022).

A questo proposito, prendendo in considerazione il panorama italiano, ci rifacciamo proprio al modello di *welfare*, costruito attorno alla figura del *male breadwinner*, che ha contribuito alla costruzione sociale del lavoro di cura come attività di pertinenza della componente femminile della famiglia, mentre l'uomo era colui che metteva a disposizione le proprie energie fisiche o mentali per garantire un reddito a sé e alla propria famiglia (Della Puppa, 2017). Queste disuguaglianze sono date in primo luogo dai regimi di *welfare*, che a loro volta sono fortificati dalle politiche nazionali, le quali determinano delle disuguaglianze a livello globale oltre che locale.

A questo proposito, lo stesso Della Puppa (2017) ci porta a riflettere sul lavoro di cura

migrante: primo fenomeno che, come precedentemente accennato, ci proponiamo di esaminare in questo paragrafo. Introducono infatti il fenomeno della *doppia discriminazione* vissuta dalle lavoratrici della cura immigrate, le quali non solo si ritrovano a dover rinunciare alla propria sfera intima, affettiva, familiare e relazionale in quanto donne, ma anche a essere escluse a livello sociale in quanto immigrate. Rispetto a queste ultime, la stessa Saraceno (2013, citata in Scieurba, 2015) evidenzia il fenomeno di “esplosione delle badanti” (p.113); fenomeno che porta ad una svalutazione della cura connessa al genere e relegata nel privato. Queste non sono altro che nuove forme di sfruttamento, che al contempo fortificano la subordinazione del genere femminile. Il lavoro di cura migrante, per quanto possa sembrare lontano dal discorso delle politiche familiari, in realtà è strettamente connesso. Infatti, come evidenziato da Balbo (2006, citato in Scieurba, 2015), ci sono famiglie in Italia che funzionano grazie al lavoro di cura migrante, dando origine dunque a “due diversi profili e ruoli femminili: quello della madre italiana che lavora fuori casa e quello della donna della migrazione che si prende cura di casa e bambini” (p. 88). Allo stesso modo, Zorzella (2014, citato in Scieurba, 2015, p.123) afferma che il sistema di *welfare* si regge sulla migrazione, in quanto attraverso le risorse private, l’occupazione straniera nel settore domestico e di cura sopperisce alla mancanza di politiche pubbliche per la gestione dell’assistenza e della cura, come per esempio, della popolazione anziana. A questo proposito, anche Vianello (2012, citato in Scieurba, 2015, p.181), attraverso il *concetto di esclusione* introdotto da Francesco Gambino per definire le condizioni del lavoro migrante caratterizzato dall’isolamento e dalla compressione delle diverse attività quotidiane nello spazio domestico, ben si adatta ancora oggi a tanti settori, tra cui quello delle lavoratrici “impiegate come colf e assistenti familiari in coabitazione”.

In sintesi, Balbo (2006), Vianello (2012) e Zorzella (2014), con queste descrizioni

accurate, rendono ben chiara non solo la difficoltà di avere in Italia delle politiche familiari a tutela delle donne, che siano immigrate o meno, e delle famiglie, ma anche la difficoltà politica di avanzare verso questa necessità sociale ormai evidente. La cura è infatti un bisogno di tutte e tutti e non può sussistere in quanto basata sullo sfruttamento (Sciurba, 2015), situazione che purtroppo si è cristallizzata nel tempo e verso la quale la società appare indifferente alle difficoltà individuali e collettive che questo sistema comporta.

Visto e considerato quanto comunicato dagli studiosi e dalle studiose sopra citate, è evidente come non si possa considerare il lavoro di cura e domestico salariato delle donne migranti come qualcosa di lontano dall'organizzazione familiare, dal regime di *welfare* privato e dalle migrazioni e delle politiche migratorie (Sciurba, 2015). Allo stesso tempo, non solo il lavoro delle donne migranti viene svalutato a livello economico e sociale, ma chiunque richieda questo aiuto si sente mortificato per non riuscire a offrirlo in prima persona ai propri cari. E' dunque evidente che viviamo in un sistema che urla alla necessità imminente di un cambiamento sociale e politico a favore della salvaguardia della propria umanità e dignità (Sciurba, 2015).

Sicuramente quando si parla di politiche familiari e occupazione delle donne è essenziale ripercorrere un po' di storia, così da capire a cosa ci si riferisce quando si esamina l'occupazione delle donne tra pubblico e privato. Verrà dunque qui di seguito prestata maggiore attenzione al secondo fenomeno che questo paragrafo si propone di analizzare, sempre secondo l'ottica sociologica. Infatti, è proprio a partire dagli anni Settanta che le donne si inseriscono nel mercato del lavoro ed in impieghi nell'area pubblica. Questo cambiamento sociale è stato a sua volta anticipato da una serie di cambiamenti economici, politici e culturali, come per esempio, la crescita della domanda di lavoro terziario, l'innalzamento dei livelli di istruzione femminili, il diffondersi di culture emancipative e



l'aspirazione al benessere delle famiglie (Palidda, 2020). Questi, rappresentano un cambiamento nei ruoli di genere e nella stessa identità femminile, dando luogo ad una vera e propria svolta storica, in cui la funzione riproduttiva e di cura non sono più considerate un obbligo sociale prescritto per le donne (Balbo 1981; Beccalli 1989; Bianchi 1978; Bianchi 1991; Bonazzi, Saraceno e Beccalli 1991; Saraceno 1980; Saraceno 1987; Zanuso 1987 citati in Palidda, 2020). Dunque, vista la combinazione degli eventi sopra citati, come riportato anche da Barazzetti (2006), il declino della fecondità in Italia, è dovuto non solo, come già detto, alla partecipazione femminile al mercato del lavoro e ad un maggiore livello di istruzione, ma soprattutto alla precarietà del lavoro dovuta alla maternità, continuando dunque a relegare le donne alla funzione di cura. Infatti, in questo modo, viene già stabilito il ruolo economico e sociale delle donne, in quanto nel momento in cui si ritrovano ad essere madri, si scontrano non solo con le difficoltà naturali della funzione materna, ma anche con la difficoltà di conciliare questa funzione con il lavoro. Infatti, le donne non sono tutelate né dallo Stato né tantomeno dalla regione di appartenenza attraverso delle politiche familiari che garantiscano pari doveri e opportunità a uomini e donne. A tal proposito, sono inoltre evidenti differenze tra nord e sud Italia. Questo ci porta a riflettere su quanto sia realmente necessario ragionare in ottica nazionale a tutela delle politiche familiari (Barazzetti, 2006). Infatti, Minello (2022) riscontra che le donne con bassa e media istruzione hanno un minor attaccamento alla professione e minore propensione alla parità di genere. Dunque, proprio nel sud, dove si riscontra esserci meno attenzione all'istruzione, è più diffusa la cultura tradizionale che pretende una maggior competenza delle donne rispetto agli uomini nel lavoro di cura. Sicuramente però, ciò che accomuna nord e sud Italia, per quanto in misura diversa, è la carenza dell'investimento femminile nell'istruzione, l'instabilità affettiva e lavorativa, che fanno sì che nascano sempre meno figli e sempre più tardivi (Minello,

2022).

In sintesi, tutti i cambiamenti sopra citati, hanno messo in crisi il modello tradizionale di coppia basato sulla divisione netta dei ruoli tra uomo e donna, ma, nonostante ciò, le politiche familiari sono ancora basate su una tradizionale divisione dei ruoli che non è più al passo con i tempi, in quanto, sono costruite intorno al *welfare*, che consideravano le famiglie come i diretti responsabili del benessere dei singoli individui (Minello, 2022).

A questo proposito, diversi studiosi, nel panorama nazionale e internazionale, hanno dato origine a pensieri e teorie capaci di spiegare questi fenomeni e cambiamenti che si verificano e si sono verificati non solo in Italia, ma anche in altri Paesi. Tra questi, come accennato all'inizio del paragrafo, vi è sicuramente il calo della fecondità, andiamo dunque ad analizzare più nel dettaglio questo terzo e ultimo fenomeno che ci proponiamo di indagare in questo paragrafo. Rispetto a quanto appena detto, è inevitabile dunque citare Becker (1981, citato in Minello, 2022), che con la sua teoria della *new home economics*, ha interpretato il cambiamento dei ruoli nelle famiglie come causa del calo della fecondità verificatosi nel secolo scorso. Infatti, quando la donna partecipa alle attività lavorative, inevitabilmente si modifica il rapporto costi benefici dato dalla nascita di un figlio e dunque la divisione netta dei ruoli diventa vantaggiosa per entrambi i generi: l'uomo contribuisce al sostentamento della famiglia attraverso il lavoro e la donna attraverso la cura e l'educazione dei figli. Nel momento in cui questa divisione non è vissuta da entrambi come vantaggiosa, si verifica la prima *gender revolution*: le donne partecipano attivamente al mercato del lavoro, portando ad un calo della fecondità. Allo stesso modo, altri autori, come Lesthaeghe e Van de Kaa (1986, citato in Minello, 2022), citano quella che prende il nome di *seconda transizione demografica*, considerando le trasformazioni culturali come motore di cambiamento. Infatti, la necessità di individualità a livello sociale, avrebbe portato ad una maggiore diffusione dell'istruzione femminile,

che a sua volta, questi autori considerano essere la ragione del calo della fecondità. Un altro studioso che merita essere citato è Mill (1869, citato in Sciorba, 2015), il quale ci offre il suo contributo partendo dall'idea di famiglia come *costruzione sociale* storicamente fondata sull'occultamento della distinzione tra natura e cultura, che si riflette sulla costruzione giuridica della famiglia. Allo stesso tempo, si basa su convenzioni culturali e sociali costruite a seconda di contingenze temporali e territoriali, le quali però condividevano lo stesso schema di modello lavoristico, dando per scontato e implicito il lavoro di cura gratuito erogato dalle donne nella famiglia. Altri autori ancora, come Billari ed Esping-Andersen (2015, citati in Minello, 2022) hanno interpretato questi cambiamenti in maniera più globale, ritenendo dunque che ognuno di essi, in egual modo, avesse portato ad un calo della fecondità.

Rispetto al panorama italiano, su cui si concentra questo elaborato, meritevole di essere presa in considerazione è Bimbi (2006, citato in Sciorba, 2015, p.23) la quale afferma che "nonostante la trasformazione complessiva del *breadwinner regime* il modello culturale mediterraneo fa sopravvivere nella famiglia un contratto di genere patriarcale e matricentrico". Da queste sue parole risulta evidente che non è stata riconosciuta la valenza politica come causa principale del ridotto tasso di fecondità in Italia, non avendo fino ad ora abbattuto le forme di subordinazione di genere, che portano alla situazione in cui ci si trova attualmente. E' ovvio che questo non può essere considerato come un problema esclusivamente femminile (Poggi, 2021), non solo perché fomenta una diseguaglianza del carico lavorativo di cura, ma soprattutto perché, non solo le scienze sociali, come analizzato fino ad ora, ma anche la psicologia infantile dimostra l'importanza per il minore di beneficiare della cura di entrambi i genitori, quando presenti (Minello, 2022).

A tal fine, per ridurre l'alienazione del lavoro di cura e l'iniquità legata alla sua attuale

gestione, occorre che sia la società intera a intervenire e farsi carico di un problema che riguarda la società stessa. Ci si chiede dunque cosa si possa fare affinché si arrivi ad ottenere una valorizzazione e liberazione del lavoro di cura e, a questo proposito, Palidda (2020) propone di agire su più fronti, ovvero, sul piano istituzionale, individuale e sociale. Rispetto al piano istituzionale Palidda (2020) esplicita che deve essere lo Stato a tenere conto dei bisogni dei singoli e delle famiglie assumendosene il costo attraverso “il potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi, le detrazioni fiscali, gli assegni di cura, i bilanci di genere” (Palidda, 2020, p. 140). Per quanto riguarda invece il piano individuale l’obiettivo è creare le condizioni perché ciò sia possibile, attraverso per esempio, congedi per uomini e donne, flessibilità di orari lavorativi, etc., affinché i compiti di cura siano svolti tanto dalle donne quanto dagli uomini, eliminando dunque la disparità di genere con la quale tuttora ci si scontra quotidianamente. Infine, sul piano sociale, l’obiettivo sarebbe quello di ridurre l’isolamento del lavoro familiare, dando invece spazio a forme di cura condivise proprio a livello sociale, attraverso degli scambi solidali.

Come evidenziato da Minello (2022), tutt’oggi in Italia la scarsa fecondità è un nodo cruciale. La stessa studiosa ritiene che le politiche familiari dovrebbero garantire una relazione diretta tra fecondità e lavoro femminile, così come avviene nei paesi più avanzati. A tal fine, l’obiettivo è dunque quello di abbattere la segregazione orizzontale e verticale (Fili, 2021), condizioni che portano le donne, una volta madri, ad avere maggiore difficoltà nel mondo del lavoro (Esping Andersen 2009, traduzione italiana 2013, citato in Sciarba, 2015), creando invece condizioni che favoriscano il lavoro delle donne e delle madri. E’ importante comprendere che, un “problema” apparentemente femminile, è in realtà un problema sociale. Infatti, non essere giudicanti verso le madri e sostenere la condivisione del lavoro di cura, metterebbe le donne e le coppie in condizione di avere il

numero di figli desiderato (Minello, 2022), il che potrebbe portare ad un aumento della fecondità in Italia. Si passa dunque da un problema individuale ad uno sociale, che interessa tanto le politiche familiari quanto la Costituzione, che dovrebbe avere come prioritario la parità di genere e l'equità della divisione della cura (Magneschi, 2022).

Da qui nasce la necessità di riflettere su cosa si potrebbe fare a livello pratico. Sicuramente si potrebbe intervenire su due fronti: a livello preventivo e interventistico. Partendo dalla prevenzione, se bambini e bambine venissero sin da piccoli/e educati/e a pari ruoli di genere, questo avrebbe positive ripercussioni sul loro modo di ricercare in futuro, una volta adulti, eguali opportunità di istruzione, lavorative e condivisione del lavoro di cura, abbattendo dunque le differenze di genere con le quali ancora oggi ci scontriamo. Pensando invece alle possibilità di intervento, questo sarebbe necessario laddove è già presente e si è instaurata una netta divisione dei ruoli di genere. In conclusione, agire sia attraverso campagne di prevenzione che di intervento, potrebbe portare ad un cambiamento sociale e politico.

### **3.2 Modelli di paternità a confronto: cambio di leggi, cambio di mentalità?**

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un lieve cambiamento dei ruoli di genere per quanto riguarda la funzione genitoriale. Questo cambiamento ha implicato un maggiore coinvolgimento degli uomini nella crescita dei propri figli, attraverso la condivisione di pratiche di cura (Iori, 2011).

Dunque, in questo paragrafo si è ritenuto importante dar voce alla figura paterna da un punto di vista non solo sociologico, ma anche psicologico e neurobiologico, considerato il valore che la figura paterna ha per la crescita dei figli. Per dare una maggiore linearità alla lettura, si è optato, per prima cosa, di analizzare da un punto di vista sociologico il modo in cui i padri vivono tuttora la paternità, affrontando al contempo l'importanza di

un supporto legislativo perchè ciò avvenga, ovvero i congedi parentali. Si sottolinea che, anche in questo paragrafo, il focus resta il panorama nazionale, l'Italia. Successivamente, verranno presi in analisi alcuni studi psicobiologici a conferma e dimostrazione non solo dell'importanza del ruolo paterno, ma anche delle competenze dei padri nella funzione di cura. Si è poi optato per dare spazio ai diversi modelli che hanno segnato la storia del ruolo paterno, in quanto ripercorrere la storia è importante sia per comprendere il presente sia per creare delle leggi idonee a favore della genitorialità, la quale comprende tanto la maternità quanto la paternità. Infine, attraverso questo excursus storico si è potuta prestare una maggiore attenzione a come ai giorni d'oggi venga vissuto in Italia l'arrivo di un figlio; ultimo fenomeno affrontato in questo paragrafo.

Rispetto dunque al primo punto che prenderemo adesso in considerazione da un punto di vista sociologico, ovvero il modo in cui i padri vivono la paternità, è evidente come tutt'oggi vi sia una difficoltà emotiva nel sentirsi padre (Grigio, 1999), quasi come se questo implicasse un cambiamento negativo dell'identità maschile, il quale si sente sottratto dalla propria virilità: sembrerebbe quindi che l'idea culturale di virilità non possa coincidere con quella di paternità. E' dunque evidente, come afferma Iori (2011), la necessità di costruire una vera e propria cultura ed etica della cura di cui sono responsabili tanto le madri quanto i padri tanto in senso sociale quanto civile.

L'aspetto innovativo è che, negli ultimi anni c'è stata una riflessione collettiva su questa problematica sociale, ma in realtà già verso la fine degli anni '80 Parke (1982, citato in Bertocchi, 2009) rivendicava l'importanza del ruolo paterno nella crescita dei figli, dimostrando l'enorme influenza che i padri avevano sullo sviluppo dei bambini, ritenendo dunque necessario fortificare la relazione padre e figlio e figlia.

E' naturale però che per parlare di paternità è essenziale che vi siano delle leggi a tutela della stessa, ed è così che viene introdotto il secondo punto cardine di questo paragrafo,

ovvero i congedi parentali. Nonostante la necessità di avere delle leggi a tutela dei padri, è solo all'inizio degli anni 2000 sono state introdotte delle leggi a favore della paternità. Infatti, i congedi parentali sono stati introdotti in Italia dalla legge 53 dell'8 marzo 2000, successivamente ad una Direttiva europea del 1996, ovvero la 96/34/CE, che definisce il congedo parentale ed i requisiti minimi per facilitare la conciliazione tra gli impegni lavorativi e familiari (Bertocchi, 2009; Cannito, 2022). Nello specifico, il congedo parentale è un diritto individuale per entrambi i genitori. E' un congedo facoltativo con durata massima di 10 mesi, fruibile in maniera continuativa o frazionata, il quale deve essere utilizzato per la cura dei figli fino al compimento dell'ottavo anno di età del bambino. E' uno strumento ritenuto necessario per favorire la compatibilità tra genitore e lavoratore, il cui obiettivo non è solo quello di garantire ai genitori la possibilità di trascorrere più tempo con i propri figli, ma anche di agevolare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e al contempo favorire un maggior coinvolgimento dei padri nell'attività di cura della famiglia (Bertocchi, 2009). Attraverso questa legge si fa esplicito, per la prima volta, il diritto e dovere dei padri di partecipare al lavoro di cura e al dovere degli Stati membri di incoraggiarli nella fruizione dei congedi (Cannito, 2022). In Italia la prima legge sui congedi parentali è la n. 53/2000.

Dunque, i primi anni 2000 sono stati degli anni di svolta per l'Europa e l'Italia, in quanto hanno segnato il riconoscimento dell'importanza del ruolo dei padri nella vita dei figli, oltre che in quella familiare, trasmettendo il messaggio della necessità di una uguaglianza di genere (Cannito, 2022).

Successivamente, con la Direttiva 2006/54/CE si ottiene il diritto individuale e non trasferibile al congedo di paternità, il quale è un congedo simile a quello di maternità, ma riservato ai padri.

Pochi anni dopo dall'emanazione di questa legge, Elena Macchinoni (2008, citata in

Bertocchi, 2009), evidenziò esserci una forte differenza nella fruizione dei congedi da parte delle madri e dei padri. Da un'indagine Istat (2007, citato in Bertocchi, 2009) risulta che solo l'8% dei padri ha usufruito di un periodo di congedo parentale entro i primi due anni di vita del bambino/a. Sembra dunque chiaro che continuano ad essere le donne coloro che usufruiscono maggiormente di lunghi periodi di assenza dal lavoro anche con copertura economica bassa o nulla (Macchinoni, 2008 citata in Bertocchi, 2009). E' evidente la difficoltà da parte dei padri di dedicarsi alla cura dei figli; difficoltà attribuibile a un problema sociale, culturale e politico.

Come sottolineato all'inizio di questo paragrafo, si è ritenuto importante dare spazio anche agli studi psicologici e neurobiologici che nell'ultimo decennio hanno studiato il ruolo paterno, dimostrando l'importanza dei padri nella cura e crescita dei propri figli. Qui di seguito verrà dunque messo in risalto il terzo punto centrale di questo paragrafo, ovvero la figura paterna secondo una prospettiva psicobiologica. Vi sono infatti diverse ricerche sulla neurobiologia della paternità, che ci dimostrano l'importanza del ruolo paterno nella crescita dei figli, evidenziando quanto l'aspetto ormonale e neurobiologico non sia implicato nella scarsa compromissione maschile nella funzione di cura (Rilling e Mascaro, 2017). Focalizzandosi dunque sull'aspetto prettamente ormonale della cura paterna, l'Ossitocina (OT) e il Testosterone (T) hanno un ruolo centrale, per quanto dai livelli di questi ormoni derivino comportamenti paterni molto diversi. Innanzitutto, livelli plasmatici di OT aumentano durante i primi 6 mesi di paternità e la stessa ossitocina agisce come facilitatore dell'assistenza paterna. Inoltre, livelli plasmatici di OT sono correlati con la sincronia affettiva padre-bambino e con il tocco stimolatorio paterno. Da qui è possibile dimostrare che a livello ormonale e dunque prettamente biologico non c'è alcun impedimento nei padri di assolvere alla funzione genitoriale di cura, che essa sia fisica, educativa o emotiva. Anzi, in alcuni studi fatti sull'interazione padre-figlio



(Bentenuto et al., 2020; Perzoli et al., 2021), in cui il bambino ha un disturbo dello spettro autistico (ASD), attraverso l'utilizzo dell'*Emotional Availability Scale* (EAS; Biringen e Robinson, 1991) si è visto come le madri tendono a non saper molto spesso come rispondere alle difficoltà regolatorie del proprio bambino, elemento che invece è stato dimostrato essere più facile per i padri. Inoltre, riflettendo sempre su quanto riscontrato a livello comportamentale rispetto alle differenze tra madri e padri, le relazioni con il padre sembrano contribuire maggiormente allo sviluppo delle abilità ludiche del bambino e le attività che il padre propone, più spesso di natura fisica, sono quell'elemento che permette al bambino di acquisire maggiori abilità di gioco, così come altre abilità affettivo-regolatorie. Altro aspetto molto importante che sottolinea l'importanza dell'interazione padre-figlio nello sviluppo del bambino è che i padri tendono a manifestare minori livelli di stress nel momento in cui interagiscono con il figlio e quindi questo avrebbe una ripercussione positiva tanto nella relazione con il bambino quanto con l'intero nucleo familiare (Hildingsson & Thomas, 2014).

I risultati di questi studi, che analizzano nello specifico l'interazione padre-bambino con ASD (Bentenuto et al., 2020; Perzoli et al., 2021), riferiscono la necessità di entrambi i genitori per la crescita del figlio, in quanto con il padre il bambino ha l'opportunità di fare esperienza con un gioco più esploratorio, mentre con la madre più simbolico. Sempre a dimostrazione dell'importanza del ruolo paterno, si riscontra inoltre non solo un forte adattamento che il padre ha rispetto alla competenza del bambino, ma anche che il padre è in grado di strutturare il contesto e le attività proposte a seconda delle capacità del bambino.

A questo proposito, sempre secondo una prospettiva psicologica, la quale, come abbiamo appena visto, è empiricamente dimostrata, è evidente l'importanza del calore paterno nelle esperienze infantili. Inoltre, l'interazione padre-figlio, non solo è per sua natura

importante tanto quanto l'interazione madre-figlio, ma può anche essere vista come un fattore di protezione oltre che un facilitatore dello sviluppo del bambino. Facciamo un esempio: ipotizziamo una madre con un attaccamento insicuro ed un padre con una rappresentazione di attaccamento sicuro. Entrambi i genitori interagiranno con il bambino in base a quelle che sono le proprie rappresentazioni dell'attaccamento, influenzando di conseguenza l'attaccamento che il bambino svilupperà. Quindi, in questo caso la rappresentazione dell'attaccamento paterno sarebbe un fattore di protezione per il bambino. Questo è solo un esempio pratico delle tante ragioni esistenti per cui è importante favorire l'interazione padre-bambino, la quale in alcun momento dovrebbe essere ritenuta assenza di virilità, come temuto da tanti padri (Cannito, 2022).

Dunque, così come gli studi sociologici (Bertocchi, 2009; Cannito, 2022; Grigio, 1999; Iori, 2011; Macchinoni, 2008; Parke, 1982), visti all'inizio di questo paragrafo, anche quelli psicobiologici (Bentenuto et al., 2020; Hildingsson & Thomas, 2014; Perzoli et al., 2021; Rilling e Mascarò, 2017), dimostrano l'importanza del coinvolgimento paterno nella funzione di cura, essendo associato a esiti positivi di sviluppo.

Eppure, nonostante le evidenze scientifiche da un punto di vista sia sociologico che psicobiologico, vadano a favore di una genitorialità equamente condivisa, il congedo parentale, in particolare paterno, è considerato dalle famiglie italiane un'ultima spiaggia. Nello specifico, si ritiene che, tanto più il figlio è piccolo tanto più è probabile che i genitori richiedano questo strumento (Bertocchi, 2009), prestando dunque maggiore attenzione alla difficoltà di gestione piuttosto che alla necessità di cura e protezione del piccolo da parte di entrambi i genitori; vediamo dunque come il piano sociologico e quello psicobiologico siano in parte integrati.

Rispetto a quanto appena detto, purtroppo in Italia, per quanto siano stati fatti diversi passi avanti, è ancora presente la visione del "padre breadwinner", letteralmente "colui che

porta il pane a casa”. Questo porta a una suddivisione fortemente diseguale del lavoro di cura, costruendo delle relazioni di genere dalle quali emerge una maschilità che per essere salvaguardata non deve farsi carico dell’aspetto di cura fisica ed emotiva dei propri figli. Inoltre, nonostante sia stato dimostrato che l’uomo che si prende cura dei figli è in grado di intuire le esigenze non solo dei suoi bambini, ma anche delle persone che lo circondano - “molto più di prima, l’uomo che si prende realmente cura dei figli è in grado di intuire le esigenze non solo, dei suoi bambini, ma anche dei congiunti, dei colleghi, degli amici e degli altri esseri umani che incontra nel lavoro professionale o di cura” (Bombaci, 2014). E’ evidente che c’è ancora tanta strada da percorrere verso un’uguaglianza nei ruoli di genere.

A questo proposito, si ritiene utile soffermarsi sul quarto punto cardine di questo paragrafo: i modelli di paternità che ci hanno accompagnato nel corso del tempo.

In Italia, tutt’oggi così come in passato, il “padre breadwinner” sopra citato è quello maggiormente presente. Questo modello supporta il mito del lavoro maschile, non esistendo dunque per gli uomini dei modelli di cura maschili di riferimento (Minello, 2022; Cannito, 2022). Infatti, più che implicati nelle attività di cura, i padri impegnano il tempo con i figli soprattutto in attività di gioco e svago (Rivellini e Di Giulio, 2006).

La società contemporanea, per esigenze sociali e culturali, sta in parte passando dal mito di breadwinner a quello del cosiddetto “padre aiutante”, ovvero quei padri che contribuiscono attivamente all’accudimento dei figli e ad attività domestiche, quasi come se fosse un favore offerto alle proprie partner, non un dovere condiviso. Di conseguenza, il lavoro di cura è ancora distribuito in maniera fortemente diseguale, fortificando l’iniquità di genere (Della Puppa e Miele, 2015).

Altri due modelli di paternità sono quelli descritti da Cannito (2022). Il primo è quello dei “padri impegnati”, i quali si occupano regolarmente della cura dei figli e agiscono in

modo intercambiabile con le loro partner; il secondo è quello dei “padri coinvolti”, i quali usufruiscono del congedo per bisogni contingenti e non per il puro desiderio di essere padri presenti.

A questa descrizione sui modelli di paternità ben si presta il quesito di Chiara Saraceno, come riportato dai dati Istat (2006), la quale domandò se un bambino piccolo avesse sofferto avendo una madre lavoratrice. La risposta sembrerebbe scontata, eppure l’Italia è tra i paesi con il più alto tasso di accordo. Questo ci dimostra che ancora oggi il passaggio alla genitorialità ha un impatto differenziato in base al genere, tuttora ancorato ad una concezione tradizionale dello stesso (Rivellini e Di Giulio, 2006).

Infatti, se al padre spettano le attività del lavoro retribuito e il gioco con i figli (Cannito, 2022), che si rifanno alla sfera della socialità e dunque nei luoghi pubblici; alla madre spetta la cura dei bambini e della casa, dunque nelle mura domestiche, considerando il lavoro retribuito come un aiuto ma non una necessità individuale e familiare. Da quanto appena riportato appare dunque evidente l’esistenza di un ordine di genere basato su forti asimmetrie di potere e di opportunità tra uomini e donne in ambito tanto pubblico quanto privato (Della Puppa e Miele, 2015).

E’ dunque evidente la necessità di allontanarsi dalla “maschilità egemone”, che considera il “vero uomo” come bianco, eterosessuale, giovane, competitivo, distaccato dalle emozioni, appartenente alla classe media, *breadwinner*, misogino e omofobo; tutto ciò comporta per l’uomo dei privilegi, ma anche costi, come la relazione con il proprio figlio (Cannito, 2022).

A tal proposito, sempre soffermandosi sul panorama nazionale, merita una maggiore attenzione il come venga vissuto in Italia l’arrivo di un figlio; quinto e ultimo fenomeno affrontato in questo paragrafo.

Tutt’oggi la nascita di un bambino porta ad una cristallizzazione dei ruoli di genere

all'interno della coppia, portando ad un "doppio carico" per le donne che scelgono la "doppia presenza", ovvero partecipare attivamente alla vita familiare ed a quella lavorativa (Tanturri, 2006). Infatti, la bassissima fecondità, osservata in molti paesi mediterranei, tra cui l'Italia, sembra data proprio da questa ineguaglianza di genere e ciò potrebbe essere spiegato dall'opposta situazione che invece è presente nei paesi scandinavi, in cui il tasso fecondità è maggiore e non sono presenti tali discriminazioni. A questo si aggiunge senz'altro la precarietà della carriera lavorativa, l'allungamento del periodo tra l'ingresso al mondo del lavoro e la stabilizzazione. Inoltre, sicuramente anche la maggiore inclusione delle donne nel mercato del lavoro ha cambiato gli equilibri anche all'interno delle case, portando ad una necessaria ridefinizione di ruoli, in cui anche i padri si trovano a dover contribuire alla cura dei figli, per quanto siano le madri quelle ad avere maggiori responsabilità (Rivellini e Di Giulio, 2006).

Nello specifico, questi cambiamenti sono maggiormente presenti in famiglie in cui entrambi i partner hanno un buon livello di istruzione ed entrambi sono implicati nel mondo del lavoro, tendendo dunque ad avere una visione egualitaria dei ruoli di genere ed una equa divisione dei compiti in casa e di cura.

Inoltre, sempre rispetto a quest'ultimo punto, ovvero il come venga vissuto in Italia l'arrivo di un figlio, merita una riflessione più approfondita non solo il fatto che le madri sono in sovraccarico, ma anche che l'importanza del ruolo paterno è sottostimata, infatti le cure paterne non sono pensate come indispensabili allo stesso modo di quelle materne, ritenendo secondario il processo di attaccamento padre-bambino, come se quest'ultimo non necessitasse in egual modo di passare del tempo con suo padre quanto con sua madre (Saraceno, 2006).

Sono spesso gli stessi datori di lavoro a rafforzare l'idea che un "vero padre" non si occupa dell'accudimento, ma unicamente di "portare il pane a casa", non rispondendo

positivamente alla richiesta del congedo genitoriale da parte dei padri, congedo a cui avrebbero diritto. Infatti, la stessa Cannito (2022) riscontra che l'uso del congedo parentale facoltativo è bassissimo fra i padri italiani. Tutto ciò contribuisce e rafforza la convinzione che la presenza e l'accudimento da parte del padre siano meno necessari di quelli della madre (Saraceno, 2006).

Vien da sé che questo porta la madre a dover rinunciare alla propria attività lavorativa, portando ad un rafforzamento della posizione dominante del partner e subordinazione della donna nella coppia. Inoltre, questo schema di sistema familiare riproduce la vulnerabilità socio-economica e materiale dell'intero nucleo familiare (Della Puppa e Miele, 2015). Problema ancor più grande è che le stesse madri hanno la percezione di essere naturalmente più competenti nel compito di cura, non pretendendo dunque una divisione equa su quel fronte, ma unicamente una costruzione del legame emotivo padre-figlio (Cannito, 2022).

Appare dunque evidente, afferma Cannito (2022), che il maschile, così come il femminile, sono un prodotto sociale.

Nonostante siano stati fatti dei passi avanti rispetto ai ruoli di genere nella cura dei figli, quelli fatti in Italia risultano essere modesti se confrontati con quelli avvenuti in altri paesi europei, pensando soprattutto alle coppie a doppio reddito (Della Puppa e Miele, 2015). Eppure, Saraceno (2006) evidenzia che, a parità di presenza nelle attività di cura e livello di istruzione tra padri e madri, la relazione con i padri istruiti duplica l'impatto positivo sulle capacità cognitive dei figli, rispetto alla presenza di madri analogamente istruite. Ovviamente, questo risultato non ha come obiettivo scoraggiare l'occupazione e l'istruzione femminile, ma evidenziare la necessità di facilitare alle madri con minori livelli di qualificazione un'occupazione lavorativa. A tal proposito, Carriero e Todesco (2016, citati in Cannito, 2022), riscontrano che le "nuove paternità" degli ultimi 30 anni,

ovvero quelle che si occupano maggiormente della cura dei figli, riguardano solo una piccola parte della popolazione maschile e generalmente sono padri giovani con istruzione medio-alta. Nello specifico l'età di coloro che maggiormente ne usufruiscono, secondo Cannito (2022) è tra i 35-44 anni, anche se, il maggior aumento è più pronunciato negli anni 2014-2019, tanto per i 35-44 che per gli ultra 45enni che aspettano il secondo figlio, probabilmente perché si rendono conto di essere stati poco presenti col primo bambino.

E' importante comunque sottolineare che, nonostante i congedi, tanto quello obbligatorio quanto quello facoltativo, siano retribuiti al 100%, vengono poco utilizzati, anche dai padri che hanno un contratto a tempo indeterminato e quindi una maggiore stabilità lavorativa. E' dunque chiaro che la variabile non è quella economica. Questo ci porta a riflettere su quanto influisca la società e la cultura nelle scelte che si fanno quotidianamente (Cannito, 2022).

Infine, traendo le conclusioni rispetto a quanto trattato in questo paragrafo e unendo dunque tutti gli argomenti affrontati, facendo riferimento in particolare agli studi sociologici, è evidente come la ricerca attuale (Della Puppa e Miele, 2015) stia legittimando un modello di maschilità, definito "dell'aiutante". Questo modello, il quale è senz'altro maggiormente appropriato rispetto al modello del breadwinner, non è comunque sufficiente per una parità di genere. Infatti, coloro che condividono una maschilità tendente verso una maggiore equità tra i membri della coppia risultano ancora lontani dallo sfidare l'ordine di genere esistente, ponendo però le basi per una sua sovversione. La stessa Cannito (2022) sottolinea che l'esperienza del congedo non è solo una di svolta verso una paternità più coinvolta, ma è anche un modo per disfare il genere e le relazioni normative che impongono alle madri di avere sempre il ruolo primario nella cura.

Sicuramente, come mette in risalto Tanturri (2006), delle politiche volte a incoraggiare i congedi parentali sarebbero di grande aiuto e potrebbero valorizzare il ruolo dei padri oltre che offrire loro degli strumenti utili. Per esempio, attraverso la riduzione dell'orario di lavoro o la possibilità, per entrambi i genitori, di ottenere un part-time nei primi anni di vita dei figli. Inoltre, sarebbe necessaria una rivalutazione sociale sia del riconoscimento del piacere e della fatica del lavoro di cura, sia la messa in discussione dei tradizionali modelli di genere: in cui l'uomo non debba sentirsi devirilizzato perché adempie al ruolo di padre (Cannito, 2022).

Questi cambiamenti non solo faciliterebbero la condivisione dei compiti di cura tra uomini e donne, ma potrebbero portare anche ad un aumento della fecondità. E' dunque evidente che c'è ancora tanto lavoro da fare, sia a livello culturale che politico e sociale.



## Conclusioni

---

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di analizzare se e come la prospettiva dell'etica della cura permettesse di ripensare i modi in cui si pensa e vive la maternità tanto nella sua dimensione "privata" quanto in quella "pubblica".

Il percorso ha seguito un allargamento dello sguardo, partendo innanzitutto da ciò che voleva dire cura, come la definizione si inseriva all'interno del dibattito dell'etica della cura e come quest'ultima guardasse alla maternità; ampliare lo sguardo ha significato considerare prima il privato per poi analizzare il contesto pubblico e politico.

All'interno di ogni capitolo, dopo una prima rassegna teorica, sono state analizzate possibili applicazioni del pensiero dell'autrice di riferimento scelta di volta in volta - in particolare Noddings, Ruddick, Kittay e Tronto - rispetto a varie tematiche legate alla maternità, ma non solo: la scelta di non avere figli, le tecnologie riproduttive, la disabilità, la cura migrante, la figura della doula, le politiche e l'occupazione femminile, la paternità. Nel primo capitolo sono stati messi in evidenza i vari modi in cui si può essere madri: l'accento è stato posto sulla scelta individuale della donna di diventare madre e di vivere l'esperienza della maternità.

Prendere in considerazione solo la scelta della singola donna avrebbe voluto dire guardare alla questione con un'angolatura ristretta. Per questo nel secondo capitolo si è parlato di tematiche legate alla maternità - l'accudimento, l'interdipendenza, la crescita delle persone e i loro bisogni - ma che vanno oltre il tema, da considerare all'interno di un dibattito sociale più ampio.

Nel terzo capitolo, infine, l'occhio allarga ancora di più il campo della visione guardando al macrosistema e alla politica poiché solo così è possibile affrontare seriamente temi complessi come quello protagonista di questa tesi.

Si è visto come ci siano dei cambiamenti e dei passi in avanti, anche se non sono ancora abbastanza. Bisogna continuare a discutere di questo tema, interrogandosi e interrogando soprattutto le persone direttamente coinvolte, che sono anche le più svantaggiate e poste ai margini.

La cura deve essere posta al centro del discorso pubblico e politico e occuparsi di cura non può avere solo risvolti spiacevoli. Porre la cura al centro significa considerarla una tematica che riguarda tutte e tutti e far sì che venga presa in considerazione sempre di più dalla sfera pubblica, poiché la sfera privata è, o sarà sempre di più, satura e il Welfare non si può basare sui sacrifici e gli sforzi di pochi. Deve diventare una tematica strutturale.

La cura non può più essere considerata aspetto che riguarda solo il femminile: l'etica della cura considera tutti e tutte.

L'etica della cura, infine, deve inserirsi e considerare anche le nuove tipologie di famiglie e i nuovi modelli di famiglia, costruendo un nuovo modo di organizzare la vita che comprenda e accolga tutt\*.

## Ringraziamenti

---

Ringrazio la professoressa Pasion che mi ha fatto scoprire e maturare, durante il corso di Sociologia della famiglia, l'interesse per i temi che riguardano la cura e l'interesse per una disciplina diversa dalla mia.

Ringrazio il professor Gusmeroli, per la grande disponibilità e messa a disposizione con cui mi ha seguito, pur non avendo scelto con me l'argomento di tesi. Non credo sia facile prender parte a un percorso quando questo è già iniziato.

Ringrazio la mia psicoterapeuta per seguirmi e supportarmi da aprile 2023, quando il nostro percorso è iniziato. Un percorso di terapia non è mai facile, ma se mi guardo indietro vedo solo grandi passi in avanti fatti insieme, con tutta la fatica che i cambiamenti portano. La ringrazio per avermi fatto riconoscere le risorse che già erano dentro di me.

Ringrazio la mia famiglia, mio papà Lucio, mia mamma Colli, mia sorella Camilla per essere nido in cui tornare, ma per avermi fornito ali per volare in alto e lontano. Se io sono come sono lo devo a loro. La determinazione, la curiosità, il metodo arrivano da voi. Non smettete mai di chiedervi cosa ci rende vivi e cosa vale davvero la pena.

Ringrazio Manuela, collega di Psicologia, per avermi aiutato a mettere ordine in testa e nella scrittura dei contenuti, soprattutto nella parte finale del mio lavoro. Mi hai fatto scoprire che accettare un aiuto non è da deboli.

Ringrazio le mie amiche e i miei amici di vecchia data, che dalle superiori, o anche da prima, sono al mio fianco. Li ringrazio per essere cresciuti insieme e per tutte le esperienze fatte. Credete sempre nei vostri sogni e se sentite di non averne: costruiteli e fateli vostri, senza invidia perché se un sogno è vostro, è vostro e nessuno ve lo porterà via.

Stiamo crescendo, ma spero che riusciremo a ritrovarci sempre perché siete il valore aggiunto della vita, pur con le fatiche e con le diverse organizzazioni e visioni che ci

caratterizzano.

In particolare voglio ringraziare Marien per i nostri audio chilometrici, che mi hanno tenuto compagnia nelle lunghe giornate in biblioteca, e per le migliaia di Tiktok e sticker che ci siamo scambiate che hanno reso tutto più dolce e spensierato.

Ringrazio Arianna e Chiara, presenti dalla Triennale a Bergamo e spero ancora per molto, molto tempo. So che potrò sempre contare su un confronto con voi e chiedervi un parere, che sia psicologico e non. Siete la “rete” di cui ci parlavano tanto nelle lezioni su Zoom durante il Covid.

Ringrazio CasaLolly e in particolare Giulia, che per prima mi ha aperto la porta di casa e mi ha invitato a entrare. Li ringrazio perché lì mi sono sentita per la prima volta a casa, quando Padova non era ancora casa. Ho trovato un posto dove poter crescere, mettermi in discussione, maturare e anche una casa dove restare.

Ringrazio Davide per avermi fatto scoprire un amore vero e autentico, che non pensavo avrei mai potuto provare e vivere. Lo ringrazio per avermi insegnato la libertà dell’amore perché essere legati significa essere liberi. Abbiamo passato mesi in biblioteca, a sostenerci a vicenda, giorno dopo giorno, mano nella mano, caffè dopo caffè. Sei stato un porto sicuro in cui riposare nei momenti difficili.

Ora iniziamo, e abbiamo iniziato, entrambi nuovi percorsi e questo fa paura, ma porta anche novità e so che affronteremo tutto quello che arriverà, insieme.

Grazie per esserci stato. Non perché non ce l’avrei fatta senza di te, non perché ho bisogno di te, ma perché voglio che tu sia nella mia vita.

Ringrazio tutti gli studenti e i compagni e le compagne di corso che ho conosciuto in questa Magistrale a Padova, ma soprattutto tutti i ragazzi e le ragazze che ho conosciuto grazie alle attività di tutoraggio perché loro mi hanno insegnato più di tutti i corsi fatti.

Ringrazio in particolare Roberto, Francesco, Martina, Elena.

Infine ringrazio me stessa, per essere arrivata fino a qui e non essermi fermata. Non è stato facile, ma non mi sono arresa. Mi ringrazio per aver dato ascolto alle mie fragilità, ma anche per essermi tirata su le maniche, sapendo che avrei potuto farcela.

Scrivere questa tesi non è stato facile, è stato un lavoro lungo che mi ha tolto tante energie, mi ha messo in crisi, toccando nervi scoperti, mi ha fatto dubitare di me stessa tante volte perché non mi sentivo abbastanza.

Credo che affrontare tutto questo mi abbia però aiutato e fatto crescere. Cerco di imparare e portarmi a casa che un lavoro non è o perfetto o fa schifo, ma esistono anche le vie di mezzo e vanno bene anche quelle e il proprio valore non dipende da un lavoro, ma siamo molto di più e valiamo sempre.

Mi porto a casa, sicuramente, l'interesse per questo argomento che va oltre la tesi e che so, ne ho la certezza, che continuerà a influenzare la mia vita e il mio modo di lavorare.

Questa non è una fine, ma solo l'inizio di qualcosa di nuovo.

## Bibliografia

---

- Barazzetti, D. (2006). Doppia presenza e lavoro di cura. Interrogativi su alcune categorie interpretative. *Quaderni Di Sociologia*, 40, 85–96. <https://doi.org/10.4000/qds.995>
- Benaglia, B. (2022). *Lo spazio della doula: Pratiche di cura e accompagnamento alla maternità*. Mimesis.
- Bentenuto, A., Perzoli, S., De Falco, S., & Venuti, P. (2020). The emotional availability in mother-child and father-child interactions in families with children with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 75, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101569>
- Bernardini, M. G. (2016). *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*. Giappichelli Editore.
- Bertocchi, F. (2009). *Sociologia della paternità*. Cedam.
- Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: A conceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 258–271.
- Bricci, C. (2021b). Desiderio di maternità e infertilità: una lettura etica-psicoanalitica inscritta nel pensiero della differenza femminile. *Katastrophé: Riflessioni Sulle Catastrofi Perinatali - Roma: Armando Editore, 2021- Casalini Id: 4810359*, 37–48. <https://doi.org/10.1400/281616>
- Brugere, F. (2023). *L'etica della cura*. Mimesis.
- Cannito, M. (2022). *Fare spazio alla paternità. Essere padri in Italia tra nuovi modelli di welfare, lavoro e maschilità*. Il Mulino.
- Casadei, T. (2007). Etica della cura come etica pubblica: le tesi di Joan Tronto. *Politeia*, 181–188. <https://iris.unimore.it/handle/11380/1100771>
- Casalini, B. (2012). L'etica della cura: dal personale al globale. *B@Belonline*, 12, 223–233.

- Casalini, B., & Cini, L. (2012). Etica della cura, autonomia, dipendenza e disabilità. *Giustizia, Uguaglianza E Differenza: Una Guida Alla Letteratura Della Filosofia Politica Contemporanea. - (Studi E Saggi; 110) - Firenze : Firenze University Press, 2012- Casalini Id: 2522414*, 163–193. <https://doi.org/10.1400/201057>
- De Sanctis, D., Fariello, S., & Strazzeri, I. (2020). *Sociologia della maternità*. Mimesis.
- Della Puppa, F. (2017). Far parte della famiglia? Esperienze professionali e condizioni socio-lavorative delle lavoratrici della cura immigrate. In Miele, F., & Piras, E. M. (A cura di), *Mettere la cura in pratica. Professioni e scene della cura fuori dagli ospedali* (99-122). Ledizione.
- Della Puppa, F., & Miele, F. (2015). Beyond (but not too much) the male breadwinner model: a qualitative study on child care and masculinities in contemporary Italy. *Modern Italy*, 20(2), 167–184. <https://doi.org/10.1080/13532944.2015.1025729>
- Di Giulio, P., e Rivellini, G., (2006). Impegno lavorativo paterno e rapporto con i figli. In Istat., Di Statistica Roma, I. N., & Nazionale, S. S. (A cura di). *Diventare padri in italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere* (171-200). Istituto Nazionale di Statistica.
- Donath, O. (2017). *Pentirsi di essere madri: Storie di donne che tornerebbero indietro. Sociologia di un tabù*. Bollati Boringhieri.
- Fili, V., (2021). Le difficili libertà delle donne tra gender wage gap, soffitti di cristallo e bassa fecondità. (n.d.-b). *CORE Reader*. <https://core.ac.uk/reader/480441140>
- Finzi, S. V. (1990). *Il bambino della notte: divenire donna divenire madre*. Mondadori Editore.
- Ingegerd Hildingsson & Jan Thomas (2014). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32:1, 41-56, DOI: 10.1080/02646838.2013.840882

- Iori, V. (2011). Accompagnare la nascita: tra scienze mediche e vissuti di cura. *Rivista Italiana Di Educazione Familiare*, 1(1), 29–36. <https://doi.org/10.1400/185747>
- Kittay, E. F. (2010). *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*. Vita e Pensiero.
- Malzani, F. (2015). *Politiche di conciliazione e partecipazione delle donne al mercato del lavoro*. 95-116
- Marion, P. (1999b). Le nuove maternità. *Nuove Geometrie Della Mente : Psicoanalisi E Bioetica. - ( Percorsi ; 5) - Roma [Etc.] : Laterza, 1999- Casalini Id: 2414603*, 1000–1008. <https://doi.org/10.1400/125632>
- Minello, A. (2022). *Non è un Paese per madri*. Gius.Laterza & Figli Spa.
- Palazzani, L. (2017). *Cura e giustizia: Tra teoria e prassi*. Edizioni Studium S.r.l.
- Palidda, R., (2020) Lavoro gratuito e disuguaglianze di genere. *Società Mutamento Politica* 11(22): 129-142. doi:10.13128/smp-12634
- Pasian, P. (2022). *Doulas in Italy: The Emergence of a “New” Care Profession*. Routledge.
- Perzoli, S., Bentenuto, A., Bertamini, G., De Falco, S., & Venuti, P. (2021). Father–Child Interactions in Preschool Children with ASD: A Systematic Review. *Brain Sciences*, 11(9), 1202. <https://doi.org/10.3390/brainsci11091202>
- Poggi, F. (2021). Tra tutela della salute e rispetto dell'autonomia. La libertà di autodeterminazione femminile nella scelta della modalità del parto. *BioLaw Journal - Rivista Di BioDiritto*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-737>
- Pulcini, E., (2010). Per una filosofia della cura. *La società degli individui*, 9-20, DOI: 10.3280/LAS2010-038002
- Rawls, J. (2010). *Una teoria della giustizia*. Feltrinelli Editore.
- Rilling, J. K., & Mascaró, J. S. (2017). The neurobiology of fatherhood. *Current Opinion*



in *Psychology*, 15, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.013>

Rosci, E. (2013). *La maternità può attendere*. Edizioni Mondadori.

Saraceno, C., (1997). Verso il 2000: la pluralizzazione delle esperienze e delle figure materne. In D'Amelia, M. (A cura di), *Storia della maternità*. Editore Laterza.

Saraceno, C., (2006). Paternità e maternità. Non solo disuguaglianze di genere. In Istat, (A cura di), *Diventare padri in italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere* (279-287). Istituto Nazionale di Statistica.

Sciurba, A. (2015). *La cura servile, la cura che serve*. Pacini Editore.

Tanturri, M. L., (2006). Ruolo paterno e caratteristiche della coppia. In Istat., Di Statistica Roma, I. N., & Nazionale, S. S. (A cura di). *Diventare padri in italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere* (151-169). Istituto Nazionale di Statistica.

Tronto, J. C. (2006). *I confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*. Diabasis.

Tusino, S. (2021). *L'etica della cura: un altro sguardo sulla filosofia morale*. FrancoAngeli.

Vendra, M. C. C. (2016). *Giustizia: cura, salute e disabilità. Ripensare la giustizia secondo una prospettiva femminista. Annuario di ricerche filosofiche*, 55, 217-234.

Vv, A. (2011). *Nascere. Le parole per dirlo. Un percorso umanistico e scientifico: Le parole per dirlo. Un percorso umanistico e scientifico*. FrancoAngeli.

## Sitografia

---

- Bombaci, N. (2014, December 30). *Il pensiero materno nella vita e nell'opera di Sara Ruddick*. Dialegesthai. <https://purl.org/mdd/nunzio-bombaci-09>
- Caporrino, V. (2020). Caregivers: discriminazioni e tutele. Suggestioni comparatistiche. *Dirittifondamentali.it*, 1130-1155. <http://dirittifondamentali.it>
- Casalini, B., (2009). *Il contributo di Eva Feder Kittay al dibattito sull'etica della cura*. <https://sifp.it/archivi/il-contributo-di-eva-feder-kittay/>
- Lunàdigas <https://www.lunadigas.com/>
- MacKay, K. (2022, April 7). *Femminismo ed etica femminista*. Mònimos. Mondi Filosofici. <https://www.monimos.org/femminismo-ed-etica-femminista.html>
- Magneschi, C. (2022). Per una (ri)costituzionalizzazione della cura: tra analisi critica e prospettive normative. *Teoria e Storia del Diritto Privato rivista internazionale online*, 1-31. [www.teoriaestoriadeldirittoprivato.com](http://www.teoriaestoriadeldirittoprivato.com)

