

Brunella Casalini

Il contributo di Eva Feder Kittay al dibattito sull'etica della cura

Il dibattito sulla ethic of care, il cui inizio viene in genere fatto risalire alla pubblicazione di *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* (1982) di Carol Gilligan, ha acquisito nel tempo un'ampiezza via via maggiore e un carattere marcatamente interdisciplinare, spaziando dalla psicologia dello sviluppo, alla filosofia morale, alla bioetica, alla filosofia del diritto e della politica. All'interno della vasta messe di studi pubblicati sull'argomento a cominciare dagli anni Ottanta, *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency* (1999) di Eva Feder Kittay, insieme a *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (1993) di Joan Tronto, ha rappresentato sicuramente un momento di svolta, conducendo ad una politicizzazione dell'etica della cura che ne ha illuminato le implicazioni, sia per quanto concerne la teoria della cittadinanza, sia nell'ambito delle teorie della giustizia e, in genere, nelle riflessioni sulla riforma del welfare state. Questi due lavori hanno contribuito in modo cruciale a mettere in luce come il diritto di soddisfare i bisogni di cura e di prestare cura sia una questione centrale non solo per le donne, ma – più ampiamente – per ogni cittadino (entro una concezione estesa della cittadinanza sociale). Una questione che diviene sempre più urgente, alla luce dell'attuale care deficit, tanto in relazione a come favorire l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro, quanto in considerazione al mutamento demografico in atto nelle società occidentali, che, soprattutto in seguito al progressivo invecchiamento della popolazione, rende urgente un ripensamento dello stato sociale.

Merito del lavoro della Kittay, che qui brevemente vorremmo introdurre al pubblico italiano, è aver affrontato la questione dal punto di vista delle persone dipendenti, non autonome, e di coloro che prestano loro cura, aprendo così anche uno spazio significativo nell'ambito della riflessione filosofico-morale e filosofico-politica per il tema della disabilità – una questione che è stata rimossa dalle teorie della giustizia fino a tempi recenti e sicuramente continua ad essere per lo più ignorata nel dibattito filosofico-politico in Italia.

Eva Feder Kittay offre una lettura della cura in termini liberali egualitari in linea con l'impostazione di autrici quali Joan Tronto, Martha Nussbaum e Susan Moller Okin. Rinunciando all'enfasi sul tema della differenza abbracciato da una parte del femminismo contemporaneo, la Kittay opta piuttosto per una critica del concetto di egualità volta a renderlo più inclusivo: la sfida con la quale il concetto di egualità deve misurarsi è rappresentata dalla dipendenza, e dalle implicazioni che essa ha sul piano politico e sociale, non solo per chi non è autonomo, come i bambini in tenera età, gli anziani infermi, i malati e le persone disabili, ma anche per i c.d. dependency workers, coloro che prestano cura a persone dipendenti, e che vivono per questo una condizione di vulnerabilità e dipendenza derivata. Non è difficile immaginare, per esempio, che occuparsi di una persona allettata possa costituire una fonte di stress fisici e psichici particolari e un impedimento tanto alla libertà di movimento al di fuori dei confini delle pareti domestiche quanto alla libertà di gestire liberamente il proprio tempo.

Affrontare la questione della dipendenza e del lavoro con persone dipendenti, secondo la Kittay, è fondamentale non solo per comprendere la nostra natura vulnerabile e dipendente (nel nostro normale corso di vita siamo dipendenti da bambini, nei momenti di malattia e spesso durante la vecchiaia) e apprezzare la nostra condizione di interdipendenza, ma soprattutto per risolvere la questione dell'egualità femminile, perché sono state fino ad oggi soprattutto le donne a prestare cura alle persone dipendenti ed è stata la vulnerabilità legata ai ruoli di genere cui sono tradizionalmente legate nella sfera domestica a condannarle a lavori più umili e ad una condizione

di povertà, che rende la questione del welfare – secondo la Kittay – prevalentemente “una questione femminile”.

La prospettiva della Kittay è radicale: per risolvere in modo efficace la questione della dipendenza e le sue implicazioni all’interno di una teoria della giustizia è necessario prendere le mosse dalla considerazione dei casi estremi; è dalla situazione delle persone più bisognose che bisogna partire se vogliamo comprendere al meglio ciò che la giustizia richiede per tutti (cfr. p. xiii). Non aver affrontato in modo conseguente la questione dei soggetti dipendenti, anche da parte femminista, ha fatto sì che l’integrazione della donna nella società di eguali potesse avvenire solo in modo parziale e riguardare soltanto una parte del mondo femminile. Mentre le donne della classe media abbandonavano il loro ruolo tradizionale per entrare nel mercato del lavoro, in assenza di un sistema di welfare efficace e funzionante, e di politiche pubbliche di sostegno al lavoro di cura, le funzioni di cura dei soggetti dipendenti sono state semplicemente ridistribuite sul mercato del lavoro domestico tra donne di classi più basse, non di rado donne di colore e oggi, sempre più spesso, – come la Kittay sottolinea in molti suoi recenti lavori – donne immigrate. Si è continuato, così, a stigmatizzare il significato della cura e ad associare le funzioni di cura al genere femminile e a condizioni di subordinazione sociale: le attività di assistenza ai soggetti dipendenti sono spesso scarsamente remunerate e svolte da persone di umili condizioni.

Poiché non nasciamo *fugitum more* e non possiamo contare sulla certezza di una condizione di perenne perfetta salute e autonomia, una società non può riprodursi, né mantenersi, senza attività di cura nei confronti dei soggetti non autonomi: bambini, anziani non più indipendenti, e disabili gravi. Per questo è necessario delineare, secondo la Kittay, un modello etico e politico che tenga conto delle conseguenze derivanti dal carattere asimmetrico e non egualitario delle relazioni di cura; un modello che sia attento non solo alle questioni di equità, ma anche alla dimensione della relazione e del legame, che integri, insomma, giustizia ed etica della cura. Se i soggetti dipendenti non possono essere lasciati privi di cure, è necessario creare un sostegno per i dependency workers, un termine volutamente neutro usato dall’autrice per sottolineare che non c’è ragione per continuare nell’iniqua distribuzione del lavoro di cura tra uomini e donne. Il sostegno a chi presta cura alle persone dipendenti è un obbligo della società che deriva, secondo l’autrice, dalla nostra comune condizione umana, la condizione di soggetti uguali in quanto tutti “a mother’s child”, e da una nozione estesa di reciprocità necessaria a riprodurre la società di generazione in generazione. La Kittay definisce tale principio esteso di solidarietà doulia, termine derivato da doula, la persona che presta assistenza alla madre nei primi mesi di vita del suo bambino, affinché questa possa avere le energie necessarie alla cura del neonato.

“Poiché la condizione di dipendenza è inevitabilmente una circostanza di giustizia (una circostanza che caratterizza i nostri più profondi legami) e dal momento che la cura di una persona dipendente obbliga moralmente il soggetto dipendente a dare certe priorità al benessere della persona di cui è responsabile, abbiamo – scrive la Kittay – bisogno di una concezione pubblica di doulia per realizzare il triplice obiettivo di trattare in modo equo coloro che prestano lavoro di cura, prestare cura ai soggetti dipendenti e rispettare le relazioni di dipendenza nelle quali crescono e fioriscono fondamentali legami umani”.

La teoria della giustizia di Rawls, secondo l’autrice, presenta alcune importanti intuizioni; prima tra tutte l’idea che occorra guardare ai principi di giustizia distributiva, in base ai quali dividere oneri e vantaggi della cooperazione sociale, a partire dalla condizione dei più svantaggiati. Essa, tuttavia, costruisce i confini del politico come se la società fosse costituita solo da adulti eguali, autonomi e indipendenti. “Nonostante il suo carattere comprensivo e la sua forza, la teoria della giustizia di Rawls, come quelle che l’hanno preceduta, – osserva la Kittay – non riesce a rendere conto del fatto della dipendenza umana e delle conseguenze di questa dipendenza sull’organizzazione sociale.

Si unisce a coloro che hanno omesso la responsabilità verso le persone dipendenti dall’ambito politico o l’hanno relegata alla sua periferia. La presunzione è stata che queste responsabilità appartengano alle preoccupazioni private del cittadino, piuttosto che alle sue preoccupazioni pubbliche [...]. La situazione particolare di chi si prende cura delle persone dipendenti diventa invisibile nel dominio politico – il dominio in cui le parti devono essere considerate come eguali”. La decisione rawlsiana di considerare le persone nella posizione originaria come eguali, indipendenti e pienamente cooperative nel corso della loro vita si riflette sulla lista dei beni sociali primari, una lista che, secondo la Kittay, è inadeguata a rispondere ai bisogni dei soggetti dipendenti e di chi si prende cura di loro. In Love’s Labor la questione della cura sembra poter trovare risposta all’interno della teoria liberale equalitaria rawlsiana mediante tre correzioni fondamentali: 1) l’espansione dei poteri morali della persona, con l’inclusione, accanto al senso di giustizia e alla capacità di concepire una concezione della vita buona, della “capacità di rispondere alla vulnerabilità con la cura”; 2) l’aggiunta alla lista dei beni sociali primari del bene “sia di ricevere cura in una relazione di dipendenza ricettiva (responsive) se e quando si è incapaci di prendersi cura di se stessi e sia di andare incontro ai bisogni che derivano dalla condizione di dipendenza di una persona senza incorrere in sacrifici eccessivi nei confronti di se stessi”; 3) l’introduzione di un terzo principio di giustizia che riconosca una responsabilità sociale nella cura delle persone dipendenti, che viene formulato come segue: “A ciascuno secondo i suoi bisogni di cura, da ciascuno secondo le sue capacità di prestare cura, e un supporto dalle istituzioni sociali tale da rendere disponibili risorse e opportunità a coloro che prestano cura, così che tutti siano adeguatamente curati in relazioni di sostegno”.

Nei suoi scritti più recenti la Kittay, tuttavia, amplia l’indagine sul lavoro di cura inquadrandolo nel contesto della globalizzazione: le migrazioni contemporanee presentano un tratto nuovo caratterizzato dalla presenza inedita di donne, donne che lasciano i loro paesi poveri, le loro famiglie e i loro anziani per trovare collocazione nel mercato del lavoro di cura nei paesi più ricchi. Alla luce di questo fenomeno – grazie al quale paesi come l’Italia sopperiscono alle molte carenze delle strutture di welfare fornite dallo stato alle famiglie – la questione della cura, e in particolare della cura dei soggetti dipendenti, sembra destinata a rimanere ancora a lungo una questione di genere; una questione che ora, però, secondo l’autrice, non può più essere affrontata nei confini dello stato nazionale e richiede l’elaborazione di una cornice più complessa, quella di una teoria un’etica della cura globale.

Eva Feder Kittay

Il danno morale del lavoro di cura migrante:

per un diritto globale alla cura

Sintesi

Arlie Hochschild definisce “trapianto di cuore globale” dai paesi poveri ai paesi ricchi la pratica delle donne migranti provenienti da paesi poveri, che, per lunghi periodi di tempo, lasciano le famiglie per svolgere lavoro di cura in altri paesi più ricchi. In questo modo suggerisce l’idea di un’ingiustizia tra popoli e di un danno morale per gli individui coinvolti in questa pratica. La natura di tale danno, tuttavia, richiede una chiara articolazione. Se si assume l’esistenza di un “diritto alla cura” sufficientemente articolato, si individua il danno per le donne migranti a livello dei loro legami fondamentali. Il “diritto di dare e ricevere cura” che qui viene proposto si fonda su una concezione relazionale del sé tratta dall’etica della cura. Il danno è il male derivante da legami spezzati, che hanno a loro volta un impatto negativo sul senso di eguale dignità e di eguale rispetto della persona, in particolare perché il sacrificio dei legami fondamentali da parte della donna migrante consente ad altri (principalmente altre donne) di mantenere quelle stesse relazioni.

L’articolo termina con una breve discussione di alcune delle soluzioni che dobbiamo valutare.

Parte prima. Il fine e lo scopo dell’indagine

Il “lavoro migrante” evoca l’immagine di uomini che lasciano i loro villaggi per andare a lavorare negli impianti di trivellazione del petrolio o per svolgere mestieri stagionali, mentre le donne rimangono a casa e provvedono alla famiglia. Quel quadro non è più veritiero. Più di metà di coloro che emigrano con l’intento di inviare a casa rimesse oggi sono donne, molte delle quali lasciano famiglie, genitori anziani, mariti e figli. Nei paesi di accoglienza, queste donne spesso occupano posizioni remunerate nella sfera domestica dove forniscono cura ai bambini, agli anziani non più autonomi, ai malati cronici o ai disabili. Le nazioni più ricche impiegano i migranti per risolvere una “crisi della cura” presumibilmente dovuta a mutamenti demografici e ad una crescente partecipazione a tempo pieno delle donne alla forza lavoro. A loro volta, i paesi di emigrazione sono arrivati a dipendere pesantemente dalle rimesse delle donne migranti per acquisire la valuta pregiata di cui hanno bisogno. Le lavoratrici assenti, tuttavia, lasciano i paesi di emigrazione con un “deficit di cura”.

La migrazione di lavoratrici nel settore della cura costituisce un movimento globale del lavoro di cura, che circola, come se fosse una risorsa scarsa, da quelle parti del mondo dove c’è bisogno di soldi a quelle dove esiste sia una domanda di lavoratori nel settore della cura sia la volontà di pagare per i loro servizi. In un saggio suggestivamente intitolato *Love and Gold* Arlie Hochschild descrive la situazione di un’insegnante filippina con istruzione universitaria che ha lasciato i suoi cinque bambini nelle Filippine per vivere nella casa in cui lavora come domestica addetta alla cura di un bambino. Sebbene la migrazione fosse stata per lei una scelta e una scelta svolgere lavoro di cura a Los Angeles, l’insegnante, Vicky Diaz, parla della sua depressione usando queste parole: “l’unica cosa che puoi fare è dare tutto il tuo amore al bambino [affidato alle tue cure]. In assenza dei miei bambini la cosa migliore che posso fare nella mia situazione è dare tutto il mio amore al bambino”. Hochschild definisce il dono ai bambini di Los Angeles di quell’amore e di quelle cure che Diaz avrebbe altrimenti dato ai suoi bambini nelle Filippine come un “trapianto di cuore globale” all’interno di una “catena della cura” globale.

Parlare di questa transazione globale come “trapianto di cuore” chiaramente implica l’idea che qualcosa di cruciale e insostituibile sia estratto da un organismo per servire ai bisogni di un altro. L’idea che ci sia un danno morale è chiara. Tuttavia, la natura del danno morale deve essere specificata dal momento che si tratta di una pratica che può essere difesa alla luce del fatto che

queste donne non sono palesemente costrette a migrare, che i loro figli (per i quali inviano a casa le loro rimesse) tendono a stare meglio dal punto di vista materiale e hanno maggiori opportunità rispetto ai figli di famiglie di analogo livello sociale che vivono senza un reddito derivante dalle rimesse, e che il prodotto nazionale lordo dei paesi di emigrazione cresce grazie alle rimesse. Le donne stesse possono trarre benefici dall'emigrazione potendo lasciare sposi violenti e sviluppare un maggiore senso di autonomia. In altre parole, è sostenibile che tutti coloro che si potrebbero pensare danneggiati in questa transazione (ovvero, i bambini, la madre e il paese di emigrazione), quando considerati separatamente, traggono un vantaggio significativo da essa.

Iniziando dall'idea che il “trapianto di cuore globale” è problematico dal punto di vista morale, mi avvio a chiarire i danni in questione e le risorse morali necessarie per identificarli. Nonostante l'interesse della storia da raccontare intorno ai macro-legami tra nazioni e ai legami di livello intermedio tra i paesi di emigrazione, i paesi di immigrazione e la lavoratrice migrante, concentro la mia attenzione sulle micro-relazioni tra individui i cui legami sono ora transnazionali. La ragione è che effettivamente le teorie tradizionali considerano l'impatto del “trapianto di cuore globale” su ogni parte considerata come entità indipendente. Non che le teorie tradizionali non abbiano nulla da dirci sui danni; il fatto è piuttosto che in ciascun caso si possono trovare risposte che sembrano controbilanciare il danno con beni significativi. Comunque, quando si postula un diritto di cura sufficientemente ampio e articolato, si constata che sussiste un danno importante ai legami fondamentali delle donne migranti, danno che non può essere analizzato facilmente con le teorie tradizionali da cui possono essere ricavate tanto le sfide che le risposte alle stesse. Questo danno tocca gli individui non come singoli cittadini di particolari paesi, ma come famiglie, che, separate nel tempo e nello spazio, funzionano come “famiglie transnazionali”.

Si può più adeguatamente diagnosticare il danno derivante dal “trapianto di cuore globale” utilizzando i concetti di “sé” e di “danno” derivati dall'etica della cura, ovvero l'idea che il sé sia relazionale e che tra i danni più seri che le persone sperimentano vi siano le rotture dei loro legami fondamentali. Dati questi concetti e le realtà della migrazione femminile, passo a sviluppare il diritto di dare e ricevere cura, un diritto che è tutt'al più imperfettamente esercitato da queste donne, sebbene il loro lavoro faciliti il più perfetto esercizio di questo diritto da parte di coloro che le assumono. Poiché le relazioni di cura e il diritto di coltivarle (il diritto di prestare cura) sono così cruciali per il rispetto di sé, specialmente per donne dalle quali ci si aspetta e che aspettano da se stesse di avere cura di quanti dipendono da loro, il danno che la lavoratrice migrante subisce è anche una ferita al proprio rispetto di sé, quel rispetto di sé che Rawls identifica come il più importante dei beni sociali. La messa in campo di tale concetto esige tuttavia che si concepisca il sé dotato di rispetto di sé come relazionale, ovvero, come un sé che vede nella rottura dei legami il peggiore dei mali. Una piena articolazione del diritto di cura al tempo stesso, però, richiede che la distribuzione di tali beni sia inserita in un contesto globale. Il diritto di cura qui abbozzato trascende i confini nazionali e richiede come garanti istituzioni transnazionali. Concludo con alcune brevi considerazioni su ciò che implicherebbe la soluzione del dilemma della lavoratrice migrante che opera nel settore della cura.

Il c.d. “trapianto di cuore globale” è caratterizzato da un insieme di condizioni, che includono la commodificazione del lavoro di cura, la migrazione tra paesi economicamente molto diversi e ruoli di genere fissi.

La commodificazione del lavoro di cura. Il lavoro che le donne migranti assumono è lavoro di cura, un lavoro spesso svolto in ambiente domestico, un ambiente che di per sé presenta qualche pericolo sul piano morale. Non tutto il lavoro di cura, tuttavia, è prestato in case private. Anche quando viene prestato in case di riposo o in asili nido, presenta la stessa imbarazzante trasformazione dell'“amore” in “oro” sottolineata dalla Hochschild.

Migrazioni tra nazioni economicamente eterogenee. La migrazione è transnazionale e avviene dai paesi poveri ai paesi più ricchi. Le migranti guadagnano salari che, sebbene bassi per gli standard dei più ricchi paesi di accoglienza, sono vantaggiosi se paragonati a quanto possono mettere insieme a casa (persino in lavori di status superiore). In più, i) la migrazione non è permanente, vale a dire che tutta o la maggior parte della famiglia della migrante rimane nel paese di origine, e la lavoratrice migrante ha intenzione di tornare nella propria madrepatria; ii) le assenze sono per lunghi periodi, che possono durare 10 anni o più perché le distanze sono grandi e i costi dei viaggi alti. Molte preferiscono usare i soldi che guadagnano per spedirli alle loro famiglie invece che per viaggiare avanti e indietro.

Ruoli di genere fissi. Stiamo parlando di donne, donne che prestano cura nei tradizionali ruoli di genere dentro e fuori della famiglia. E' su queste donne che i paesi di emigrazione tradizionalmente hanno fatto affidamento per la cura dei bambini, dei malati, dei disabili e degli anziani, ovvero, per la cura delle persone "inevitabilmente dipendenti". Sebbene rinuncino all'impegno nelle cure intime quotidiane delle persone dipendenti, queste donne pensano di agire da buone madri e figlie, prendendosi cura di loro fornendo benefici materiali e trovando persone responsabili che svolgano il lavoro di cura quotidiano. Se nei loro paesi di origine queste donne sfidano i loro tradizionali ruoli di genere, nondimeno svolgono il ruolo di genere tradizionale nei paesi di accoglienza "riversando", come dicono loro stesse, il loro amore verso le persone che sono loro affidate.

Molte questioni sono state sollevate intorno a questa pratica. Un'economia normalmente deve considerare i costi della riproduzione della propria forza lavoro, mentre in questo caso i paesi di accoglienza sono esonerati dai costi di crescere, sostenere ed educare la futura generazione. Nancy Folbre si chiede se questa pratica sia sostenibile; se i paesi che esportano questa forza lavoro siano in grado di far fronte alla loro stessa crisi di risorse di cura e se l'offerta di lavoratori di cura quindi continuerà.

Altre si sono chieste se l'uso della manodopera migrante per svolgere lavoro di cura non sia in conflitto con gli ideali femministi della responsabilità condivisa per il lavoro di cura. Altre ancora hanno sottolineato lo sfruttamento, le umiliazioni quotidiane, e la violenza che molte sopportano. Altrove, insieme ad altre, io stessa ho sottolineato che sono proprio le crescenti opportunità di lavoro delle donne ad aver contribuito alla crescita della domanda di lavoratrici di cura a pagamento, rendendo la questione particolarmente rilevante per le femministe. Ognuna di queste discussioni pone l'attenzione su alcune delle condizioni sopra elencate, ma la questione del "trapianto di cuore globale" le coinvolge tutt'e tre. Le prenderemo in considerazione una per una.

Parte seconda. La commodificazione della cura

Centrale per l'indagine è la correttezza del trattare il lavoro di cura alla stregua di una merce come qualsiasi altra. Non c'è niente di nuovo nel fatto che il lavoro di cura sia acquistato e venduto, ma certe caratteristiche inedite emergono quando lo si considera all'interno di un'economia globalizzata.

La cura, quando meritevole di questo nome, generalmente implica un legame emotivo tra la persona che presta cura e un altro individuo. Come sottolinea la Folbre, questo legame spesso serve come "motivazione intrinseca" oltre la compensazione materiale che comunemente motiva il lavoro. Quindi, anche quando chi presta cura è pagato per farlo, non si tratta di una semplice trasmutazione dell'amore in oro. Da dove viene questa motivazione intrinseca quando il lavoro di cura non emerge dai legami intimi ma inizia da una transazione materiale? Dallo stesso lavoro di cura, cioè dal

legame che si forma nel processo del dedicare tempo e attenzione al fine di assicurarsi del benessere di un altro, e dalla risposta percepita proveniente dalla persona cui si presta cura che le attenzioni sono ricambiate. Sicuramente, ciò può essere sentito – ed essere visto da una terza parte – come molto simile al legame tra un famigliare e le persone dipendenti di cui si prende cura.

Nel contesto nazionale una tata, per esempio, ritorna a casa ogni sera ad occuparsi del suo bambino, rinnovando così la loro relazione. Quando la separazione si prolunga nel tempo, tuttavia, a causa delle esigenze del datore di lavoro o della distanza imposta dalla geografia, il legame che motiva la cura familiare appare – agli occhi delle persone che dipendono da lei, degli altri e della stessa donna – in modo crescente dislocato, dirottato dalle relazioni familiari alle relazioni commerciali.

Nel contesto transnazionale le assenze sono per forza lunghe, sia per le distanze sia per i costi, e impediscono il recupero di quell'intimità che nutre il legame affettivo familiare. Le donne tentano di mantenere la vicinanza attraverso il telefono, la posta elettronica, la corrispondenza, ma ciò non può rimpiazzare completamente l'intimità dei contatti fisici, carnali che caratterizzano l'intimità. Sembra perciò che il lavoro di cura e l'amore, così spesso legati al lavoro di cura informale, compiano insieme il viaggio transnazionale, sicché il legame affettivo familiare ne risulta effettivamente espropriato. Come scrive Mary Zimmerman, sembra che “[...] ci sia un'emergente gerarchia globale della cura emotiva e dell'amore, che priva le nazioni più povere arricchendo ancor di più le nazioni più ricche”. Che possa esserci una simile gerarchia sembra particolarmente ingiusto: è un'ingiustizia che va al di là dell'ingiustizia materiale. Ma perché?

Una difficoltà a spiegare il perché risiede nel consueto lessico della giustizia, un lessico largamente volontaristico. Se gli adulti volontariamente consentono ad un accordo dal quale ognuno trae vantaggio, allora sembra non possa esserci nulla di ingiusto in quell'accordo. Il movimento del lavoro e della cura non sembrano essere apertamente coercitivi, e ci sono vantaggi reali per le nazioni di provenienza come per i paesi di accoglienza, per la persona impiegato come per il datore di lavoro. Come sostiene Jagdish Bhagwati, un difensore della globalizzazione: “La lavoratrice migrante sta meglio nel suo nuovo mondo di legami e autonomia: i bambini delle migranti sono contenti del fatto che siano le nonne ad occuparsi di loro, e queste ultime sono contente a loro volta di occuparsi dei bambini; anche le madri che lavorano sono contente quando trovano delle buone tute e possono lavorare senza lo strazio emotivo che deriva dal pensare di trascurare i loro bambini [...]”. Perché preoccuparsi?

Se questa rosea descrizione presenta una visione distorta, contiene nondimeno anche una parte di verità. Le donne non lascerebbero volontariamente i loro bambini per dieci anni e più, se non ci fossero dei vantaggi per loro e le loro famiglie. Un recente rapporto della Banca Mondiale cita studi che indicano che queste migrazioni abbassano il livello di povertà dei paesi d'emigrazione, che i figli delle famiglie migranti hanno un più alto tasso di permanenza scolastica e godono di migliore salute, e che soprattutto le bambine ne ricevono un impatto positivo.

Tuttavia, anche concetti morali tradizionali indicano che la pratica è moralmente problematica. Di norma è responsabilità di un genitore assicurarsi che un bambino abbia attente cure quotidiane e le risorse materiali necessarie per fornire quelle cure. Tradizionalmente queste due responsabilità sono state divise in base ai ruoli familiari di genere. Quando i genitori (comunque siano divise tra loro le responsabilità) non possono provvedere a entrambe, quando l'una viene sacrificata per l'altra, i genitori si trovano di fronte alla c.d. “scelta di Sofia”, una scelta in cui entrambe le opzioni implicano la rinuncia a un bene importante; e tuttavia si deve fare una scelta. Ci si trova di fronte a questo dilemma ognqualvolta manchi il sostegno istituzionale e le prospettive di reddito di chi contribuisce al mantenimento familiare siano insufficienti.

Per la migrante, si tratta nondimeno di una scelta; per quanto povere siano le alternative, esse non comportano la morte o la totale indigenza. I soldi che può guadagnare sono molti di più di quelli offerti da qualsiasi altra posizione a lei accessibile nel suo paese di origine. Può essere invogliata dalla prospettiva di nuove opportunità. Può lasciarsi alle spalle un matrimonio infelice e violento. Potrebbe preferire svolgere lavoro di cura così da avere almeno un legame affettivo con qualcuno, simile a quello che ha dovuto abbandonare. Può pensare che i suoi figli saranno meglio guardati da sua madre di come lo sarebbero se dovesse accontentarsi delle soluzioni a basso costo per l'assistenza infantile offerte nel nuovo paese. Potrebbe pensare di risparmiare ai suoi propri figli le umiliazioni che lei vivrà come migrante. Può riflettere sulle migliori opportunità di cui godono i figli dei suoi vicini la cui madre è emigrata e invia rimesse a casa, e volere tali migliori opportunità anche per i suoi figli.

Sebbene la donna appaia sicuramente compiere scelte autonome, queste preferenze possono essere considerate come casi di formazione di preferenze adattive. In molti modi sembra che ella stia agendo contro il suo stesso interesse, perché in genere le madri non compiono la scelta di lasciare i loro bambini piccoli per lunghi periodi di tempo (non solo per il bene del bambino, ma anche perché loro stesse non desiderano questo tipo di separazione). Il caso classico di preferenze adattive è quello della donna che dice di voler mangiare gli avanzi e di preferire che il marito mangi per primo. In modo simile, la migrante, piuttosto che rimanere con la propria famiglia e chiedere una paga migliore, sceglie di partire; piuttosto che rimanere a casa e risolvere i propri problemi matrimoniali, opta per l'emigrazione; invece che riservare il proprio lavoro affettivo per coloro che sono più significativi nella sua vita, si lega con il bambino di un'altra. Queste scelte sono sospette perché sembrano diminuire le possibilità di benessere della donna. Sebbene non siano obbligate e non siano necessariamente una conseguenza della disperazione, tali scelte sono nondimeno forzate da condizioni avverse – condizioni, come vedremo in seguito, in cui la globalizzazione figura insieme come causa e come risposta. In condizioni più giuste e in condizioni che non offrono le opportunità transnazionali, probabilmente sceglierrebbe di dare attenzioni e cura quotidiani alle persone che dipendono da lei e avere un reddito sufficiente per farli vivere bene. Come vedremo in seguito nella terza parte, ci sono ragioni per credere che sussistano benefici economici per tutte le parti coinvolte. Anche se ammettiamo i benefici di questa migrazione, ciò non significa che i rimedi non comportino costi significativi.

Il costo che stiamo considerando è la commodificazione della componente affettiva della cura. Non voglio sostenere qui che la cura non dovrebbe essere qualcosa per cui si paga – o piuttosto non voglio sostenere che il lavoro di cura è qualcosa per cui uno non dovrebbe essere pagato – al contrario ho sostenuto che tutto il lavoro di cura dovrebbe essere ricompensato e Bhatwati potrebbe avere ragione quando sostiene che il valore del lavoro di cura potrebbe aumentare tanto più si cerca di assumere lavoratori nel settore della cura. Il lavoro di cura tuttavia ha caratteristiche che resistono alla sua commodificazione. La prima è la caratteristica costituita dalla sua motivazione intrinseca. Poiché la motivazione per la cura tende a derivare da legami affettivi più che da ricompense estrinseche, è più probabile che chi presta cura svolga il proprio lavoro di cura per ricompense estrinseche relativamente basse, più basse del loro valore sociale reale. Inoltre, le merci commerciali sono commerciali in larga misura perché fungibili. Nel caso della cura, tuttavia, conta sia chi presta cura sia a chi si presta cura. Non solo conta: conta moltissimo. E' un punto questo sul quale tornerò in seguito.

Quest'ultimo argomento contro la commodificazione della cura sarebbe definitivo se non fosse il caso che la cura talvolta può essere fungibile. L'infermiera o l'inserviente ospedaliero che viene oggi può essere diverso da quello che viene domani. Se i meccanismi per la trasmissione di importanti informazioni funzionano e la qualità della cura è mantenuta alta, il prestare cura può non esserne compromesso. Tuttavia, una tale professionalizzazione della cura ha poco in comune con

quella fornita dalla migrante che è priva dello stesso status, della stessa paga e dello stesso accesso ai propri legami familiari.

Parte terza. Il significato morale del lavoro di cura transnazionale

La “scelta di Sofia”, come ho definito la scelta di emigrare per le rimesse, è la conseguenza di una “ingiustizia di sfondo”, ovvero di istituzioni di base ingiuste a livello globale e nazionale. E’ quindi in primo luogo il contesto nel quale si verifica a rendere problematico sul piano morale il “trapianto di cuore globale”.

Forze della globalizzazione quali ingiustizie negli accordi commerciali globali, politiche monetarie, pratiche neocoloniali, e politiche di adeguamento strutturale, hanno indebolito i servizi pubblici nei paesi in via di sviluppo, mettendo così in pericolo il benessere delle donne, impoverendo la classe media, e rendendo più grave la povertà del povero. Nelle Filippine, che sono state ampiamente studiate, c’è un tasso di povertà del 70%. Sia gli uomini che le donne hanno basse aspettative di occupazione. Poiché i posti di lavoro oltremare tendono ad essere più facilmente accessibili e più redditizi per le donne (perché meno stagionali), sono le donne che scelgono di emigrare per poter pagare l’istruzione privata al posto di un sistema educativo pubblico in declino e per poter guadagnare abbastanza per un vitto nutriente al posto di pane fritto zuccherato.

Le preoccupazioni qui sollevate possono essere analizzate a tre livelli.

Preoccupazioni a livello macro: l’estrazione di risorse di cura

Usando l’analogia dello sfruttamento coloniale delle risorse naturali delle terre colonizzate, Parreñas si riferisce alla gerarchia nella catena della cura in termini di “estrazione di risorse di cura”. La cura che è considerata di maggiore valore va via e la cura che è considerata di minor valore rimane: più si scende nella catena più la cura viene compensata con un valore minore. Una migrante che riceve 400 dollari la settimana lavorando come tata è probabile paghi la sua stessa domestica circa 50 dollari la settimana.

La metafora della “estrazione” guadagna credibilità quando prendiamo in considerazione il fatto che come regola le nazioni esportatrici di lavoro di cura hanno dovuto ridurre le misure in favore dell’educazione e del welfare (in senso lato forme di cura) per ristrutturare e rifinanziare i loro debiti. Questa ristrutturazione ha effetti negativi aggiuntivi sulle responsabilità di cura delle donne e diventa uno dei fattori fondamentali che conduce molte a migrare al fine di guadagnare un reddito sufficiente ad acquistare servizi privati piuttosto che dipendere da servizi pubblici in declino. In questo modo, il valore della cura viene estratto in tre tempi. Primo, le nazioni esportatrici utilizzano i soldi, che altrimenti sarebbero destinati ai servizi sociali che forniscono alcune forme di cura, per pagare il debito estero. In questo caso, la cura non viene estratta direttamente, ma il valore di quella cura (i soldi che sarebbero utilizzati per fornire servizi legati alla cura) viene destinato dalle parti più povere del mondo a quelle più ricche. Secondo, le donne che altrimenti fornirebbero cura lasciano le persone da loro dipendenti per prendersi cura di persone dipendenti in paesi ricchi. Ciò che ne risulta è un’estrazione diretta della cura. Infine, le rimesse non solo aumentano i guadagni delle famiglie migranti, ma iniettano valuta pregiata nell’economia locale e la ricchezza può essere tassata e usata dal governo per pagare il debito estero. Ancora una volta, il valore della cura (questa volta il reddito che essa ha generato) viene estratto dai paesi poveri e spedito indietro ai paesi ricchi.

Preoccupazioni di livello intermedio: i costi di emigrare con le famiglie e le politiche di immigrazione

Sussistono due tipi di preoccupazioni. Primo, poiché i costi della riproduzione sono più alti nei paesi di accoglienza, le lavoratrici trovano redditizio il lavoro migrante e al tempo stesso sono scoraggiate dal portare con sé la famiglia. I paesi di accoglienza ricevono benefici dal lavoro della lavoratrice senza dover pagare i costi derivanti dal mantenere la sua famiglia. Secondo, politiche migratorie e di rientro repressive scoraggiano la riunificazione familiare, rendendo difficile alle lavoratrici ritornare frequentemente a casa (anche se fosse economicamente fattibile). Gli appelli al rispetto dei diritti umani dei migranti hanno chiesto politiche immigratorie più clementi, la fine dei raids, e la garanzia di servizi di assistenza fondamentali per i migranti.

Preoccupazioni di livello micro: il potenziale per salari e orari basati sullo sfruttamento dei lavoratori di cura migranti. Prive di buone competenze linguistiche, delle tutele dei lavoratori, dei diritti di cittadinanza o di legami con amici e familiari, le migranti sono particolarmente vulnerabili all'abuso e allo sfruttamento. La stessa relazione interpersonale tra datore di lavoro e lavoratrice è stata bersaglio di critiche da parte di molte femministe.

Le preoccupazioni sopra esposte devono essere valutate alla luce dei vantaggi che ne derivano alle donne, alle loro famiglie e ai loro paesi. Gli avvocati della globalizzazione affermano che la risposta ai mali della globalizzazione è più globalizzazione. Se le dimensioni globali della migrazione offrono molte occasioni di ingiustizia, la migrazione per le rimesse è anche stata definita il più grande programma mondiale contro la povertà. Come vedremo in seguito, i benefici per le famiglie sono sentiti in particolare dalle ragazze la cui utilità marginale è più probabile ne sia accresciuta. D'altra parte, la capacità della donna migrante di lavorare libera dalle responsabilità familiari e di fornire alla famiglia una parte davvero fondamentale del suo reddito può portare ad un aumento della sua autonomia, soprattutto se proviene da società fortemente patriarcali e tradizionali. Se Amartya Sen ha ragione nel ritenere che l'aumento dell'autonomia delle donne sia una potente forza positiva per lo sviluppo, tali miglioramenti nella libertà d'azione della donna, così come le rimesse spedite a casa, contribuiscono allo sviluppo del paese.

Si potrebbe dunque sostenere che lo sfruttamento nelle situazioni macro e micro dei paesi di emigrazioni e delle donne è compensato a livello macro dall'importanza economica del reddito prodotto dalla migrazione per lo sviluppo delle nazioni in via di sviluppo e a livello micro dall'aumentata autonomia delle donne migranti. Quindi, mentre la diseguaglianza di ricchezza che crea la spinta e l'attrattiva che guida la migrazione delle lavoratrici di cura dalle nazioni povere alle nazioni ricche è, in se stessa, moralmente condannabile, potrebbe darsi che le migrazioni stesse contribuiscano a riparare esattamente quelle diseguaglianze. Inoltre, le donne stesse possono avere un beneficio in termini di maggiore autonomia proprio grazie alla liberazione dalle preoccupazioni quotidiane di cura verso i membri della famiglia. Se le cose stanno così, allora la dimensione globale può servire in diversi modi a mitigare i danni morali presenti nella situazione delle donne migranti, anche se è al tempo stesso responsabile di molti di quegli stessi mali. Chiaramente è uno scoraggiante calcolo matematico pesare benefici e danni. Nondimeno, per tutti i danni morali, espressi con il linguaggio tradizionale della giustizia, sussistono significativi benefici compensativi che possono essere portati ad esempio come tali da mitigare (se non cancellare) quei danni.

Parte quarta. La questione del genere

La persuasività dell'argomento esposto sopra può essere indebolita da considerazioni di genere. Le questioni di genere sono state già pervasive nella nostra discussione, perché, dopo tutto, si sta parlando di migrazioni di donne. Inoltre, è dalle donne che ci si attende che si prendano cura e si ritengano responsabili del benessere delle loro famiglie; sono soprattutto le donne a soffrire dei tagli

ai servizi sociali, quando il numero degli asili nido viene ridotto, quando gli ospedali dimettono presto i pazienti, e quando le scuole sono in degrado; sono le donne ad essere ricercate per svolgere funzioni di cura a basso costo. Se vivessimo in un mondo in cui esistesse giustizia di genere, in cui l'intero peso del lavoro di cura non ricadesse sulle spalle delle donne, e in cui a tale lavoro fosse riconosciuto uno status elevato e una paga alta, svolgere lavoro di cura significherebbe occupare una posizione agognata, e non sarebbe una mossa dettata dalla disperazione.

Ci siamo chieste prima se l'autonomia della migrante viene rafforzata, dato che queste donne rompono con i loro ruoli di genere tradizionali quando migrano e lasciano le loro famiglie. Studi condotti sull'argomento sembrano dimostrare che i ruoli di genere almeno in uno dei paesi di provenienza, le Filippine, vengano rinforzati, e non sovvertiti, dalla migrazione delle madri e che i bambini desiderano che siano le madri e non i padri ad emigrare. Le ancora forti attitudini patriarcali dei paesi di emigrazione creano aspettative che fanno sì che i bambini si sentano più abbandonati dalle loro madri migranti, e che consentano ai padri di evitare l'assunzione delle funzioni di cura delle madri assenti. Nei paesi di accoglienza, regole che discriminano rispetto al genere nei posti di lavoro sono la ragione per cui le donne, quando migrano, tornano ad intervalli meno frequenti degli uomini. Il fatto che migranti siano le donne è spesso visto come un vantaggio dal datore di lavoro nella misura in cui può sfruttare valori di sottomissione socialmente radicati. Le donne sono vulnerabili allo sfruttamento sessuale, specialmente quando lavorano negli spazi intimi di una casa privata. Non può esserci dubbio che il fatto che a lavorare siano donne aumenta la possibilità di sfruttamento e abuso delle migranti.

Tuttavia, per molte delle ragioni che abbiamo già esaminato, ciò non è necessariamente un puro male per tutte le donne coinvolte, sebbene tutte soffrano dalla perdita di intimità con i loro bambini. Le donne che vengono da paesi fortemente patriarcali in paesi che hanno un minimo di egualanza di genere possono acquistare un nuovo senso di dignità. Molte donne esprimono un reale orgoglio per ciò che esse soltanto possono offrire alle loro famiglie. Arrivare e lavorare in un paese straniero può essere per loro un'esperienza arricchente, non meno di quanto lo sia per i cittadini di paesi ricchi. L'impatto delle donne che assumono donne migranti è una questione a sé stante, così come lo è la relazione tra la “padrona” e la “domestica”. E molte “domestiche” sono “padrone” nel loro paese.

Come dicevo in precedenza, il beneficio aggiuntivo per i figli delle donne migranti è sentito specialmente dalle ragazze, vengono così gettati semi per un'accresciuta egualanza di genere nel futuro dei paesi di emigrazione. I risultati in termini di benefici educativi riportati da Ghazala Mansuri sono davvero notevoli: “Il tasso d'iscrizione scolastica aumenta del 54 per cento (da 0,35 a 0,54) per le ragazze e solo del 7 per cento (da 0,73 a 0,78) per i ragazzi”. Di nuovo, “il declino nei tassi di abbandono è anch'esso sostanzialmente più ampio per le ragazze: 55 per cento (da 0,56 a 0,25) paragonato a quello dei ragazzi pari al 44 per cento (da 0,25 a 0,14)”.

Non ho qui lo spazio per le tante altre storie di genere che ci sarebbero da raccontare. Per quanto riguarda i mali che più direttamente affliggono gli individui coinvolti, invece, si può concludere che se l'ingiustizia di genere dà conto di alcuni di questi mali, ci sono anche opportunità per miglioramenti nell'egualanza di genere per le donne e le loro figlie. Questi fattori di genere di nuovo non possono spiegare completamente l'obbrobrio morale espresso dall'idea di un “trapianto di cuore globale”.

C'è ancora un altro aspetto di genere che dovremmo menzionare, un aspetto che ha a che fare con la natura del lavoro di cura. Alcune hanno sostenuto che la pratica della cura dà luogo a distinti valori etici e ad una soggettività che concepisce il sé sempre in relazione. Dal momento che le persone che svolgono attività di cura sono state tradizionalmente donne, è probabile che le donne più degli

uomini si percepiscano in termini relazionali. Analizzeremo l'importanza di questa concezione per il “trapianto di cuore globale” nelle prossime due sezioni.

Parte quinta. Il danno prodotto dal “trapianto di cuore globale” e il “sé relazionale”

Le teorie della giustizia tradizionali, di quella che Nancy Fraser ha definito “giustizia normale”, trattano delle relazioni tra cittadini e delle relazioni tra stato e cittadini. Il danno che si incontra nel caso del “trapianto di cuore globale” non è inflitto ai cittadini in quanto cittadini. Le lavoratrici migranti non sono cittadine dei paesi di accoglienza né c’è una coercizione aperta da parte dei paesi di emigrazione che le obbliga a fare il viaggio.

Una teoria delle giustizia globale rivolta a governare le relazioni tra le nazioni ci consente di diagnosticare ingiustizie tra paesi di emigrazione e paesi di accoglienza. Abbiamo visto che, sebbene ci siano dei mali identificabili che si può dire siano sofferti dai paesi di provenienza e sebbene la pratica della migrazione globale si svolga nel contesto di condizioni ingiuste, è possibile sostenere tuttavia che i benefici che i paesi di emigrazione ricevono superino i danni e servano come risposta positiva alle ingiustizie di sfondo che sono (in parte) responsabili delle diseguaglianze economiche tra paesi.

Una teoria cosmopolita che identifichi i danni globali agli individui in quanto individui potrebbe far meglio degli altri due modelli, e il tipo di ingiustizie di genere a cui le donne migranti sono vulnerabili potrebbe ricadere in questa categoria; ma, di nuovo, sussistono benefici compensativi che possono essere ottenuti dalla donna e dai suoi bambini, specialmente dalle sue bambine.

Tuttavia, abbiamo bisogno anche di una diagnosi dei danni morali nei confronti degli individui come persone le cui vite e le cui relazioni cruciali si estendono oltre i confini nazionali. Forse una teoria della giustizia non si adatta bene a tale compito – sicuramente non quelle di cui abbiamo parlato. Un’etica della cura può aiutarci perché comprende che il sé non è costruito come un’entità indipendente; piuttosto, vede il sé come formato e sostenuto da relazioni.

L’ enfasi sulla relazione da parte dell’etica della cura – sostengo qui – aiuta a chiarire il danno particolare prodotto dal “trapianto di cuore globale”: la minaccia alle relazioni fondamentali – relazioni che sono centrali per l’identità. Si hanno certe relazioni in virtù di ruoli sociali o istituzionali fondamentali: madre, figlia, genitore, bambino, insegnante, ecc. Sono, però, i singoli individui che occupano questi ruoli a dare specificità ai nostri sé emergenti. Le relazioni cruciali nelle nostre vite sono spesso quelle nelle quali l’affetto e la cura sono la norma.

Cosa viene meno nella migrazione della madre per estesi periodi di tempo? I parenti o i domestici possono svolgere le funzioni di cura quotidiane in modo più o meno soddisfacente. Le madri di solito continuano ad amare i loro figli – di fatto il loro lavoro è al servizio dell’amore per i loro figli. Tuttavia, i bambini che ricevono cure fisiche quotidiane dai parenti, dai domestici e dai padri ricevono quest’intimità da una persona diversa da quella con la quale per prima hanno formato queste relazioni di cura e con la quale, non insignificativamente, si aspettano di formare questo tipo di relazione.

Se i teorici dell’etica della cura sono corretti nella loro concezione relazionale del sé – ovvero, nella concezione di un’identità del sé che incorpora nella propria costruzione le relazioni di una persona e non è separata da esse –, allora, tale sé relazionale incorporerà quelle relazioni intime di dipendenza nella sua stessa identità. Dopo tutto, la stessa conservazione e lo stesso sviluppo del sé, così come la comprensione di sé, dipendono da quest’altro. Sicuramente, quindi, con chiunque ci si relazioni in

questo modo fondamentale, quell'individuo viene incorporato nella nostra identità. Se si è una persona dipendente vulnerabile, è la persona da cui si dipende e sono le relazioni che ella ha con noi che formano le basi stesse del nostro essere – così almeno la cosa sarà percepita dal bambino dipendente, mentre per la persona malata o sofferente è esclusivamente qualcuno con cui si ha questo tipo di relazione ad offrire un vero conforto nel periodo in cui è vulnerabile. Questi legami rendono porosi i confini del sé. Quando il contatto fisico quotidiano tra le persone che si trovano in questo genere di relazioni è bloccato, sussiste il pericolo che il potenziale in termini di catessi di una relazione essenziale non si realizzi. Le madri dicono di non riconoscere i loro figli, e che i loro figli non le riconoscono.

Quando le madri intraprendono il lavoro di cura la catessi si verifica con un'altra persona dipendente che non è un familiare. L'energia viene rilasciata “riversando” l'amore su un altro bambino, di cui le è affidata la responsabilità. Data la struttura relazionale del sé, e la struttura motivazionale della cura, la cura attesa da una lavoratrice di cura assunta occupa uno spazio fantomatico in questa geografia di relazioni. L'espressione “riversare” il proprio amore su... è riservata alla relazione con il minore in custodia e non per parlare dei propri bambini. Forse, l'idea di riversare l'amore su un'altra persona è un'immagine che cattura la natura non proprio completamente relazionale di quell'amore. Se la relazione con la persona che le viene affidata può in alcuni casi attenuare il male sofferto dalla donna immigrata, in quanto le fornisce un oggetto sul quale riversare la propria energia libidica, non si tratta però di una relazione sulla quale può investire in pieno. Si tratta piuttosto di un legame temporaneo.

Di nuovo, non è che qualcun altro diverso dalla persona motivata dall'amore non possa svolgere i compiti che rientrano nel repertorio delle attività di cura – ciò è possibile e in circostanze favorevoli può essere svolto in modo efficiente, con gentilezza e affetto. Quando, però, la relazione che si forma in una situazione di dipendenza è interrotta e attori diversi si sostituiscono, in una concezione relazionale del sé è possibile prevedere un disordine nella comprensione di sé e una rottura nella relazione che non sempre può essere guarita. Così, da un lato, relazioni costitutive dell'identità che non dovrebbero subire fratture le subiscono; mentre, dall'altro lato, l'andare incontro ai bisogni delle persone dipendenti che forgia tali relazioni costitutive dell'identità costituisce un surrogato di relazione – formata soltanto per essere interrotta. Nel suo lavoro empirico sulle donne, Carol Gilligan ha osservato che i suoi soggetti vogliono più di ogni altra cosa evitare la frattura delle relazioni. Le madri migranti fanno sforzi per mantenere i rapporti con i loro figli, ma le relazioni formate nell'intimità sono difficili da mantenere a distanza, in particolare per un bambino dipendente il cui modo di conoscere e di relazionarsi alla madre risiede nell'intimità della cura quotidiana e del sostegno emotivo. Quando partono per una terra straniera, le madri rischiano di fratturare centralmente relazioni importanti. Quando svolgono lavoro di cura, diventano vulnerabili al rischio di investire troppo in una relazione che è destinata ad interrompersi. Il “trapianto globale di cuore” risulta in una duplice frattura: un danno specifico di questo tipo di situazione, un danno che è inestricabilmente connesso alla natura della cura e delle relazioni che essa promuove. Se la rottura delle relazioni è un male non solo per le persone dipendenti, ma anche per le donne migranti, non dovremmo dire che dovrebbe esistere un diritto alla cura: un diritto a prestare cura e a riceverla? Se è così, si può tornare ad utilizzare il più convenzionale linguaggio dei diritti per delineare il danno prodotto dal “trapianto globale di cuore”? Possiamo farlo, ma il diritto avrà una torsione relazionale.

Parte sesta. I diritti umani e il diritto alla cura

La cura ha un volto di Giano. Se la cura può essere onerosa (una responsabilità della quale liberarsi); essa può al tempo stesso essere tra i lavori più significativi e gratificanti (un diritto da

esercitare). Se differenti attitudini e circostanze culturali influenzano questa visione della cura, persino coloro che cercano di evitare l'attività di cura, possono sentirsi privati di qualcosa quando viene loro seriamente limitata l'opportunità di prendersi cura dei propri cari; mentre in modo simile coloro che abbracciano una vita dedita alle attività di cura possono talvolta percepire quel lavoro come un peso troppo gravoso. Inoltre, se siamo felici di prestare cura a coloro a cui teniamo; la cura che ci è richiesta da altri sembra pura fatica. Data la complessità della cura, come si deve considerare la scelta della lavoratrice di cura migrante. Lasciando le loro famiglie, si liberano di un peso o rinunciano ad un beneficio? Nell'assumere la cura di una persona estranea recuperano in parte il beneficio che deriva dal prestare cura o raddoppiano il peso della cura? Come dobbiamo considerare poi la situazione dei bambini e di altre persone dipendenti? Sperimentano i vantaggi materiali come una forma di cura che è un adeguato sostituto della cura diretta? Il fatto che la fonte del reddito delle loro madri o sorelle sia la cura prestata ad un'altra persona costituisce motivo di conforto o è una ferita che brucia?

Forse è la natura onerosa della cura per chi presta cura che ha oscurato la misura in cui si desidera vedere riconosciuto come un diritto protetto (o come una libertà o capacità necessari per la nostra fioritura) l'essere capaci di prestare cura a coloro che ci sono vicini. Se la Dichiarazione delle Nazioni Unite non ha mai stipulato un diritto di prestare cura o di ricevere cura dai propri familiari, il principio 6 della Dichiarazione dei diritti del fanciullo postula l'esistenza di un diritto del bambino a ricevere assistenza e, nei primi anni, a ricevere cura dalla madre. Afferma: “[il fanciullo] deve, per quanto è possibile, crescere sotto le cure e la responsabilità dei genitori [non della madre] e, in ogni caso, in atmosfera d'affetto e di sicurezza materiale e morale. Salvo circostanze eccezionali, il bambino in tenera età non deve essere separato dalla madre”.

In modo simile, sembrerebbe che anche tutte le persone anziane malate abbiano diritto ad una cura e ad un trattamento decente. Si tratta di un diritto a ricevere cura da un particolare individuo? La cura deve essere prestata a domicilio? Risponderà al diritto di ricevere cura un qualsiasi livello accettabile di assistenza? L'obbligo correlato al diritto cade solo sui membri della famiglia o lo stato deve qualcosa alla persona che ha il diritto di ricevere cura o a chi ha il diritto di prestare cura? Nessuna dichiarazione delle Nazioni Unite specifica un diritto di cura per gli anziani come tali, tuttavia l'articolo 25 della Dichiarazione dei diritti umani afferma: “Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà”. Ciò sembra indicare che la cura del nostro benessere ci è dovuta come diritto durante la vecchiaia, sebbene non si affermi esplicitamente chi sia responsabile di garantire questo diritto.

Una seria difficoltà sorge comunque quando si tenta di definire ciò che conta come cura. Molto dipende dalla nostra definizione. Fisher e Tronto hanno offerto una concezione particolarmente inclusiva della cura come “una specie di attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro ‘mondo’ così da poterci vivere nel modo migliore”. Questa definizione è troppo inclusiva per essere utile qui. Per catturare il senso della cura che desideriamo si deve analizzare il concetto.

Diemut Bubeck adotta una definizione del prestare cura che enfatizza l'idea che la cura richieda interazioni “faccia a faccia”. Abbiamo anche sottolineato come molta attività di cura non siano fungibili. Potremmo dire, quindi, che il diritto di prestare cura e di essere assistiti deve avere due caratteristiche:

Primo tentativo. 1. Il riconoscimento e la protezione della natura non fungibile della cura. 2. La protezione dell'importanza della cura faccia a faccia.

Il “trapianto globale di cuore” può allora essere considerato una violazione del diritto di prestare cura e di essere curati, poiché chi presta cura deve sostituirsi ad un altro per prestare cura faccia a faccia a coloro per i quali la loro propria cura è realmente non sostituibile. In ogni caso, se vogliamo un diritto di prestare cura per proteggere l'importanza di una cura faccia a faccia non sostituibile, un tale diritto può solo proteggere la scelta di impegnarsi in tale attività di cura – altrimenti sarebbe una richiesta coercitiva nei confronti di chi presta cura e non un suo diritto. Le madri migranti, abbiamo detto, hanno scelto di non farlo.

Non è chiaro, inoltre, se tutte le persone dipendenti abbiano il diritto di domandare tale cura ad altri particolari. Formulare un diritto alla cura in questo modo fa pensare in modo erroneo che i bambini vengano trascurati mentre in genere i loro bisogni fondamentali vengono soddisfatti. In modo egualmente importante, ciò fa pensare che le madri non siano impegnate nella cura dei loro bambini, cosa che non corrisponde a come loro stesse concepiscono quanto stanno facendo. Le sociologhe Pierrette Hondagneu-Sotela e Ernestine Avila hanno intervistato madri transnazionali provenienti dal Messico e dall'America centrale e hanno osservato come queste donne siano convinte che il loro ruolo di sostegno economico alla famiglia abbia ampliato il loro ruolo di cura, piuttosto che averlo sostituito. Le donne intervistate, in molti studi differenti, affermano di rimpiangere di non essere con i loro bambini, per vederli crescere, per essere coinvolte nei dettagli intimi delle loro vite, per aiutarli nelle loro attività quotidiane, e così via. Tuttavia, è l'assenza di risorse adeguate, e non la distanza in quanto tale, che esse percepiscono come il più grande ostacolo per poter prestare cura in modo adeguato alle loro famiglie. Solo mediante il loro lavoro all'estero possono inviare in patria denaro sufficiente per dare ai loro figli la possibilità di avere vite migliori (sia oggettivamente che dal loro punto di vista), vite in cui ricevono la cura che le madri desiderano per loro.

Ma soprattutto queste madri fanno quello fanno per i loro figli. Il significato di questa motivazione è colto da Steven Darwall nella sua definizione di cura: avere cura di qualcuno significa desiderare ciò che è bene per lui per amore suo. Se un insieme contestato di pratiche costituiscono ciò che significa prestare cura ad un altro, questo aspetto attitudinale è centrale in qualsiasi nozione di avere a cuore qualcuno, sebbene non sia stringente come la condizione di non sostituibilità presente nella nostra prima definizione. Tentiamo di nuovo di definire la cura, indebolendo la condizione faccia a faccia e la condizione di non sostituibilità: prestare cura è preoccuparsi degli interessi di un altro bisognoso di cura che non ci si attende ragionevolmente sia in grado di soddisfarli da solo o da sola, e prendersi cura di quegli interessi per amore di chi è bisognoso di cura. Dire che la cura richiede il preoccuparsi degli interessi di un altro per amor suo è un modo per qualificare il concetto di motivazione intrinseca proprio del lavoro di cura proposto dalla Folbre. Dunque, prestiamo attenzione al bisogno n di X perché si desidera promuovere il suo benessere per amor suo. Ma perché vogliamo promuovere il benessere di X per amore di X? La motivazione di second'ordine ha tre possibili fonti.

1. Ho acquisito la virtù di agire e prendermi cura degli interessi dell'altro per amor suo. Questa è la virtù che una buona infermiera ha acquisito. Agire così non presuppone alcuna preesistente relazione personale con la persona bisognosa.

2. Posso avere un forte legame con la persona in questione sicché il benessere della persona è più importante per me di quanto non sia il mio stesso benessere. Quando il benessere di un altro è costitutivo del nostro stesso benessere tendiamo a chiamare amore quel legame. Questa è la

motivazione caratteristica di un genitore, di una sposa, di un bambino che agisce nei confronti di un genitore sofferente, o di un amico che si preoccupa per i bisogni di un caro amico.

3. Posso pensare che il dovere che ho volontariamente assunto mi obbliga a prestare cura ad un altro per amor suo. Un dottore o un avvocato possono esemplificare questa più delimitata forma di motivazione intrinseca. Lo stesso può essere per una persona assunta per prendersi cura di una persona dipendente.

Guardare alla cura dalla prospettiva delle motivazioni di second'ordine ci consente di vedere che è sia possibile dare e ricevere cura senza il legame affettivo caratterizzato da 2: vale a dire un bambino e un parente malato possono ricevere cure tutt'altro che superficiali anche quando non sono offerte da qualcuno che li ama. Può darsi nondimeno il caso che si desideri che un bambino, se non un amico, un coniuge o un parente sofferente, possano rivendicare 2.

Le considerazioni sulle motivazioni inoltre fanno pensare che se esiste un diritto a prestare cura deve trattarsi del tipo di cura che ha la struttura motivazionale di 2 (che mantiene il carattere della non sostituibilità, sebbene in forma meno stringente). Ciò perché i diritti non sono invocati per proteggere la coltivazione e l'esercizio di una virtù, e il diritto fondamentale alla cura non è limitato a obbligazioni che siano state volontariamente assunte. Riformuliamo dunque il nostro diritto alla cura in modo che rifletta queste considerazioni.

Secondo tentativo. Il diritto alla cura consisterà di due parti, ciascuna delle quali ha un certo numero di condizioni.

I. Il diritto di prestare cura:

a. protegge l'espressione e la manifestazione di un'attitudine alla cura consentendo l'impegno in pratiche di cura verso certe particolari persone; queste sono persone:

- i. che dipendono da un altro per poter soddisfare i loro bisogni essenziali per vivere e fiorire, cosa che non possono fare da soli;
- ii. il cui benessere sta a cuore della persona che si prende cura di loro per amor loro, e perché il senso di benessere di chi presta cura viene ridotto in modo consistente quando queste persone non ricevono cure adeguate.

II. Il diritto di ricevere cura è solo il diritto di essere beneficiario della persona che presta cura protetta al punto I sopra.

Secondo questa definizione, le madri che tentano di assicurarsi che i loro bambini siano ben curati lavorando all'estero e inviando a casa rimesse, sacrificando o sospendendo il loro desiderio di essere con i loro figli, si può dire si prendano cura di loro, e quindi i loro figli ricevano attenzioni da loro. In tal caso, tuttavia, la migrazione transnazionale non viola né il diritto della persona dipendente alla cura, né il diritto della donna che lascia le persone che dipendono da lei. Forse, qualcosa d'importante manca in questa concezione del diritto alla cura.

Robin West ha sostenuto che abbiamo un diritto alla cura che definisce "diritto di doulia". La doulia (da doula, la figura che presta assistenza dopo il parto, che si preoccupa della madre così che essa possa prendersi cura del suo bambino) è un principio che richiede che una qualche terza parte, spesso lo stato, debba sostenere coloro che prestano cura alle persone dipendenti. "Il lavoro di cura verso le persone dipendenti" è limitato all'andare incontro ai bisogni di chi è in una condizione di

inevitabile dipendenza. Il lavoro di cura verso le persone dipendenti delimita anche certe pratiche di cura, in particolare quelle dedicate ad andare incontro a bisogni che sono una diretta conseguenza della dipendenza e sono, per lo più, lavori che richiedono contatto diretto: vestire, dare da mangiare, aspetti fondamentali della cura, istruzione e socializzazione, e al tempo stesso domande emotive che accompagnano questa condizione di bisogno. Possiamo ammettere che procurare quanto è necessario come precondizione per andare incontro a questi bisogni è parte anch'esso dell'attività di cura, ma non è la cura diretta che il termine dependency work (lavoro di cura verso le persone non autonome) delimita. Doulia è un concetto che coglie il bisogno che il lavoratore di cura che opera con persone non autonome ha di qualcuno che provveda ad aiutare sia la persona dipendente sia il lavoratore di cura che si occupa di lei, in modo che entrambi possano sopravvivere e fiorire.

La nostra precedente descrizione del diritto alla cura ha mancato la distinzione tra questi momenti della cura. Abbiamo bisogno di una clausola sul diritto della persona che presta cura ad essere sostenuta nella sua attività verso la persona dipendente. La seconda parte dell'articolo 24 della Dichiarazione universale dei diritti umani può essere letta come se affermasse questo diritto per le madri, laddove recita: "La maternità e l'infanzia hanno diritto ad una cura e ad un'assistenza particolare". Potremmo interpretare questa clausola come se dicesse che un diritto alla cura deve essere incluso o sostenuto da un diritto ai mezzi materiali per poter svolgere l'attività di cura. Proviamo di nuovo.

Terzo tentativo

I. Il diritto di prestare cura;

- a. Protegge l'espressione e la manifestazione di un'attitudine alla cura consentendo l'impegno in pratiche di cura verso certe particolari persone; queste sono persone:
 - i. che dipendono da un altro per poter soddisfare i loro bisogni essenziali per vivere e fiorire, cosa che non possono fare da soli;
 - ii. il cui benessere sta a cuore alla persona che si prende cura di loro per amor loro, e perché il senso di benessere di chi presta cura viene ridotto in modo consistente quando queste persone non ricevono cure adeguate.
- b. Diritti di doulia: per essere in grado di impegnarsi in pratiche di cura verso le persone dipendenti con mezzi adeguati per soddisfare i bisogni della persona dipendente, senza ridurre le risorse di chi svolge lavoro di cura nei confronti di una persona non autonoma o rendere addirittura impossibile per il lavoratore che presta cura nei confronti della persona dipendente di potere soddisfare i suoi propri bisogni urgenti.

II. Il diritto di ricevere cura:

- a. un diritto ad essere curato quanto si è incapaci di soddisfare i nostri bisogni essenziali
- b. e ad essere curati da qualcuno che si preoccupa di noi nel senso descritto in 1a.

Questa formulazione della cura non preclude attività quali procurarsi i mezzi economici per poter far vivere e fiorire la persona dipendente. Alle madri migranti non viene negato un diritto di cura nel senso espresso in 1a, in cui le pratiche di cura includono il fatto di procurarsi mezzi a beneficio della persona dipendente. Queste donne, tuttavia, potrebbero dire di essere prive del diritto di doulia, proprio perché non sono sostenute nel loro sforzo di svolgere lavoro di cura diretto nei

confronti delle persone dipendenti che sono loro più vicine. Le persone non autonome che dipendono da loro per certi versi ricevono cure da loro, ma non sotto tutti i profili importanti.

Il diritto di cura lascia inevitabilmente molte domande: chi è autorizzato a definire le pratiche di cura al fine di delineare un “diritto alla cura”? Quale entità pubblica dovrà garantire questi diritti? Le nazioni di emigrazione non hanno le risorse per questo tipo di servizi, ed è questo il motivo principale per cui le donne sono spinte a migrare. I paesi di accoglienza hanno doveri correlati a questi diritti? Questa formulazione aiuta ad identificare la specificità del danno derivante dal “trapianto di cuore globale”? Infine: da dove vengono tali diritti? Che si possano avere diritti a ricevere certi beni e servizi essenziali alla nostra capacità di sopravvivere e a fiorire non è in questione, se accettiamo qualcosa come la Dichiarazione universale dei diritti umani. Che si abbia diritto ad una famiglia è già parte della Dichiarazione delle Nazioni Unite e non richiede la formulazione di uno specifico diritto alla cura. Ma, mentre Iai e IIb possono essere inferiti da passi presenti nelle carte delle Nazioni Unite, la giustificazione per interpretare le clausole delle carte in tal senso poggia su un’etica della cura che assuma dimensione globale. La visione relazionale del sé e la nozione di danno come fallimento nel mantenere relazioni fondamentali ci danno un diritto alla cura che incorpora sia l’importanza delle clausole Iaii e IIb. Ciò rafforza anche il bisogno della doulia, senza la quale questa relazione fondamentale o è impossibile o può essere profondamente dannosa almeno per una delle parti della relazione.

Conclusioni

Quando una donna non può esercitare il suo diritto alla cura nel senso pieno delineato sopra, e si impegna nella cura di un altro, è come se il suo cuore lasciasse la propria casa per mettersi al servizio di un’altra. Tuttavia, per quanto suggestiva sia l’espressione “trapianto di cuore globale”, non siamo di fronte ad un trapianto di “cuore” neppure in senso metaforico. Sappiamo che le donne che emigrano fanno quello che fanno per amore delle persone che dipendono da loro e con cui tentano di mantenere contatti il più possibile stretti. Non trasferiscono il loro amore. Né le apparenze né le aspettative, tuttavia, sono irrilevanti. Come fa la madre che può contattare il proprio bambino solo per telefono a convincerlo che mentre si prende cura di un altro non sta riversando su di lui il suo amore? In che modo la famiglia che riceve le attività di cura a pagamento intende e distingue le motivazioni? In che modo la madre stessa riesce a tenere tutte le strutture motivazionali chiaramente definite? Come riesce a conservare la propria comprensione del proprio sé etico, e il senso del rispetto di sé?

Notoriamente John Rawls ha sostenuto che il rispetto di sé è il più importante dei beni sociali. E’ il mezzo sociale per mezzo del quale riconosciamo l’eguale valore intrinseco. In una società giusta il rispetto di sé non dovrebbe essere un gioco a somma zero. Nel “trapianto di cuore globale”, tuttavia, un individuo sostiene il proprio rispetto di sé come persona che ha responsabilità di cura (o come qualcuno che abbandona le proprie responsabilità di cura) a spese di un altro.

Questo saggio ha tentato di dare voce alla specificità del danno inherente alle migrazioni globali di coloro che prestano cura alle persone dipendenti. Alcuni dei mali possono essere mitigati con migliori condizioni di lavoro, migliori politiche migratorie, e provvedimenti particolari per rendere più facile e finanziariamente sostenibile per il lavoratore di cura tornare a casa ad intervalli regolari; anche se ciò non risolverà il male delle lunghe assenze che sono inevitabili nelle famiglie transnazionali e che sono la fonte della difficoltà a mantenere relazioni di intimità. Incoraggiare i servizi di assistenza negli stati ricchi, incluso l’aumento delle paghe per chi svolge lavori di cura, sono tutte cose che dovrebbero essere fatte ma che non necessariamente aiuteranno le donne migranti. Se il lavoro di cura non è disponibile perché i lavoratori nativi sono attratti dai più alti

salari offerti dal lavoro di cura in uno stato che paga bene per esso, possiamo aspettarci che la spinta della povertà indurrà molte donne ad affrontare il viaggio all'estero. Anche quando non svolgono lavoro di cura, il diritto di cura delle migranti rimane parziale. Migliorare i servizi di assistenza sia nei paesi di accoglienza che nei paesi di emigrazione potrebbe aiutare a contrastare le spinte e le attrattive che conducono alla migrazione del lavoro di cura. Tuttavia, finché non saranno rettificate le grandi disparità economiche che motivano le migrazioni tali miglioramenti sono improbabili. In più, tutte le iniquità nel lavoro di cura esigono una più equa divisione del lavoro tra i generi. Infine, tutte le iniquità nel lavoro di cura richiedono il riconoscimento del carattere antagonistico della motivazione intrinseca del lavoro di cura rispetto alle forze del mercato. Dobbiamo quindi essere sicuri che il lavoro di cura venga ben remunerato indipendentemente dal fatto che la sua motivazione sia fondata sulla responsabilità familiare o sull'obbligo professionale, e che non siano solo le forze del mercato a decidere della paga del lavoratore di cura. Un altro studio sarebbe necessario per analizzare i suggerimenti che sono stati proposti per riparare alle ingiustizie che caratterizzano il mercato globale del lavoro di cura. Ci si riterrà soddisfatti qui se si è riusciti a diagnosticarne correttamente i danni.

(traduzione dall'inglese di Brunella Casalini)