

Teorie femministe del lavoro di cura

Tiziana Di Iorio

INAPP

Maria Parente

INAPP

L'articolo affronta il tema della femminilizzazione della cura proponendo un approccio femminista, con uno sguardo sia alle teorie del femminismo europeo, bianco, che annovera teorie materialiste ed ecofemministe, sia a quello afroamericano. Si tenta di dimostrare quanto sia fondamentale per una maggiore comprensione della nostra società affrontare la questione dei caregiver in un'ottica che non si limiti a considerare un nesso di causa-effetto tra le logiche del profitto capitalista e le problematiche economiche di questo periodo storico, ma che guardi alla crisi della nostra epoca con uno sguardo più ampio, come risultato di uno squilibrio non solo economico, ma anche socio-culturale.

The article addresses the topic of the feminization of care by proposing a feminist approach. This perspective considers both the theories of European/white feminism, which include materialist and ecofeminist theories, and those stemming from African American feminism.

The aim is to demonstrate the fundamental importance of adopting a different perspective for a deeper understanding of our society, particularly when examining the issue of caregivers. This analysis should not be limited to establishing a simple cause-and-effect relationship between the logics of capitalist profit and the economic challenges of the current historical period. Instead, it advocates for viewing the crisis of our time through a broader lens, recognizing it as an imbalance that is not only economic but also sociocultural.

DOI:10.53223/Sinappsi_2025-03-2

Citazione

Di Iorio T., Parente M. (2025), Teorie femministe del lavoro di cura, *Sinappsi*, XV, n.3, pp.21-30

Parole Chiave

Caregiver familiare
Donne
Stereotipi di genere

Keywords

*Family caregiver
Women
Gender stereotypes*

Introduzione

L'attività di cura rappresenta un tema lungamente presente, ma non sempre sufficientemente considerato dagli studi sul welfare e sul lavoro delle donne, che interseca vari livelli di analisi. "Il bisogno di ricevere e dare cura è rimasto a lungo nascosto nella divisione del lavoro tra collettività e famiglia e tra uomini e donne. Per questo sia la dipendenza dalla cura che la responsabilità di fornire cura a lungo non sono stati riconosciuti come fondamenti di diritti di cittadinanza e anzi sono stati una causa di indebolimento di questi stessi diritti" (Saraceno 2008). La centralità del tema è, appunto, dovuta al fatto che si tratta di un argomento che riguarda non solo le donne (ma anche gli uomini) occidentali, ma quelle di tutte le etnie. È, infatti, un tema in cui l'approccio intersezionale è particolarmente tangibile, dal momento che in modo più o meno visibile

coinvolge ciascuno/a di noi. L'obiettivo di questo articolo è contribuire a mettere in luce i vari aspetti del lavoro di cura, partendo dalle diverse teorie femministe sviluppatesi a partire dagli anni Settanta, sia di matrice europea che afroamericana. Verranno esposte alcune teorie: il femminismo liberale, che si è concentrato soprattutto sulla parità legale e formale tra uomini e donne (diritti civili, uguaglianza salariale, accesso al lavoro, alla politica e all'istruzione); il femminismo materialista (radicato nel marxismo e nel pensiero socialista), che ha individuato nelle strutture economiche e nei rapporti di produzione le basi dell'oppressione di genere; il femminismo decoloniale, che focalizza la sua attenzione sulle donne non occidentali e sul legame tra colonialismo, razzismo e patriarcato.

Quest'ultima teoria è profondamente intersezionale nel suo approccio, perché parte dal

presupposto che le donne subiscano oppressioni multiple e radicate storicamente, a causa del potere coloniale e delle strutture imperialiste. L'ottica intersezionale è meno presente nel femminismo di tipo liberale, almeno quello degli albori, in quanto si riferiva esclusivamente alle donne bianche, borghesi e occidentali, trascurando le differenze di classe, razza, cultura e orientamento sessuale, così come in quello materialista, basato sul riconoscimento dell'oppressione di classe e sul ruolo della divisione sessuale del lavoro (es. lavoro riproduttivo, non pagato, cura), dimenticando quanto la razza, la classe e il genere siano intrecciati nei rapporti di sfruttamento.

Sul lavoro di cura, infatti, si intrecciano vari livelli di rivendicazione di diritti, in un'attività da sempre esercitata dalle donne, ma non sempre adeguatamente considerata.

1. La 'crisi della cura'

Per decenni si è riflettuto sulle difficoltà legate all'attività di cura in termini di conciliazione, evidenziando la differenza nella quantità di tempo dedicato alle attività domestiche da parte di donne e uomini, sostenendo che una più equa redistribuzione del lavoro di cura può aiutare le donne ad avere pari accesso al lavoro retribuito e più in generale alle risorse economiche.

Secondo Fraser, invece, le problematichità connesse all'attività di cura, intesa come fondamento della riproduzione sociale, sono da attribuirsi ad una profonda contraddizione insita nel sistema capitalistico. Da una parte, la riproduzione sociale è una condizione necessaria in vista di un'accumulazione capitalistica duratura; dall'altra, la vocazione del capitalismo a un'accumulazione illimitata tende a destabilizzare lo stesso processo di riproduzione sociale su cui esso si basa (Fraser 2017).

Il depauperamento della cura, intesa come attività di riproduzione sociale, lavoro sia affettivo sia materiale indispensabile alla società, è stato collegato alla mancanza di tempo, alla difficoltà di trovare un equilibrio tra famiglia e lavoro, in un contesto sociale in cui il lavoro di cura viene sempre più dato per scontato e non sostenuto adeguatamente dalle politiche pubbliche (Camilletti e Nesbitt-Ahmed 2022).

Questa crisi della cura è stata interpretata come parte di un fenomeno che è intrinseco alle società capitalistiche e, quindi, come un'espressione più o meno acuta delle contraddizioni socio-riproduttive del capitalismo finanziario. Un aspetto, cioè, di una più vasta emergenza che ne comprende altre: economiche, ecologiche e politiche, ciascuna delle quali interseca ed esaspera l'altra. Si riduce sempre

più la protezione sociale, affidando al privato molti di quei ruoli di accudimento e assistenza che prima erano coperti dal welfare state e poiché le donne sono da sempre le più attive nei compiti di cura (schema che riguarda anche le donne emigrate), esse vengono sempre più relegate in spazi privati. La crisi della riproduzione sociale e della cura ha evidenziato la fragilità di un'organizzazione sociale che lascia le donne, le loro intelligenze, le loro risorse fuori dai luoghi decisionali.

Un momento storico del nostro recente passato, in cui questa contraddizione insita nel capitalismo, tra cura e riproduzione sociale, è risultata particolarmente evidente, è stato quello legato alla pandemia da Covid-19. La produzione industriale e un modello di sviluppo basato sui consumi di massa, infatti, hanno condotto nel tempo a inevitabili danni ambientali.

L'utilizzo indiscriminato di risorse naturali ha portato a un disastro ecologico di cui la pandemia è un effetto. Sussiste un profondo legame tra le attività umane, la distruzione degli ecosistemi e l'emergere di nuove malattie infettive: a causa della distruzione da parte dell'uomo di foreste, zone selvagge e habitat naturali per incrementare l'agricoltura, ma anche gli allevamenti intensivi e la costruzione di infrastrutture, si è verificata una sorta di avvicinamento coatto tra uomo e fauna selvatica, con una facilitazione del passaggio dei virus dagli animali all'uomo e, inoltre, la riduzione della biodiversità può aumentare la diffusione di alcuni virus, perché riduce il numero di ospiti naturali che possono agire da barriera. Negli anni precedenti alla pandemia, molti governi (soprattutto in Europa e Nord America) avevano attuato politiche di austerità con effetti notevoli sulla sanità: riduzione di posti letto negli ospedali, tagli al personale medico e infermieristico, sottofinanziamento della sanità pubblica rispetto a quella privata e diminuzione delle scorte di medicinali e dispositivi medici. Quindi, molti sistemi sanitari non erano pronti a fronteggiare un'emergenza globale come quella esplosa durante la pandemia, e la carenza di risorse e personale ha aumentato il tasso di mortalità dei pazienti, riducendo anche la capacità di una risposta tempestiva, soprattutto nei primi mesi del 2020. I tagli al welfare hanno colpito in particolare le fasce più deboli della popolazione, riducendo l'accesso ai servizi sociali (educazione, assistenza domiciliare, trasporti) e alle misure di contrasto alla povertà. Ovviamente ne hanno maggiormente risentito quelle fasce di popolazione che già vivevano in condizioni di difficoltà quali lavoratori precari, migranti, disoccupati o persone senza rete familiare che hanno avuto meno accesso ai servizi e/o che sono stati impossibilitati a rispettare il lockdown,

pena la propria sopravvivenza economica. È stato necessario ricorrere a interventi straordinari (sussidi d'emergenza, cassa integrazione speciale), spesso in modo inefficiente e disomogeneo.

Le donne sono quelle che hanno maggiormente risentito di questo sconvolgimento economico e sociale, poiché grava su di loro il carico maggiore del lavoro di cura nelle famiglie e nelle comunità, mentre contemporaneamente è diminuita la loro capacità di svolgerlo. Il risultato è stato la creazione di una nuova organizzazione dualistica della riproduzione sociale, con la mercificazione e privatizzazione del lavoro di cura, che ha aumentato il divario tra coloro che possono usufruire di certi servizi (educazione, assistenza familiare lavoro domestico) ricorrendo a privati, e coloro che non solo non possono usufruirne, ma che spesso sono costretti a fornirli senza ricompensa o con un salario molto basso (questo sistema vede coinvolte soprattutto le donne).

Il capitalismo finanziario istituzionalizza la divisione fra produzione e riproduzione sulla base del genere. A differenza dei sistemi precedenti, però, il suo immaginario dominante è liberal-individualista ed egualitario dal punto di vista del genere. Le donne sono considerate alla pari degli uomini in ogni sfera, degne di eguali opportunità di realizzare i propri talenti, nell'ambito della sfera produttiva. La riproduzione, invece, appare un residuo arretrato, un ostacolo al progresso che deve essere superato in un modo o nell'altro per raggiungere l'emancipazione. Riduce gli aiuti pubblici mentre recluta le donne nel mondo del lavoro salariato, diminuendo così i salari reali; in questo modo aumenta il numero di ore di lavoro casalingo pagato necessario a supportare la famiglia, inducendo a trasferire su altri il lavoro di cura. Ne consegue che, per colmare il 'vuoto di cura', il sistema capitalistico necessita che vengano importate lavoratrici migranti dai Paesi più poveri a quelli più ricchi. Generalmente si tratta di donne di specifiche etnie e/o provenienti da regioni rurali e povere, che accettano di svolgere il lavoro riproduttivo e di cura precedentemente eseguito da donne in una condizione economica e sociale privilegiata. Per fare questo, tuttavia, le migranti devono trasferire le loro responsabilità familiari e comunitarie ad altre badanti, ancora più povere, che a loro volta devono fare lo stesso, e così via, in "catene della cura globale" sempre più lunghe (Hochschild 2000).

In Italia, in particolare, come sostiene Saraceno (2008) non stupisce la grande diffusione del lavoro di cura irregolare dal punto di vista contrattuale, svolto prevalentemente da donne migranti. La regolarizzazione della forza lavoro è intervenuta per assicurare alle famiglie italiane una maggiore

disponibilità di forza lavoro regolare, ma si fatica ad intervenire sull'aspetto della professionalità e della qualità del lavoro delle donne che lavorano nel settore domestico. "Questa disattenzione è la conseguenza del modo stesso in cui la questione della cura è stata affrontata nel nostro Paese: come una questione che riguarda esclusivamente le famiglie e le donne che ne fanno parte, che non comporta specifici diritti né per chi ne ha bisogno né per chi la fornisce, e che non richiede particolari competenze, anche se ci si aspetta da chi la fornisce una capacità di relazione e di investimento affettivo fuori dal comune. Anche quando viene svolto in modo pagato, proprio perché si tratta insieme di 'lavoro da donne' e di 'lavoro dell'amore' esso è considerato un lavoro poco qualificato, ma da chi lo svolge ci si aspetta dedizione totale. Se poi si tratta di donne immigrate il cerchio si chiude, nella sovrapposizione di tutti gli stereotipi possibili" (Saraceno 2008).

Lungi dal colmare il 'vuoto di cura', l'effetto finale del ricorso alla forza lavoro straniera ha comportato una sua dislocazione dalle famiglie più ricche a quelle più povere, dal nord al sud del pianeta. Questo scenario, secondo Fraser, è conseguente alla condizione economica e politica degli Stati postcoloniali indebitati, con problemi finanziari. Alla ricerca disperata di un risollevarlo economico, alcuni di essi, infatti, hanno attivamente promosso l'emigrazione delle donne per svolgere all'estero un lavoro di cura pagato in vista delle rimesse. Ciò che è necessario quindi, secondo Fraser, per fare fronte a tale crisi economica e sociale, è superare la subordinazione dell'attività di cura e di riproduzione alla produzione economica. Ciò richiede di reinventare la distinzione fra produzione economica e riproduzione sociale e allo stesso tempo di re-immaginare l'ordine di genere, favorendo l'emancipazione femminile (Fraser 2023).

La circostanza che la cura sia stata sempre considerata prerogativa esclusiva delle donne, una loro 'capacità innata' ed un'attività 'improduttiva', ha contribuito alla sua svalutazione sotto il profilo economico e del prestigio sociale. In questo modo, la cura è rimasta per lo più all'interno della famiglia nucleare, sfruttando il lavoro non pagato delle donne o quello sottopagato di quelle migranti dai Paesi più poveri, lasciando di fatto prive di sostegno le fasce più povere della popolazione (Tronto 2006).

Durante la pandemia, la crisi della cura è diventata particolarmente evidente, in termini sanitari ma anche di semplice accudimento degli anziani e più in generale dei soggetti fragili. È nel contesto del dibattito teorico del periodo che è nato il Manifesto della cura, scritto da cinque tra autrici e autori provenienti dall'accademia e dall'attivismo internazionale (Grecia, Australia, Stati Uniti, Regno

Unito) che compongono il collettivo londinese *The Care Collective*. Il collettivo, criticando sia il sistema capitalista che il femminismo neoliberista, sottolinea come la pandemia abbia reso evidente l'incredibile violenza del mercato neoliberista, il modo in cui ci ha privato della capacità di fornire e ricevere cura; ma di contro abbia reso ancora più visibile come sia impossibile per l'umanità funzionare come insieme di esseri atomizzati, mostrando chiaramente come la nostra interdipendenza non sia solo necessaria, ma anche un valore su cui costruire nuove pratiche di democrazia (The Care Collective 2021).

L'importanza attribuita dalle società neoliberiste all'autonomia individuale ha portato a dimenticare che l'interdipendenza e la dipendenza dalle cure siano elementi distintivi della condizione umana, rimuovendo la consapevolezza della vulnerabilità degli individui. Pertanto, per scardinare questo sistema è necessario ammettere la nostra reciproca interdipendenza, assicurare una redistribuzione egualitaria dei ruoli di cura e superare l'idea che si tratti di lavoro improduttivo o di una naturale predisposizione femminile, che sia un lavoro per donne prevalentemente povere, immigrate o non bianche. Il lavoro di cura, perciò, nella sua accezione più ampia andrebbe considerato fuori dall'ambiente domestico e socializzato attraverso comunità di cura che travalichino la famiglia nucleare.

Sulla base di molte esperienze di comunità di cura, con spazi e risorse comuni, attuate nell'ambito dei movimenti femministi e ambientalisti in risposta all'emergenza Coronavirus, il collettivo londinese propone un modello sociale di cura universale, nel quale tale attività sia al centro di ogni aspetto della vita, e di cui tutti si sentano responsabili nel prendersi cura degli altri sulla base di principi di reciprocità, condivisione e accesso egualitario. Superando i confini della famiglia nucleare, vengono proposti sistemi di cura e strutture di 'parentela alternativa', simili a quelli sperimentati negli anni Ottanta e Novanta nella lotta contro la diffusione dell'Aids. Questa nuova pratica della cura è denominata 'cura promiscua', poiché si pone fuori dalle reti familiari e dalle logiche di mercato, e fa riferimento al modello delle 'famiglie per scelta' nate all'interno dei movimenti LGBT. La comunità di cura che ne scaturisce si basa su alcuni elementi fondamentali: il mutuo soccorso, lo spazio pubblico, la condivisione di risorse e la democrazia di prossimità, e necessita del supporto dello Stato nel fornire le infrastrutture, le risorse materiali e sociali e i servizi sulla base di forme di democrazia partecipativa.

Anche in Italia si è provato a costruire comunità di cura, soprattutto durante la pandemia: ricordiamo, ad esempio, la campagna NonSeiSolo/Solo che

consisteva nella consegna della spesa a chi non poteva uscire di casa, in attività gratuite per bambini del quartiere e in incontri per la riconversione di spazi pubblici in beni comuni accessibili a tutti.

In Italia si segnala, sempre nello stesso periodo, la nascita de La Società della Cura (SdC) che ha coinvolto associazioni, reti sociali, attiviste e attivisti, con l'intento di mettere la cura al centro delle proprie analisi e azioni, per proporre una società contrapposta a quella basata sulla logica del profitto, che spesso trascura il benessere sociale e ambientale. La cura di sé, di chi ci sta accanto, nonché dell'ambiente, è agita mettendo in discussione le pratiche esistenti che danno priorità al profitto, alla crescita illimitata, al PIL come unico indicatore di benessere e all'idea che il valore di una persona dipenda solo dalla sua produttività. Questa logica svaluta e rende invisibile il lavoro di cura, per lo più svolto da donne, spesso immigrate, e da persone marginalizzate. La SdC non si limita a criticare il sistema attuale, ma propone attivamente un modello di società diverso, in cui la cura sia un valore e una responsabilità collettiva, da condividere equamente tra pubblico e privato, sulla base di un cambiamento culturale che metta al centro la relazione, il benessere condiviso, senza disuguaglianze e discriminazioni basate su genere, etnia e classe. Il collettivo ha elaborato, oltre ad un manifesto, il Recovery PlanET, un piano che proponeva ipotesi di miglioramento in merito al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). All'interno del percorso generale, si è auto-organizzato il Gruppo femminista della Società della Cura (femmSdC) che ha partecipato attivamente alla costruzione del Recovery PlanET, cioè all'insieme di visioni e di proposte che sarebbero state utili per affrontare il post pandemia, modificando lo status quo e cambiando i modelli di riferimento.

I care studies

La psicologa e studiosa di etica statunitense Carol Gilligan ha contribuito a dare un'altra visione innovativa del lavoro di cura introducendo il concetto di 'etica della cura'. Il concetto considerato assume così l'importanza che nelle varie declinazioni della filosofia morale del passato hanno avuto nozioni fondamentali quali 'vita buona', 'virtù' e 'dovere'.

L'etica della cura denuncia la scarsa attenzione prestata fino ad ora dalla filosofia morale neomoderna a un insieme di relazioni che sono fondamentali per la sopravvivenza e la convivenza umana. La cura, infatti, è certamente l'attività di chi ha il compito di accudire bambini, malati, anziani, soggetti in cui la vulnerabilità è particolarmente evidente, ma può riguardare ogni essere umano, la cui vulnerabilità si può manifestare in molte

circostanze della vita. Questa teoria mette al centro la dipendenza e l'interdipendenza, criticando un modello sociale che tende a ignorare la voce dei più fragili (Gilligan 1982).

L'idea che valorizzare alcuni aspetti della vita particolarmente rilevanti nell'esperienza delle donne potesse suggerire un approccio alla filosofia morale alternativo rispetto alle teorie etiche dominanti ebbe grande risonanza, in particolare all'interno della riflessione femminista statunitense.

Tra le definizioni di cura più significative ricordiamo quella proposta da Joan Tronto e Berenice Fisher, le quali, in una accezione molto comprensiva, la considerano "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 cura" (Tronto e Fisher 1990, 36).

L'etica della cura, in definitiva, mette in guardia dalle astrazioni cui porta un approccio rigidamente razionalista, cercando di restituire un'immagine della vita più complessa e vicina all'esperienza reale, riconducibile a situazioni concrete, ordinarie, relative alle vite delle persone.

La cura è quindi un certo tipo di impegno rivolto verso l'esterno, non autoreferenziale, che porta all'azione ed è quindi allo stesso tempo una pratica e una disposizione del soggetto, un'attività fondamentale che ci caratterizza come specie umana.

Tronto considera la cura come composta da quattro fasi (*caring about*, *taking care of*, *care-giving*, *care-receiving*), a ognuna delle quali corrisponde anche un preciso elemento morale. La prima fase consiste nell'accorgersi dell'esistenza di un bisogno e nel valutare che merita di essere soddisfatto; l'elemento che corrisponde a questa fase è infatti 'l'attenzione'. La seconda fase è il prendersi cura nel senso di assumersi la responsabilità di soddisfare il bisogno identificato e decidere come farlo; l'elemento chiave, in questo caso, è la 'responsabilità'. La fase successiva consiste nell'effettivo soddisfacimento del bisogno di cura tramite l'azione; a questa fase corrisponde l'elemento della 'competenza' di chi presta cura. Infine, c'è la fase legata alla risposta alla cura da parte di chi la riceve, fase essenziale perché permette di capire se il bisogno di cura è stato effettivamente soddisfatto. In questa fase è centrale la 'reattività', che implica l'attenzione a come la cura viene recepita, per evitare possibili abusi dipendenti dalla vulnerabilità di chi riceve cura.

Queste quattro fasi nella realtà sono spesso sovrapposte e si ha buona cura solo quando sono tutte presenti, solo allora si può parlare di 'integrità

della cura'. Tronto nota, invece, come spesso il lavoro di cura (inteso solo come *care-giving*) sia affidato alle persone più svantaggiate della società, alle quali chi detiene maggiore potere economico e sociale affida il compito pratico della cura, riservandosi però le decisioni sulle prime due fasi della cura stessa. Questa mancata integrazione tra le fasi può portare a notevoli contraddizioni e a conflitti che nuocciono alla qualità della cura stessa. Tronto ritiene, inoltre, che la cura vada considerata come un'idea politica oltre che etica, vale a dire come un valore democratico. Tale concetto implica il riconoscimento del fatto che tutti siamo oggetto di cure durante la nostra vita e, quindi, della necessità di garantire un uguale accesso alle cure per tutti.

Dall'articolazione della cura in quattro fasi e dall'individuazione degli elementi morali legati a ciascuna di esse possono derivare spunti interessanti di tipo normativo del concetto stesso di cura (Tusino 2021).

I Caregiver

Ma chi è che concretamente si fa carico dell'attività di cura? Con il termine *caregiver* ci si riferisce, secondo quanto previsto dalla Carta europea elaborata dalla Confederazione delle organizzazioni di famiglia con persone disabili dell'Unione europea, ad un soggetto non professionista che viene in aiuto, in via principale, in parte o totalmente ad "una persona non autosufficiente, che dipende dal suo entourage per quanto riguarda le attività della vita quotidiana. Questo aiuto può essere prodigato in modo più o meno continuativo e può assumere varie forme, in particolare: cure infermieristiche, sanitarie, cure personali, accompagnamento all'educazione e alla socializzazione, pratiche amministrative, coordinazione, vigilanza continua, sostegno psicologico, comunicazione, attività domestiche, ecc." (Coface Handicap 2007, 2). Il documento insiste sulla reciprocità della scelta che avviene tra il familiare che si fa carico dell'assistenza e quella operata dall'assistito, oltre che sulla possibilità di revocare in qualsiasi momento tale scelta. Il soggetto che si prende cura di un familiare non autosufficiente, inoltre, sempre secondo la Carta europea, ha diritto a delle infrastrutture di cura, assistenza ed a varie reti di sostegno morale e psicologico su cui appoggiarsi, ciò a evidenziare come tale figura, di fatto, non si sostituisca ad altri tipi di intervento di natura professionale, non esonerando, "in alcun modo le Autorità pubbliche nazionali, regionali e locali dai loro obblighi di solidarietà nei confronti della persona aiutata e di chi la aiuta" (Coface Handicap 2007).

Il profilo del *caregiver* è stato riconosciuto

e delineato normativamente per la prima volta dalla Legge di bilancio 2018¹ che, al comma 255, lo definisce come persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti, quali il coniuge o una delle parti di un'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, ai sensi della legge n.76/2016² o del familiare (entro il terzo grado) o di un affine (entro il secondo grado) che, a causa di malattia, infermità o disabilità sia non autosufficiente e non in grado di prendersi cura di sé. È stato inoltre stabilito che il caregiver sia titolare di indennità di accompagnamento.

Come risulta dai dati Istat, il totale dei caregiver familiari che hanno fornito cure ed assistenza almeno una volta alla settimana a membri della propria famiglia ammonta, complessivamente, a oltre sette milioni di persone. La responsabilità dell'assistenza familiare ricade nella maggior parte dei casi sulle donne: 4,1 milioni, circa il 60% del totale³. Si tratta prevalentemente di donne di età compresa tra 45 e 55 anni (che svolgono anche un lavoro fuori casa, o che nel 60% dei casi hanno abbandonato la propria attività per dedicarsi a tempo pieno alla cura), ma anche persone anziane e malate che a loro volta si occupano dei loro cari più in difficoltà (Borgi *et al.* 2024). Il peso delle responsabilità è talmente gravoso che può ripercuotersi anche sull'attività professionale, al punto da portare a ridimensionare il proprio impegno lavorativo, o, nei casi più gravi, generare situazioni di burnout.

La condizione della persona caregiver familiare è particolarmente gravosa, sia sul piano fisico che mentale, e ciò può facilmente minare il suo stato di salute, anche a causa dell'innescarsi di una condizione cronica di stress psicologico che spesso non viene subito riconosciuto da chi lo patisce o chi ne soffre. Tale carico psicofisico viene chiamato anche 'burden del caregiver' e presenta disturbi del sonno, difficoltà a concentrarsi, depressione e/o sbalzi di umore, somatizzazioni e facilità ad ammalarsi, soprattutto nelle fasi non acute dell'assistito/a.

Utilizzando varie tipologie di scale sono stati messi a punto diversi questionari: Caregiver Quality of Life; Quality of Life in Family Carers of People with Dementia, Singapore Caregiver Quality of Life Scale; Dementia Adult Carer Quality of Life Questionnaire, in grado di analizzare molteplici aspetti del ruolo del caregiver: supporto emotivo, materiale e professionale, libertà di scelta, stress fisico e mentale/depressione, preoccupazioni

finanziarie, crescita personale, senso di scopo, senso di competenza, soddisfazione del ruolo di caregiving. Nel recente Rapporto ISTISAN (Borgi *et al.* 2024) si rilevano differenze dello stato di salute dei caregiver familiari rispetto al genere. Indagando tra i genitori di figli autistici, è emerso che le madri percepiscono una maggiore responsabilità genitoriale e più disagio emotivo, ansia e depressione rispetto ai padri, mentre questi ultimi accusano più disturbi della pressione arteriosa e della variabilità della frequenza cardiaca rispetto alle madri. In uno studio sui servizi sociali maggiormente usati dalle persone caregiver familiari è risultato che le donne usano maggiormente i servizi volti al counselling, mentre gli uomini servizi di assistenza a pagamento e altre forme di aiuto strumentale. Inoltre, la cura familiare palliativa per gli anziani è per lo più prestata dalle donne, le quali sperimentano una scarsa salute mentale e fisica associata all'aspettativa sociale che grava su di loro. A ciò si aggiunge un ulteriore carico mentale per le donne che accudiscono e contemporaneamente gestiscono le altre responsabilità, quali un lavoro a tempo pieno, la cura di altri figli e/o genitori anziani, con sempre meno tempo per sé stesse (Borgi *et al.* 2024).

Il lavoro di cura rimane, infatti, un'attività prevalentemente femminile, sulla quale il pensiero femminista ha in vario modo riflettuto, rendendo visibile un'attività essenziale a lungo troppo poco considerata, ma che rappresenta invece un nodo importante alla luce del quale considerare la relazione tra uomini e donne.

2. Lo sguardo femminista sulla cura

Il femminismo europeo

Connell (1987) definisce l'ordine di genere di una società come l'insieme dei regimi di genere all'interno di essa, ovvero quell'insieme di regole, relazioni e pratiche che determinano la struttura di genere di una società. Tale ordine è fondato su squilibri di potere che si esplicano nelle relazioni sociali, ed è il frutto di pratiche messe in atto. Nel processo di socializzazione al genere un ruolo centrale è giocato dalla famiglia, che è, ovviamente, il primo ambito in cui certe pratiche si apprendono. Se è vero che il genere è un insieme di pratiche variabili, è anche vero che il processo di socializzazione ad esso veicola contenuti determinati da credenze, valori e atteggiamenti di una data società e che definiscono

1 Legge 27 dicembre 2017, n. 205, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020.

2 Legge 20 maggio 2016, n. 76, Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze.

3 Si vedano i dati Istat su Salute e ricorso a servizi sanitari, Italia e Ue. Anno 2019, <https://www.istat.it/it/archivio/265399>.

quali pratiche siano ritenute appropriate per uomini e donne, diventando normativi e vincolanti per l'agire.

Né ci si può illudere che i profondi cambiamenti avvenuti nelle famiglie (sia come tipologia di famiglia che come divisione dei ruoli, con la riduzione del tempo dedicato dalle donne al lavoro familiare a fronte di un maggior impegno nel mercato del lavoro) abbiano portato ad una diversa valutazione di quella che il sociologo tedesco Elias (1988) definisce *forza sociale*⁴ delle donne nelle relazioni tra i generi.

L'approccio femminista all'economia denuncia come il paradigma neoclassico soffra di profondi pregiudizi androcentrici: si costruisce sull'assenza delle donne, viene negata la rilevanza economica alle sfere associate alla femminilità (l'ambito del lavoro in casa, della cura (lavoro non retribuito) e il lavoro di cura salariato) e si utilizza solo l'esperienza maschile nei mercati per definire la normalità economica. Non si guarda al campo della riproduzione, né si guarda alle donne che sono nel campo della produzione, né si cerca di visualizzare e spiegare la disuguaglianza di genere in nessuno di essi. Tutto ciò nasce dalla scissione tra gli ambiti del pubblico con quelli del privato-domestico che ha instaurato una divisione sessuale del lavoro che, seppur con qualche cambiamento, è persistente e continua a imporre un modello di famiglia nucleare che, di fatto, non esiste più o non è il solo modello rappresentativo di una società che sta attraversando molteplici cambiamenti. La diffusione della famiglia monoparentale, composta da un genitore e dai figli, ad esempio, rende di fatto superata questa divisione del lavoro. La famiglia allargata o ricostituita che unisce insieme un genitore, con eventuali figli e il suo partner con figli provenienti da relazioni precedenti, rende anch'essa necessaria una diversa organizzazione familiare rispetto al modello tradizionale di famiglia.

Negli anni Settanta inizia un primo tentativo di decostruire e denaturalizzare il binarismo sessuale, in quanto l'eterosessualità storicamente riconosciuta come naturale sta alla base della divisione sessuale del lavoro ed è uno strumento essenziale per il disciplinamento delle donne. Nell'ottica del femminismo occidentale la storia delle donne è segnata dall'"addomesticamento" allo spazio privato e la donna viene relegata nel lavoro riproduttivo della dimensione casalinga, nel contesto della configurazione capitalistica dei rapporti sociali. Il femminismo di matrice liberale ha spinto, quindi, affinché si realizzassero le precondizioni socio/politico/legislative per

un ingresso nel mondo del lavoro produttivo. Conseguentemente, molte delle battaglie del femminismo eurocentrico si sviluppano storicamente nel conflitto tra il riconoscimento dello spazio di riproduzione come lavoro e la fuoriuscita dallo spazio domestico verso un mercato del lavoro più ampio. La critica alla famiglia e al ruolo riproduttivo è stato uno dei punti cardine della riflessione del femminismo bianco.

L'invisibilità è un tratto distintivo del lavoro di cura, da mettersi in relazione con l'implicita richiesta di gratuità dello stesso e ai meccanismi sottesi al funzionamento dell'attuale sistema neoliberale. Del resto, così come "non si sarebbe mai data accumulazione senza l'esproprio del corpo della donna e della sua funzione lavorativa", allo stesso modo il lavoro gratuito, non più circoscritto ad una iniziale fase lavorativa, richiesto in molte forme di praticantato e stage non retribuiti, è diventato parte integrante del funzionamento del sistema del lavoro contemporaneo, dando vita ad un "formidabile spazio di accumulazione" (Curcio 2017).

La sociologa Christine Delphy (2020), introducendo il tema del *femminismo materialista*, teorizza invece l'esistenza, accanto al modello marxista di produzione capitalistica, di un secondo modello di produzione, di tipo domestico, che è patriarcale, perché frutto della divisione sessuale del lavoro (concetto fondamentale dell'economia femminista) e opera al di fuori del meccanismo del plusvalore, basandosi su quella che, banalmente, viene denominata "ineguale divisione dei compiti": le donne che non sono sul mercato del lavoro, ben lungi dall'essere inattive, sono molto presenti nell'economia. L'economia produttiva è solo la punta dell'iceberg (Pérez Orozco 2014) perché rappresenta la parte visibile, a discapito di tutta quella parte non visibile che appare non produttiva, ma senza la quale, invece, l'intero sistema non potrebbe funzionare (accudimento di figli, genitori anziani, cura della casa). Per definire lo sfruttamento del lavoro domestico, che si realizza in assenza di salario e fuori dal mercato, Delphy utilizza la categoria di 'appropriazione' (coniatà dalla sociologa femminista materialista Colette Guillaumin nel suo saggio *Sesso, razza e pratica del potere* del 1992), "gli uomini, in quanto gruppo, estorcono tempo, denaro e lavoro alle donne attraverso una serie di meccanismi, ed è in questa misura che costituiscono una classe" (Delphy 2020, 51). Con la nozione di "*travail domestique*" Delphy non designa solo il lavoro familiare destinato al

4 Con il concetto di "forza sociale" intendeva spiegare le differenze che gli individui hanno di influenzare il comportamento degli altri e quindi di esercitare potere.

consumo domestico (*travail ménager*), ma anche il lavoro svolto gratuitamente dalle donne nelle attività economiche del marito che entrano nel sistema dello scambio (*ivi*, 155). Mentre il modello di produzione capitalista avvantaggia i capitalisti, quello domestico va a beneficio degli uomini; il primo comporta uno sfruttamento di classe attraverso il lavoro salariato, mentre il secondo crea un'oppressione di genere materializzata nel lavoro domestico. Sono due sistemi parzialmente indipendenti ma che coesistono, interagiscono e spesso si rafforzano a vicenda. Le donne sono soggette a entrambi.

Occorre distinguere tra la cura e il lavoro di cura. Mentre il lavoro di cura è un lavoro a tutti gli effetti (retribuito più o meno adeguatamente), la cura copre aspetti più ampi: è attenzione e tutela verso la vita, le relazioni, l'ambiente, verso sé stesse. La cura in senso femminista ha una dimensione politica e non personale: significa autodeterminarsi, prendere posizione e lavorare in una dimensione collettiva per avviare trasformazioni. Una reale trasformazione del sistema dovrebbe iniziare con il rendere visibile il lavoro di cura non retribuito delle donne, assumere la cura come responsabilità collettiva e non individuale. Il personale è politico e quindi va considerato che la trasformazione o la sovversione del sistema non può avvenire solo grazie al cambiamento di strutture esterne, ma è necessario che ci sia un cambiamento endogeno del sistema di pensiero e quindi, del comportamento. La crisi degli ultimi anni, compresa quella scatenata dalla pandemia di Covid-19 ha dimostrato che non siamo indipendenti gli uni dagli altri, come il modello del sistema neoliberista suggeriva (mettendo il profitto economico al primo posto, a discapito della qualità e della sostenibilità della vita), ma siamo esseri interdipendenti. Quando aumenta la precarizzazione della vita e la conseguente crisi viene rigettata nel privato e sulla responsabilità del singolo, si fallisce. Se guardassimo alla crisi come a un fenomeno globale, che riguarda non solo i mercati finanziari, ma anche l'ambiente, la riproduzione sociale, la cura delle persone non autonome, allora ci si renderebbe conto che siamo di fronte a una crisi di civiltà causata dall'aver messo il profitto economico davanti al valore della vita (Pérez Orozco 2014).

Il femminismo afroamericano

L'esperienza delle studiose e attiviste afroamericane offre una differente visione dell'ambito domestico rispetto a quella del femminismo europeo.

Sin dai tempi della schiavitù, negli Stati Uniti, le donne nere hanno svolto ruoli centrali all'interno dell'economia delle piantagioni, nelle quali non era permesso agli schiavi di creare una famiglia. La possibilità di curare la propria casa e il proprio nucleo familiare erano considerati, invece, dalle donne nere come qualcosa di desiderabile, come un privilegio, il risultato di un'emancipazione rispetto a rapporti di dominazione, razziali e di classe. Le identità di genere non sono mai neutre e l'oppressione di genere assume forme diverse a seconda dell'identità etnica, religiosa o razziale. Anche il lavoro domestico della donna è un prodotto storico: in epoca coloniale questa aveva una natura completamente diversa per cui le donne erano lavoratrici a pieno titolo di un sistema economico a base domestica nel quale creavano esse stesse tutti i prodotti che necessitavano alla famiglia (da quelli tessili a quelli alimentari ecc.). Man mano che l'industrializzazione è avanzata, il lavoro domestico femminile ha perso importanza, l'intera economia, infatti, si è allontanata dall'ambito della casa. Si è generata una differenza strutturale tra produzione orientata al consumo domestico e quella volta allo scambio e al profitto; poiché il primo non genera profitto viene considerato come una forma inferiore di lavoro, a vantaggio di quello salariato (Davi 2018).

Mentre per il femminismo europeo la riproduzione è fondamentalmente sfruttamento e assoggettamento, per quello nero la stessa è anzitutto sopravvivenza e soggettivazione. E tuttavia, da questa lotta per la salvaguardia della propria comunità, di cui il nucleo familiare è prima espressione, la donna nera ne emerge esausta, consumata dal triplice ruolo che la vede sia lavoratrice al di fuori della casa, che all'interno e a tutela della collettività (Fagnito e Tola 2021). Anche in merito alle rivendicazioni per il lavoro domestico salariato, nate negli anni Settanta in Italia⁵ va sottolineata una differenza: gli stipendi statali alle casalinghe rischierebbero, secondo la studiosa e attivista afroamericana Angela Davis, infatti, di legittimare una attività che inebetisce alla lunga chi la pratica per la sua ripetitività, legittimando una forma di schiavitù domestica (Davis 2018).

La scrittrice statunitense bell hooks ci invita a riflettere sul significato profondo del concetto di "casa", che cambia con l'esperienza della decolonizzazione e della radicalizzazione. Lo spazio privato per le donne nere rappresenta, infatti, un approdo di fronte alla brutalità segregazionista, in cui potersi misurare in modo libero con la propria umanità, dove poter mettere in atto pratiche di

5 Movimento le cui origini teoriche sono da ascrivere ad un saggio di Mariarosa Dalla Costa intitolato "Potere femminile e sovversione sociale". La rivendicazione fondamentale si basa sull'assunto che le donne producono una merce con il lavoro domestico, fondamentale per far nascere, allevare e disciplinare e servire la forza lavoro per la produzione.

resistenza. La studiosa ci invita, quindi, a riconoscere il valore sovversivo della costruzione dello spazio affettivo della casa, attorno a cui si possono creare comunità di resistenza. Il 'margine', per l'autrice, è un luogo all'estremità, capace di far sviluppare uno sguardo diverso sul mondo; non è un semplice luogo di privazione ma lo spazio adatto per articolare un discorso contro-egemonico che dà vita alla capacità di resistenza, di creatività (hooks 1998).

Conclusioni

Come evidenziano le differenti prospettive sociologiche, sebbene la cura sia generata da un rapporto di interdipendenza e relazione, è anche attraversata da disuguaglianze che ne determinano l'organizzazione e la distribuzione. Si tratta di un insieme di attività disconosciuto e svalutato, che spesso sfrutta manodopera poco o per nulla remunerata, femminilizzata e razzializzata, e che trasforma corpi ed ecosistemi in risorse di cui appropriarsi. La cura è allo stesso tempo condivisione, creazione di convivialità, ma comporta relazioni di potere con cui confrontarsi per modificarne il senso e trasformare le modalità del vivere comune (Fragnito e Tola 2021). Essa, infatti, si fonda sull'esistenza di una relazione tra individui,

anche laddove si tratta di una relazione asimmetrica, di dipendenza (Marzi 2024).

Nonostante tale attività, in senso lato, sia fondamentale per la sopravvivenza della vita umana (Tronto 2006), manca in Italia (ma non solo) una consapevolezza generale del 'problema' della cura, una sensibilità collettiva. Il lavoro di cura rimane una questione da risolvere soprattutto entro le mura domestiche, all'interno del legame familiare fra genitori e figli. Si ripropone ossia, anacronisticamente, un approccio familistico al tema.

Occorrerebbe dare effettivamente valore alle attività che sostengono e 'riparano' il mondo, inteso come l'insieme di corpi e ambiente, considerando la cura come 'un'attività della specie', indispensabile perché ne garantisce la sopravvivenza (Tronto 2006). Sarebbe necessario superare definitivamente gli stereotipi di genere secondo cui si tratterebbe di un'attività e un'attitudine 'femminile', soprattutto delle donne immigrate, che non richiede alcuna formazione professionale. Il fatto che il lavoro di cura sia stato e sia in larga misura affidato alle donne come un aspetto tipico del loro ruolo di genere ne ha nascosto, infatti, sia la necessità sociale che il valore (Saraceno 2018).

Bibliografia

- Borgi M., d'Amore A., Chiarotti F., Silenzi A., Masella R., Petrini M. (a cura di) (2024), *I Convegno Stress, salute e differenze di genere nei caregiver familiari*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 24 maggio 2023, Atti, Rapporti ISTISAN 24/6, Roma, Iss
- Camilletti E., Nesbitt-Ahmed Z. (2022), COVID-19 and a 'crisis of care': A feminist analysis of public policy responses to paid and unpaid care and domestic work, *International Labour Review*, 161, n.2, pp.195-218
- Coface Handicap (2007), *Carta europea del familiare che si prende cura di un familiare non autosufficiente*, Bruxelles, Confédération des organisations familiales de l'Union européenne, Commissione europea
- Connell R.W. (1987), *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*, Stanford, Stanford University Press
- Curcio A. (2017), "Lo chiamano amore". Note sulla gratuità del lavoro, in Coin F. (a cura di), *Salari rubati*, Verona, Ombre Corte
- Davis A. (trad. it. 2018), *Donne Razza e Classe*, Roma, Ed. Alegre
- Delphy C. (2020), *Per una teoria generale dello sfruttamento. Forme contemporanee di estorsione del lavoro*, Verona, Ombre Corte
- Elias N. (1988), *Il processo di socializzazione*, Bologna, il Mulino
- Fragnito M., Tola M. (a cura di) (2021) *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*, Napoli-Salerno, Orthotes Editrice
- Fraser N. (2023), *Capitalismo cannibale. Come il sistema sta divorando la democrazia, il nostro senso di comunità e il pianeta*, Roma-Bari, Laterza
- Fraser N. (2017), *La fine della cura. Le contraddizioni sociali del capitalismo contemporaneo*, Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni (Mi)

- Gilligan C. (1982), *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Harvard University Press
- Guillaumin C. (2024), *Sesso, razza e pratica del potere. L'idea di natura*, Verona, Ombre Corte
- Hochschild A.R. (2000), *Global Care Chains and Emotional Surplus Value*, in Giddens A., Hutton W. (eds.), *On the Edge: Living with Global Capitalism*, London, Jonathan Cape
- hooks b. (1998), *Elogio del margine: razza, sesso e mercato culturale*, Milano, Feltrinelli
- Marzi L. (2024) *Raccontare la cura. Letteratura e realtà a confronto*, Roma, Editrice Futura
- Pérez Orozco A. (2014), *Subversión feminista de la economía. Sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de Sueños
- Saraceno C. (2018), La dimensione di genere nell'analisi del welfare e nelle proposte di riforma, *Rivista delle Politiche Sociali*, n.1, pp.113-130
- Saraceno C. (2008), Spezzare il cerchio. Donne immigrate e lavoro di cura, *Qualificare*, gennaio
- The Care Collective (2021), *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*, Roma, Alegre Edizioni
- Tronto J.C. (2006), *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Reggio Emilia, Diabasis
- Tronto J.C., Fisher B.K (1990), Toward a Feminist Theory of Caring, in Abel E.K., Nelson M.K. (eds), *Circles of Care: work and identity in Women's lives*, Albany, Abel & Nelson Eds., pp.36-54
- Tusino S. (2021), *L'etica della cura: Un altro sguardo sulla filosofia morale*, Milano, Franco Angeli

Tiziana Di Iorio

t.diiorio@inapp.gov.it

Collaboratrice di ricerca presso la Struttura Economia civile dell'Inapp, si occupa di questioni di genere, diritti umani ed economia civile. Tra le sue recenti pubblicazioni si segnalano: *Libri dietro le sbarre. Accompagnare il diritto allo studio delle persone private della libertà*, Inapp, 2024; con M. Parente, I. Ciambezi, M. Taricco, *Progetti di emersione per donne vittime di tratta e sfruttamento*, *Rivista Studi emigrazione*, 2025 (in corso di pubblicazione).

Maria Parente

m.parente@inapp.gov.it

Ricercatrice presso la Struttura Economia civile dell'Inapp, si occupa di sfruttamento lavorativo e tematiche di genere, in particolare delle donne migranti. Fra le pubblicazioni si segnalano: con A. Cornice, *Tra vecchi e nuovi paradigmi di precarietà: dai braccianti agricoli ai riders, dove sta andando la qualità del lavoro*, *Rivista economica del Mezzogiorno*, 2021; con R. Fefè e G. Filosa, *L'estranea in casa: le badanti straniere tra diffidenza e integrazione*, *Professionalità studi*, 2022; con G. Noviello, *Settore domestico e lavori di cura fra carenza del sistema di welfare e lacune normative*, *Economia e Lavoro*, 2024.