

Donna e umanizzazione della salute

Palma Sgreccia



Presentazione

Che cosa significa *umanizzare la salute*? Come la *prospettiva della donna* può contribuire a questo scopo? Quali sono le *urgenze attuali*?

Umanizzare la salute significa valorizzare le varie dimensioni della persona non solamente all'interno dell'intervento sanitario, implica anche promuoverle attraverso politiche sociali e ambientali, proprio perché l'equilibrio salute non riguarda soltanto la medicina.

Le qualità femminili – l'attitudine alla cura, la dedizione all'altro, l'empatia, la flessibilità, il senso della concretezza, l'attenzione alla vulnerabilità e alla non autosufficienza – sono elementi fondamentali per contribuire a ristabilire la salute e promuovere politiche sanitarie eque.

Attualmente è aumentata la popolazione non autosufficiente (anziani, persone con patologie neurodegenerative) e nello stesso tempo manca un'adeguata rete dei servizi sul territorio. È *l'esprit de finesse* femminile che si fa carico del cosiddetto lavoro della dipendenza, tanti *io* che si fanno *trasparenti* a se stessi, ma i cui diritti rischiano di non essere riconosciuti.

L'umanizzazione della salute

La riflessione sull'umanizzazione della salute inizia già dagli anni '70 per sottolineare l'esigenza e l'impegno effettivo a tener presente, nell'intervento sanitario, le molteplici dimensioni della persona che concorrono a influenzare la sua salute, nella consapevolezza che

questi condizionamenti non sono strettamente sanitari, ma sociali, ambientali e politici¹.

L'idea di *salute* – almeno nei Paesi ricchi – ha subito un forte processo di espansione, è il *benessere* che ricomprende il tradizionale concetto di *integrità psico-fisica, senza tuttavia esaurirsi in esso*. La definizione “ampia” (benessere) dell'OMS (1946) è stata fortemente criticata in ambito sia medico che etico-filosofico. Sono note le critiche, in particolare di Callahan², legate sostanzialmente all'ampiezza eccessiva di tale definizione e al suo carattere “illusorio”: chi dicesse di trovarsi in salute come stato di «completo benessere fisico, psichico e sociale» sarebbe guardato come uno stravagante; c'è il rischio di includere ogni problema sociale nella sfera dei problemi di salute con le conseguenti difficoltà nel delimitare i compiti della medicina.

In senso positivo, occorre notare che l'accettazione di un'idea ampia di salute di per sé non conduce alla “medicalizzazione”³: ci può anche far comprendere che la salute è molto di più di quanto è di competenza della professione medica, i cui obiettivi continueranno ad essere quelli di prevenire e curare le malattie, e non di trattare l’“infelicità” o di fornire risposte ad ogni “desiderio” personale. E, dunque, «fermo il ruolo della medicina, il livello effettivo di salute, intesa come benessere globale, sarà influenzato e dipenderà da altri tipi di competenze scientifiche o di politiche sociali: la psicologia, tesa al miglioramento del benessere mentale; la sociologia, come strumento per il positivo sviluppo delle strutture sociali ed i fenomeni di aggrega-

Professore
Straordinario di
Filosofia Morale e
Bioetica presso
l'Istituto di
Teologia Pastorale
Sanitaria
“Camillianum”

zione; le politiche ambientali, anche relativamente alla salubrità dell'ambiente di lavoro; le politiche a sostegno del reddito, del lavoro e del tempo libero, della genitorialità (aiuti economici, asili nido, ecc.), soprattutto in presenza (e in "attesa") di figli con disabilità, e via dicendo»⁴.

Umanizzare comporta uno sguardo non riduzionista, è vedere il soggetto e non l'oggetto, la persona e non la cosa, l'interlocutore più che l'utente. Significa considerare il soggetto sempre come "qualcuno" e non "qualcosa", riconoscerlo come persona, nella sua rilevanza⁵, sempre come un fine e mai semplicemente come un mezzo, secondo l'imperativo kantiano⁶. Come nota Jonas, in ambito sanitario il rischio è quello della "cosificazione", l'essere umano può essere considerato un oggetto, una cavia, non una persona⁷.

L'umanizzazione non riguarda solo gli altri, gli addetti ai lavori, ma ciascun soggetto nel suo modo di agire e di vivere salute e malattia.

Nonostante la consapevolezza che l'equilibrio salute sia oggetto di molte discipline, l'appello all'umanizzazione si è mosso soprattutto come denuncia di una medicina diventata disumana perché gli operatori "non vi mettono cuore", "non sono motivati in senso altruistico e filantropico", non curano "per vocazione", non assumono l'atteggiamento del "buon samaritano". La disumanità della medicina (il discorso potrebbe farsi per altre discipline) non va fatta risalire soltanto agli atteggiamenti interiori o alla qualità morale degli operatori, bensì al fatto che si è perso l'uomo nella sua integralità, la capacità di considerare la totalità dell'essere umano, l'uomo come soggetto. Si adotta il procedimento tipico delle scienze della natura e, con questa metodologia, si tende ad escludere gli aspetti psichici, spirituali, storico-biografici e sociali dell'esistenza umana.

L'umanizzazione passa per la professionalità: «Non si tratta di sostituire il bisturi o la che-

mioterapia con una calda mano sulla fronte... E tanto meno di rinfocolare la polemica tra medicina scientifica e medicine alternative (e ancor meno di contrapporre a un sapere razionale dei saperi esoterici!). Bisogna piuttosto attribuire a ogni professione, anche a quelle che si basano sulle scienze umane, il giusto rilievo e la debita autonomia, sviluppando allo stesso tempo nei sanitari la capacità di lavorare in équipe»⁸.

Ranci Ortigosa propone sei punti di attenzione sul tema dell'umanizzazione per evitare di fuggire dalla realtà quotidiana o di evadere in senso moralistico⁹:

1) L'esigenza di non "settorializzare" la malattia, di non riferirla esclusivamente ad una parte dell'uomo. Salute e malattia interessano in varia misura tutto il sistema persona, nei suoi equilibri e nella sua evoluzione di insieme. Tale impostazione comporta per i servizi sanitari, di non ridurre sistematicamente il loro intervento

a singole prestazioni, sia pure di elevata qualità tecnica.

2) L'esigenza di assumere rispetto al soggetto sempre una prospettiva storica, che coglie l'originalità ed unicità di ogni paziente.

3) È importante considerare la rete di relazioni della persona, che normalmente rappresenta una grande risorsa.

Certo la rete relazionale può anche presentare nodi e problemi, possibili elementi concorrenti rispetto alla patologia e al suo decorso, che vanno individuati ed affrontati attraverso un'adeguata elaborazione e gestione.

4) Il rigore tecnico e la comprensione esistenziale non sono in alternativa, ma in stretta connessione.

5) Occorre porre l'operatore e il servizio entro un campo relazionale, senza fissare l'identità di ciascuno in un ruolo precodificato, standardizzato.

6) Un compito importante dell'operatore è proprio quello di entrare in relazione, cercando di essere consapevole del tipo di inte-

*San Camillo de Lellis
invitava i suoi confratelli
infermieri ad assistere
i malati con la stessa
premura di una madre
verso il suo unico
figlio infermo*

razione che si stabilisce, e di alimentare per parte sua questo scambio. Oltre che sulle sue risorse professionali, allora, l'operatore nel rapporto terapeutico fa leva anche su una competenza relazionale. In sintesi, l'efficacia di un intervento sanitario, oltre che dal contenuto tecnico dello stesso, dipende infatti dalle modalità con le quali si attua il processo relazionale.

Secondo Cavicchi¹⁰ occorre recuperare il soggetto, un soggetto che non sia solo utente, nel caso dei cittadini, o solo dipendente nel caso degli operatori. Il soggetto sembra aver subito un "tracollo", nel senso di essere stato soppiantato da una serie di realtà extra-soggettive, diventando un soggetto assoggettato: reificato, passivo, isolato e privato delle motivazioni¹¹.

L'appello all'umanizzazione della salute storicamente è stato fatto proprio dagli ordini religiosi sanitari¹², come i Fatebenefratelli e i Camilliani. È il fondatore di questi ultimi, San Camillo de Lellis, che quattro secoli fa invitava i suoi confratelli infermieri ad assistere i malati con la stessa premura di una madre verso il suo unico figlio infermo¹³.

Il Novecento ha contribuito con la filosofia personalista¹⁴ e fenomenologica¹⁵ all'umanizzazione, a porre al centro la persona, la corporeità e il contesto vitale: ogni uomo è unico e irripetibile, insostituibile, non è uno fra molti o parte di un tutto; si sottrae alla molteplicità e alla numerabilità, alla parzialità e alla funzionalità. Dimensioni essenziali della persona sono la relazionalità – l'essere umano viene al mondo abitando in altri – e la corporeità che rappresenta la nostra apertura al mondo, ma ci rivela anche la nostra vulnerabilità e finitudine.

Da questa prospettiva personalista è lontana l'idea moderna del *contratto*, che, assumendo l'individualismo come l'indiscusso presupposto, si illude di aver trovato la "sutura" tra membri smembrati. Pertanto «la valorizzazione della dimensione relazionale acquista particolare rilevanza nello scenario aperto da sentite esigenze presenti nel campo sanitario: l'esigenza di integrare la dimensione intersoggettiva nella pratica clinica; l'esigenza di un'organizzazione dei servizi socio-sanitari

centrata sulla persona; l'esigenza di valorizzare la differenza umana della nascita, della malattia e della morte. Ispirarsi al personalismo vuol dire impedire che la massiccia medicalizzazione riduca questi eventi a fatti amministrati da una logica puramente igienico-sanitaria, spogliati della loro differenza umana»¹⁶.

Umanizzare significa riconoscere che la persona *ha una dignità, va sostenuta*, impone *rispetto e cura*, pratiche tipiche della storia femminile.

Il contributo dell'esprit de finesse della donna: tra natura e cultura

La prospettiva femminile prende come punto di partenza la corporeità e la finitudine, sottolinea l'importanza della relazionalità, della voce dei deboli, della dimensione emotiva, della concretezza delle situazioni, riconosce l'irripetibilità e l'unicità di ciascuno di noi.

La riflessione "femminista moderata" spesso s'identifica con l'"etica della cura", che ha trovato un'espressione fondamentale nello studio *In a different voice* di C. Gilligan¹⁷, secondo la quale l'approccio morale femminile è rintracciabile in un coinvolgimento – interiore, personale, affettivo, concreto, particolare, narrativo – nel contesto della cura, intesa come attenzione ai bisogni dell'altro, ascolto, empatia, sollecitudine. Mentre l'approccio morale maschile sarebbe identificabile con l'individualità, l'autonomia e l'autoreferenzialità, in un atteggiamento di rispetto formale, distaccato e impersonale, in un metodo razionale logico-deduttivo nel contesto della giustizia.

Gilligan riconosce esplicitamente che la differenza di approcci morali è indipendente dall'appartenenza di genere; la rilevanza della frequenza statistica non deve costituire la base di una radicalizzazione ontologica (esistono donne che agiscono secondo giustizia e uomini con atteggiamenti di cura). In questo senso la "voce differente" non coincide con la "voce di donna".

L'etica della cura¹⁸ pone l'enfasi sulla relazione come responsabilità: prendersi cura è un atteggiamento strutturalmente relazionale in quanto presuppone il riconoscimento

dell'esistenza di un altro e l'obbligo del rapporto con l'altro, in contrapposizione all'individualismo che considera l'individuo in senso atomistico. La relazionalità acquisisce una peculiare rilevanza proprio nelle situazioni di asimmetria, ossia di non pariteticità tra chi si prende cura e chi ha bisogno della cura e in situazioni di reciprocità, ossia di non possibilità di ridare ciò che si è ricevuto. L'etica della cura si contrappone al contrattualismo e alla logica dello scambio, all'utilitarismo e all'efficientismo.

La cifra fondamentale di questo atteggiamento di disponibilità attenta all'altro è rintracciata da N. Noddings¹⁹ nell'espressione inglese *engrossment: to engross* significa «occupare interamente l'attenzione di qualcuno», essere costantemente al centro della sua coscienza. La cura si esplicherebbe quindi anzitutto in un *interessamento preoccupato* nel contesto del quale ciò che determina le scelte e le azioni è la loro attitudine a realizzare praticamente una risposta ai bisogni autentici dell'altro. Poiché le regole universali sono fatte appunto per trattare tutti in modo eguale in circostanze analoghe, l'atteggiamento di cura si pone in contrasto con l'impersonalità che tale procedimento comporta, rifiutando il sistematico ricorso a livelli sempre ulteriori di universalità. C'è un ruolo centrale per i sentimenti, si è lontani dal mito del soggetto moderno, osservatore imparziale, razionale, senza condizionamenti emotivi.

Secondo J. C. Tronto, la cura è stata sempre oggetto della riflessione morale, oggi deve diventare oggetto di quella politica. Non ci dovrebbe essere il confine tra la morale e la politica, come voleva Aristotele nell'*Etica Nicomachea*: «Sostengo che la cura possa servire sia come valore morale sia come base per la realizzazione politica di una buona società»²⁰. Tra gli esempi più interessanti della riabilitazione politica della cura c'è la riflessione di M. Nussbaum con la sua teoria della giustizia che, riprendendo alcuni aspetti dell'etica clas-

sica-aristotelica e la «teoria delle capacità» di A. Sen, mira a correggere i presupposti antropologici del pensiero liberale, incapace di affrontare il tema della vulnerabilità e disabilità perché «ignora il fatto che la nostra dignità è quella propria di una particolare specie di animali; è una dignità che non potrebbe essere posseduta da un essere che non fosse mortale e vulnerabile, proprio come la bellezza di un ciliegio in fiore non potrebbe essere posseduta da un diamante [...] manca di considerazione per aspetti della nostra vita (i nostri desideri fisici, le nostre risposte sensoriali alla bellezza) che hanno valore, e distorce la nostra relazione con gli altri animali [...] ci induce a pensare che il nostro nucleo essenziale consista nell'essere autosufficienti, senza

bisogno dei doni della fortuna; nel pensare in questo modo travisiamo la natura della nostra moralità e della nostra razionalità, che sono esse stesse interamente materiali e animali. Impariamo a ignorare il fatto che le malattie, l'età avanzata e gli incidenti

ostacolano le funzioni morali e razionali, esattamente come ostacolano la mobilità e la destrezza. [...] Ci porta a pensare a noi stessi come a esseri non sottoposti alle conseguenze del tempo. Dimentichiamo che il ciclo usuale della vita umana inizia con un periodo di estrema dipendenza, nel quale il nostro funzionamento è simile a quello di persone che sono mentalmente o fisicamente handicappate per tutta la loro vita»²¹.

L'etica della cura – e la connessa politica della cura – si oppone al punto di vista dell'osservatore imparziale, ad uno sguardo da nessun luogo, perché ciò che conta è l'esperienza incarnata e personalizzata.

Questo *esprit de finesse* è la premessa per tutelare la centralità della persona e la complessità del fenomeno salute, nelle sue dimensioni biofisica, psichica, relazionale, socio-ambientale e spirituale.

L'attitudine al *prendersi cura* è riconosciuta alla donna e il *dependency work*²² viene svolto pre-

*Prendersi cura
di una persona
presuppone
il riconoscimento
dell'esistenza
di un altro*

valentemente dalle donne, anche se la letteratura femminista afferma la necessità di una distribuzione più equa di questo lavoro, basata sulle abilità e sulle inclinazioni della persona piuttosto che sul genere²³. Per questa ragione Eva Kittay dichiara di preferire l'espressione *dependency work* a *mothering* che designa il prendersi cura paradigmatico, quello della madre, proprio per evitare l'essenzialismo che propone una *natura delle donne*, accogliente e affettiva. In modo efficace scrive: «L'accudimento delle persone dipendenti non è necessariamente, né esclusivamente, ambito di competenza delle donne. Tuttavia sono soprattutto le donne ad assumersi questo impegno. Curare e crescere i figli non è compito proprio delle madri. Io stessa ho constatato quanto i padri possano essere abili nel prendersi cura, nel concreto, dei figli, per cui sono convinta che non ci sia niente di intrinsecamente legato al genere in un simile lavoro di assistenza. Tuttavia, ignorare il fatto che la maggior parte del lavoro di accudimento sia svolto dalle madri e chiamare questo lavoro "parenting" invece di "mothering" è una distorsione che danneggia le donne. Pertanto, seguo l'esempio di altre femministe che hanno chiamato la cura dei bambini *mothering*, pur prendendo atto che anche i padri possono essere "madri" eccellenti. Detto questo riguardo i termini di genere "mother" e "mothering" dato che sono soprattutto le donne a prendersi cura di chi dipende, tuttavia preferisco usare una definizione più neutra, cioè definire *dependency worker* chi si occupa di persone dipendenti. Il ricorso a un'espressione neutra riflette una visione legata alla mia nozione di "dependency work" o "lavoro di dipendenza", visione secondo la quale se questo onere oggi giorno è di gran lunga un lavoro di genere, non è necessario che lo sia. [...] L'attività di prendersi cura di chi è dipendente deve essere distribuita, come dovrebbero esserlo tutte le professioni, non sulla base del genere (né della razza o della classe), ma dell'abilità e dell'inclinazione»²⁴.

Kittay definisce chi si prende cura degli ammalati e degli non autosufficienti come *io trasparente* perché prima di vedere sé vede l'altro. *L'io trasparente* è in primo luogo l'io femminile,

le donne che si prendono cura dei figli, dei padri, dei fratelli, che svolgono molteplici attività di accudimento, spesso con scarsa remunerazione. L'io trasparente è anche l'io non visto perché non ci si rende conto a sufficienza delle sue aspirazioni, dei suoi diritti, della sua stanchezza. È l'io delle *dependency workers* sulle cui spalle si regge la cura della non autosufficienza, in una fase storica in cui la sanità sul territorio non è organizzata.

Per Sara Ruddick c'è una "pratica materna" a cui si collega un "pensiero materno"²⁵, cioè strategie di protezione ed educazione che si applicano anche in ambito pubblico e politico. Secondo Ruddick, il pensiero materno connesso alla pratica materna non ha niente di sentimentale e retorico, ma ha una creatività forte e determinata, è un accesso alla verità veicolato dall'attenzione e dall'amore; la vicinanza diventa conoscenza.

È proprio del pensiero materno l'attenzione e l'amore che implica l'apprezzamento di chi viene conosciuto. Il cuore di madre è insieme testa di madre a cui sono connesse la flessibilità, la mobilità, la capacità di adattamento a situazioni improvvise. Ruddick precisa che il pensiero materno non appartiene necessariamente alle madri di fatto.

Le *pratiche materne* e il *pensiero materno* di cui parla Ruddick richiamano le "virtù mistiche"²⁶, su cui si sofferma la filosofa G. E.M. Anscombe, allieva di Wittgenstein e curatrice dei suoi scritti. Le virtù mistiche non rendono la vita più comoda, ma sono legate alla sostanza della vita, riguardano l'essere prima dell'agire. La conoscenza profonda della verità del nostro essere è un sapere per connaturalità (*connatural knowledge*)²⁷, nasce dalla sofferenza e dalle pratiche morali. È una conoscenza che si radica nella stessa dignità dell'essere umano, nella nostra strutturale uguaglianza, nel cosiddetto nesso umano (*human-ness*)²⁸.

Anscombe fu una filosofa anticonformista, una fiera avversaria del divorzio e dell'aborto, per lo scandalo della sinistra, ma anche un'accesa attivista antimilitarista e antibellicista, per quello della destra. Cattolica e madre di sette figli scriveva tra giocattoli e pannolini, coerente e determinata come le madri che inten-

dono crescere le proprie creature testimoniando i principi scelti.

Il pensiero contemporaneo è poco incline a riconoscere principi fondamentali, strutture esistenziali, che prescindano da quanto la società stabilisce. In questa prospettiva scrive Elena Rigotti: «I caratteri di cura, dedizione all'altro, sentimento, emozioni, concretezza, attenzione al particolare, empatia vengono attribuiti alle donne con un tipo di ragionamento che scambia la causa con l'effetto: non è la natura a condizionare la cultura quanto la cultura a dar senso alla natura. Privata in molte culture dell'identità legata a un mestiere specifico, magari astratto, e costretta alla genericità e alla concretezza dei mestieri di casa, che cos'altro restava infatti alla donna se non sviluppare le capacità che poteva

esercitare dal suo luogo di privazione della sfera pubblica e dell'astrazione (perché questo significa "privato")»²⁹.

Da questo punto di vista femminista non avrebbe senso parlare di una "natura" della donna volta al dono di sé, alla sollecitudine per i bisognosi e a promuovere l'ordine dell'amore, come è invece detto nell'Enciclica *Mulieris dignitatem*³⁰. Nella linea dell'Enciclica si era espressa la filosofa Edith Stein, secondo la quale la donna per *vocazione naturale* è capace di privazione, adattamento, adesione al concreto, di amore e servizio; l'educazione deve preparare le donne al loro futuro destino di compagne e madri, all'amore nel servizio che le destina alla loro più alta funzione, elevare l'umanità di altri. Precisa che «Il modo di pensare della donna, e i suoi interessi, sono orientati verso *ciò che è vivo e personale* e verso *l'oggetto considerato come un tutto*. Proteggere, custodire e tutelare, nutrire e far crescere: questi sono i suoi intimi bisogni, veramente materni. Ciò che non ha vita, la *cosa*, la interessa solo in quanto serve al vivente e alla persona, non in se stessa»³¹.

Anche chi nega che ci sia una specifica vocazione naturale femminile, non può non affermare che queste qualità, materne, siano fondamentali per umanizzare e che storicamente siano state incarnate soprattutto dalle donne.

Il mercato senza prezzo della cura sul territorio

A causa della crescita di malattie croniche e disabilità connesse all'invecchiamento e dell'aumento della popolazione anziana, una proporzione crescente della popolazione richiede cure continuative. Tale incremento della disabilità rappresenta una sfida decisiva per l'organizzazione sociale che presenta molte lacune.

Nonostante ci sia una crescita della domanda di cura ed un indebolimento delle reti di solidarietà familiare, non c'è una sostanziale revisione dell'approccio delle politiche pubbliche al problema della non autosufficienza.

Il sistema complessivo delle misure di sostegno per gli anziani non autosufficienti è caratterizzato dalla ridotta offerta di servizi pubblici o a finanziamento pubblico, dall'assenza di coordinamento tra diversi tipi e livelli di intervento. La quantità e qualità dei servizi erogati, l'ammontare delle risorse disponibili e la definizione dei criteri di accesso si sono sviluppati in maniera fortemente eterogenea e differenziata nei territori. Nonostante tale differenziazione, anche nelle aree di maggiore sviluppo dei servizi sociali e sociosanitari (in particolare le regioni del Nord Italia ed alcune province e città al loro interno) l'intervento pubblico non rappresenta una risorsa sufficiente a fare fronte a bisogni di cura sempre più intensi, continuativi e differenziati.

Per questo si è sviluppato un nuovo "mercato privato della cura"³² che ruota attorno alle cosiddette *badanti*: «Ciò che caratterizza il lavoro delle badanti è la realizzazione di una vasta

*La Mulieris dignitatem
rileva che la donna
è per natura volta
al dono di sé,
alla sollecitudine
per i bisognosi e a
promuovere l'ordine
dell'amore*

gamma di compiti differenti, che variano dalla cura delle persona, alla sorveglianza, alla cura della casa, alla relazione, in un contesto di convivenza. Se tale delega rappresenta una sostanziale novità rispetto al modello tradizionale, essa riprende e riproduce due aspetti importanti che hanno forti continuità con il passato. Da un lato, la funzione della badante ricalca e riproduce il modello di cura informale – non specializzato e totalizzante – che caratterizzava l'accudimento degli anziani da parte delle figlie e delle nuore. In un certo senso, il fatto che le cure offerte siano le stesse, pur se fomite da altri, fa apparire il passaggio dalle cure informali a quelle di mercato meno traumatico e forse più accettabile. D'altro canto, la figura della badante o, se si vuole, dell'assistente familiare, si è costruita a partire dal profilo delle lavoratrici domestiche, che in Italia hanno tradizionalmente svolto un ruolo più significativo che in altri Paesi europei. Al tempo stesso, la figura della badante trasforma tale profilo riempiendolo di nuovi significati»³³.

Molto spesso il compenso al lavoro delle badanti è garantito attraverso l'«indennità di accompagnamento», che è il contributo monetario più importante, erogato a favore di chiunque presenti, a prescindere dall'età e dalle condizioni economiche, un forte deficit di autonomia e bisogno di cure continuative, purché non si tratti di persone ricoverate gratuitamente in istituto. L'indennità, concessa sulla base di un accertamento sanitario, ha come prerequisito la totale disabilità, l'inabilità al lavoro pari al 100%. Inoltre, occorre che il richiedente non sia in grado di muoversi da solo o di svolgere in autonomia gli atti della vita quotidiana e per questo necessita di cure continuative.

Ben 2.400.000 famiglie italiane ricorrono a collaborazioni di assistenti per la gestione di anziani o di persone non autosufficienti. Per lo più provengono dall'estero: «Nel 1982 proveniva dall'estero solo il 5,6% delle forze di lavoro occupate nell'ambito di attività di assistenza e servizio domestico. Trent'anni dopo, l'incidenza percentuale appare vistosamente moltiplicata: più dell'80% ha origine straniera e il 71,8% proviene da Paesi extra-

comunitari. Nel periodo 2001/10 è il bacino dell'Europa dell'Est a far registrare l'accelerazione più consistente, con una variazione positiva degli accessi pari al 1270%: l'andamento degli impieghi di forze di lavoro indigene contemporaneamente segna un incremento del 23,7%. Anche se la stampa oggi insiste sul ritorno alle collaborazioni domestiche da parte di italiane rimaste a causa della crisi disoccupate e prive di alternative non è sostenibile l'ipotesi di un rovesciamento dei rapporti a “favore” delle nostre connazionali. Il mercato del lavoro di cura e delle collaborazioni domestiche si presenta con un tratto dominante di presenza straniera femminile che non sembra destinato ad essere modificato in termini significativi. Nel 2010 circa 6 presenze straniere su 10 provengono da Romania, Ucraina, Moldavia e Polonia, e si tratta di flussi caratterizzati per la quasi totalità dalla componente femminile. Anche in anni più recenti segnati dalla crisi (2010/12) la variazione del numero di straniere occupate è positiva e risulta pari al 19,1%: il dato corrispondente alla componente maschile è 7,2%. Da recenti dati ufficiali il totale delle migranti impiegate nel settore supera le 800.000 unità e sopravanza di quasi 5 volte il dato riferito ai maschi stranieri. Nella pubblicistica sulla materia, peraltro, circolano stime che spostano il totale di presenze femminili ben al di sopra del milione di unità, includendo presenze irregolari e rapporti di lavoro informali che peserebbero quasi per il 40%»³⁴.

Si genera una catena globale della cura: le migranti dalle aree più povere vengono a sollevare le donne occidentali dai propri carichi e ad accudire minori e anziani, lasciando ad altre donne l'onere di badare agli affetti che ci si lascia alle spalle. Si richiede loro prestazioni legate alla sfera domestica e ai carichi di cura familiare, identificate dal gergo internazionale con la sigla 3C (*cooking, caring, cleaning*). Il fenomeno ha un'opacità congenita, è costituito da prestazioni che rimangono “invisibili”: oltre alla preparazione dei pasti, alla pulizia domestica, alla compagnia e alla cura dell'igiene personale della persona assistita, c'è anche la somministrazione delle me-

dicine. C'è spesso una progressiva attribuzione di carichi, che può condannare le migranti ad una sorta di "relazione claustrofobica", specie se si tratta di co-residenza. Le famiglie tendono ad attribuire alla dimensione del tempo di cura un peso che esula da intese formali e contratti impliciti. Si compra lavoro ma si domanda affetto, e – vista la condizione di bisogno della *caregiver* straniera, specie se le si "garantisce" una casa – tendono a considerare il lavoro quasi un "rapporto di mutuo soccorso".

Le migranti sono chiamate ad essere essenzialmente braccia che sollevano, corpi che faticano, ma anche sorrisi che leniscono le preoccupazioni delle persone assistite. Ci si aspetta che agiscano non tanto in forza di un contratto, ma in ragione di un affetto per le persone assistite. Sono parte della famiglia e contemporaneamente estranee, a seconda delle convenienze, e la casa in cui si presta servizio diventa una sorta di istituzione totalmente assorbente e ciò aumenta il confinamento nell'ombra. La considerazione di tali lavoratrici è comunemente associata all'idea di persone facilmente rimpiazzabili. Anche il fatto che la prestazione si eserciti in un contesto privato, chiuso, sottratto al confronto e segnato da rapporti sociali ambigui che generano un misconoscimento del profilo economico, rende complicato un discorso di vera e propria professionalizzazione.

Si tratta di un lavoro che deve aderire ai ritmi del corpo, variabili, individuali e per ciò stesso questo genere di prestazioni rifugge da una misurazione precisa, e richiede corpi e forze di lavoro parimenti flessibili³⁵. Questo lavoro di accudimento del corpo implica intimità fisica, con il connesso carico di emozioni e reazioni viscerali³⁶. Le donne riescono meglio a superare queste difficoltà – sostiene Julia Twigg³⁷ – per la loro domestichezza con gli eventi naturali (ciclo mestruale, maternità, allattamento) e con la fragilità del corpo.

Con l'espressione «siamo tutti figli»³⁸ Kittay descrive ciò che le donne conoscono bene, la comune vulnerabilità, il nostro comune bisogno di cura, un universale che fa da sfondo al

pensiero e alla pratica al femminile. Anche chi si prende cura è "figlio", ha diritto alla sua realizzazione umana e a trovare supporto nella società e nello Stato.

La politica dei pochi oneri per lo Stato lascia gravare sulle spalle delle famiglie un forte carico, con il ricorso all'economia informale e a «un mercato delle cure e degli "affetti surrogati" privo di regole e aperto perciò ad ogni possibile arbitrio»³⁹.

L'io *trasparente* si sente concretizzato nelle dichiarazioni delle *dependency workers* perché con i non autosufficienti la vita della badante si appiattisce totalmente su quella del badato: nei luoghi, nei tempi, negli spazi, nell'alimentazione, nelle frequentazioni. La vita dell'una, la badante, asservita, sottomessa, assoggettata a quella dell'altro, l'assistito. I bisogni e le esigenze, materiali e sentimentali, di cura e affetto, della badante sono messi da parte, sacrificati, oscurati e assorbiti da quelli dell'altro, l'anziano⁴⁰. Efficacemente si parla di «sottoproletari dell'assistenza», «familiari di complemento»⁴¹.

È evidente, però, che economia e diritto non possono essere in grado d'inquadrare da sole il lavoro di cura, perché si avvicina all'archetipo delle forme di solidarietà primaria, con tutti i rischi connessi: gioco psicologico fatto di sopraffazioni, ricatti, prepotenze, abusi e delusioni. Sono richieste «qualità e sentimenti, che pur avendo mercato non hanno un prezzo»⁴¹.

NOTE

¹ J. HOWARD, A. STRAUSS (edd.), *Humanizing Health Care*, John Wiley & Sons, New York London Toronto 1975.

² D. CALLAHAN, «The WHO Definition of Health», in *Hastings Center Studies*, 1/3 (1973), 77 ss.; ID., *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington 1990, 34 ss.

³ I. ILLICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori 1977 (orig. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, 1976).

⁴ V. DURANTE, «La salute come diritto della persona», in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. ROTODÀ, P. ZATTI, Tomo I, *Il governo del corpo*, 579-600, 586.

⁵ Cfr. R. SPAEMANN, *Persone. Sulla differenza tra «qualcosa» e «qualcuno»*, a cura di L. ALLODI, Biblioteca Universale

- Laterza, Roma-Bari 2005 (orig. *Personen*, Klett-cotta, 1996).
- ⁶ I. KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, tr. it. di P. CHIODI, Laterza, Roma-Bari 1980, 59-61 (orig. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 1785).
- ⁷ H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997, 82-83 (orig. *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1987).
- ⁸ S. SPINSANTI, «Etica della vita e intervento sanitario», in E. RANCI ORTIGOSA (a cura di), *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Franco Angeli, Milano 1991, 71-79, 76.
- ⁹ E. RANCI ORTIGOSA, «Quale umanizzazione», in ID., (a cura di), *L'umanizzazione dell'intervento sanitario*, Franco Angeli, Milano 1991, 29-38.
- ¹⁰ I. CAVICCHI, *Il pensiero debole della sanità*, Dedalo, Bari 2008.
- ¹¹ L. TODRES, K.T. GALVIN, I. HOLLOWAY, «The humanization of healthcare: A value framework for qualitative Research», in *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4 (2009), 68-77.
- ¹² P. MARCHESI, *Umanizzazione. Storia e utopia*, Velar, Gorle BG 2010; ID., «Umanizzazione sanitaria», in G. CINÀ, E. LOCCI, C. ROCCHETTA, L. SANDRIN (a cura di), *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino 1997, 1327-1340.
- ¹³ M. VANTI (a cura di), *Scritti di S. Camillo de Lellis*, Casa Generalizia, Roma 1964; ID., *Lo spirito di S. Camillo de Lellis*, Tipografia Poliglotta Vaticana 1944, seconda edizione; J. M. FAVI, «San Camillo teologo della premura di Dio», in *Camillianum*, 25 (2009), 57-78.
- ¹⁴ E. MOUNIER, «Manifeste au service du personnalisme» (1936), in *Oeuvres*, vol. I, Paris 1961, 481-647 (tr. it.: *Manifesto al servizio del personalismo comunitario*, Ecuemica Editrice, Bari 1975); ID., «Personnalisme et christianisme» (1939), in *Oeuvres*, vol. I, Paris 1961, 729-779 (tr. it.: *Personalismo e cristianesimo*, Ecuemica Editrice, Bari 1977); L. PAREYSON, *Esistenza e persona*, Taylor, Torino 1950.
- ¹⁵ E. HUSSERL, *La crisi delle scienze europee e fenomenologia trascendentale*, Il Saggiatore, Milano 2008 (orig. *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die Transzendente Phänomenologie*, Den Haag, M. Nijhoff, 1954); M. MERLEAU-PONTY, *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003 (orig. *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris 1945).
- ¹⁶ C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, Franco Angeli, Milano 2006, 116.
- ¹⁷ C. GILLIGAN, *Con voce di donna*, tr. it. di A. BOTTINI, Feltrinelli, Milano 1987 (orig. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, 1982).
- ¹⁸ Cfr. E. BUZZI, *Etica della cura*, La Scuola, Brescia 2013.
- ¹⁹ N. NODDING, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley CA 1984.
- ²⁰ J. C. TRONTO, *Confini morali, un argomento politico per l'etica della cura*, cura di A. FACCHI, tr. it. di Nicola Riva, Diabasis, Reggio Emilia 2006, 14 (*Moral boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, London-New York 1993).
- ²¹ M. NUSSBAUM, *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui e persone*, Il Mulino, Bologna 2002, 36-37 (orig. Cap. I: «Disabled Lives: Who Care?», in *The New York Review of Books*, 48/1 (2001); Cap. II: «Women's Capabilities and Social Justice», presented at the First Global Forum on Human Development in New York 1999, Published in *Journal of Human Development*, 1/2 (July 2000), 219-247; Cap. III: «The Future of Feminist Liberalism», first appeared in *Proceedings and Adresses of the American Philosophical Association*, 74/2 (November 2000), 47-79). Cfr. ID., *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna 2007 (orig. *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Harvard Univ. Press 2006).
- ²² E. F. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita e Pensiero, Milano 2010 (orig. *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*, Routledge 1999).
- ²³ F. RIGOTTI, *Partorire con il corpo e con la mente. Creatività, filosofia, maternità*, Bollati Boringhieri, Torino 2010.
- ²⁴ E. F. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, cit., XXXVI-XXXVII.
- ²⁵ S. RUDDICK, *Il pensiero materno. Pacifismo, antimilitarismo, nonviolenza: il pensiero della differenza per una nuova politica*, Red Edizioni, Como 1993 (orig. *Maternal thinking*, Ballantine Books, New York 1989).
- ²⁶ G.E.M. ANSCOMBE, *Faith in a Hard Ground. Essays on Religion, Philosophy and Ethics*, edited by M. GEACH and L. GORMALLY, Imprint Academic - University of St Andrews, Exeter Uk 2008, 187.
- ²⁷ ID., *Human life, action and ethics*, edited by M. GEACH and L. GORMALLY, St Andrews Univesity, Exeter UK, Charlottesville USA 2005, 59-66.
- ²⁸ *Ibid.*, 72.
- ²⁹ F. RIGOTTI, *Partorire con il corpo e con la mente. Creatività, filosofia, maternità*, cit., 36.
- ³⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera apostolica "Mulieris dignitatem" ... sulla dignità e vocazione della donna in occasione dell'anno mariano*, 15 agosto 1988, in http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost.
- ³¹ Cfr. E. STEIN, *La donna. Il suo compito secondo la natura e la grazia*, Città Nuova, Roma 1968 (orig. *Die Frau, ihre Aufgabe nach Natur und Gnade*, Nauwelaerts, Lovanio 1959), 52.
- ³² C. GORI, *Il welfare nascosto*, Carocci, Roma 2002.
- ³³ B. DA ROIT, C. FACCHINI, *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce*, Franco Angeli, Milano 2010, 12-13.
- ³⁴ A. SCIALDONE, «Manovre di ripiegamento. Deprivazione e capacità adattive dei migranti al tempo della recessione», in CARITAS MIGRANTES, *Rapporto Immigrazione. Tra crisi e diritti umani*, Tau Editrice, Todi 2014, 125-139, 131-132.
- ³⁵ J. TWIGG, C. WOLKOWITZ, R. L. COHEN, S. NETTLETON (edd.), *Body Work in Health and Social Care. Critical Themes, New Agendas*, Wiley-Blacwell, Hoboken NJ 2011, 6.

³⁶ B. GRAY, *Face to Face with Emotions in Health and Social Care*, Springer, New York, Heidelberg, Dordrecht, London 2012.

³⁷ J. TWIGG, «Carework as a form of bodywork», in *Ageing & society*, 20 (2000), 389-411.

³⁸ E. F. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, cit., 38.

³⁹ G. B. SGRITTA, *Badanti e anziani in un welfare senza futuro*, Edizioni Lavoro, Roma 2009, 38.

⁴⁰ Cfr. *Ibid.*, 51.

⁴¹ *Ibid.*, 71.

⁴² *Ibid.*, 122.