

## Genere e cura: vecchie soluzioni per nuovi scenari?\*

**Chiara Saraceno**

RPS

*Il bisogno di ricevere e dare cura è rimasto a lungo nascosto nella divisione del lavoro tra collettività e famiglia e tra uomini e donne. Per questo sia la dipendenza dalla cura che la responsabilità di fornire cura a lungo non sono stati riconosciuti come fondamenti di diritti di cittadinanza e anzi sono stati una causa di indebolimento di questi stessi diritti. Una parziale eccezione è costituita dai congedi di maternità. Negli anni recenti a livello europeo si sono evidenziate due tendenze per certi versi opposte. Da un lato le questioni della cura dei bambini sono entrate nell'agenda politica e il riconoscimento di responsabilità di cura è stato allargato anche ai padri (lavoratori). Dall'altro lato alle madri viene*

*richiesto in modo crescente di partecipare al mercato del lavoro senza che siano adeguatamente riconosciuti né i bisogni né il lavoro di cura. Vi è, inoltre, una persistente asimmetria nel modo in cui sono riconosciuti sia i bisogni di cura dei vari soggetti (bambini piuttosto che anziani non autosufficienti) che il lavoro di chi, non pagato o anche pagato, a questi bisogni risponde. La marginalità del lavoro di cura è evidente anche nei dibattiti sulla flexisecurity, ove viene per lo più assimilato vuoi alla disoccupazione vuoi alla formazione. Questa marginalità rischia di diventare molto problematica in una congiuntura in cui, per situazione demografica e per mutati comportamenti femminili, rischia di aprirsi un deficit di cura.*

### *1. L'emergere della cura come questione di genere e teorica nella ricerca sociale<sup>1</sup>*

Fino agli anni settanta del secolo scorso la «cura» non costituiva una

\* Questo testo è stato presentato per la prima volta il 22 aprile 2008 come Annual Ursula Hirschman Lecture on Gender and Europe presso lo European University Institute di Firenze il 22 aprile 2008. Si ringrazia l'autrice e lo Eui per aver concesso il permesso di pubblicazione del saggio in italiano.

<sup>1</sup> Per questo paragrafo mi sono basata sul saggio che ho scritto insieme ad Arnlaug Leira (Leira e Saraceno, 2002), nei confronti della quale ho più di un debito.

sfida teorica per la ricerca sociale, né come concetto né in quanto attività sociale. Apparteneva «naturalmente» al mondo femminile delle madri, delle figlie, delle sorelle e delle domestiche. Dagli anni settanta, invece, termini come «cura» e «prestazione di cura» sono divenuti oggetto di una riflessione e di un dibattito teorici molto ricchi. Sotto la spinta della cultura femminista i molti fili che compongono l'intreccio relazionale, simbolico, politico e concreto delle relazioni tra chi riceve e chi dà cura sono stati progressivamente dipanati, a partire dalla decostruzione del cosiddetto «lavoro per/dell'amore». Questo processo ha fatto emergere molteplici attori, sia dal lato dei prestatori sia da quello dei destinatari della cura. Gli interessi e i conflitti d'interesse sono stati riconosciuti. Sono stati identificati i contesti della cura sia dal lato dei prestatori che dei destinatari. E i diritti e le responsabilità di coloro che prestano la cura e di coloro che la ricevono sono oggetto di dibattito.

Oltre a riconoscere i legami storici, sociali e culturali tra genere femminile e cura, la riflessione femminista si è interrogata sui presupposti che consideravano «naturali» o acquisite le capacità di cura. La sovrarappresentazione delle donne in tutte le forme del lavoro – retribuito o non retribuito – di cura viene interpretata come conseguenza dell'asimmetria di genere nelle strutture di potere, in particolare nelle relazioni matrimoniali (ad esempio Land e Rose, 1985). Questa asimmetria di potere è un aspetto della distinzione, sottolineata efficacemente da Wærness (1987), tra *caring* e *servicing*, e tra queste due attività e il sentimento di preoccupazione amorevole (ed anche piacere, vedi ad esempio Sevenhuijsen, 1998), che può essere presente in entrambe. Secondo Wærness, occuparsi di un marito autosufficiente in base ad una preoccupazione per il suo benessere e felicità è «*servicing*», mentre occuparsi con le stesse finalità di un figlio piccolo, di un anziano in condizioni di salute precaria o di un invalido è «*caring*». Questo «lavoro di cura» fornito a coloro che, secondo le norme sociali comunemente accettate, non sono in grado di badare a se stessi identifica, secondo Wærness, ciò che è cura necessaria e ciò che non lo è. In questa prospettiva, sia la cura necessaria che quella non necessaria configurano una relazione interpersonale di amore. Tuttavia molte altre studiose femministe, sulla base di studi empirici, mettono in discussione la gravidanza teorica di questo assunto. Land e Rose (1985) hanno segnalato come l'altruismo forzato sia un problema molto serio nella cura prestata dalle donne entro la famiglia. Sviluppando la loro analisi, Finch (1989) insiste sul fatto che il lavoro di cura (nei confronti ad

esempio di un parente anziano) può essere prestato senza sentimenti di amore o di vicinanza emotiva, di «preoccupazione per». In particolare le ricerche sulle obbligazioni familiari ed entro la parentela (ad esempio Lewis e Meredith, 1988; Finch e Mason, 1993; Millar e Warman, 1995) hanno evidenziato i presupposti su cui essi si basavano e si basano: l'obbligo di prestare lavoro di cura può essere onorato senza alcun sentimento o approccio amorevole, ma sulla base di un senso del dovere, anche nell'ambito di relazioni «personali» estraniare. «Quando si manifesta un bisogno di cura, ci si aspetta l'attivazione di rapporti di sangue e matrimoniali nell'ambito di una relazione di cura, nonostante la mancanza o la perdita di un sentimento d'amore» (Leira, 1994, p. 189), anche nei sistemi di welfare avanzati. Le ricerche sulle obbligazioni familiari rivelano così la complessità della gamma di attività e di sentimenti compresi sotto l'ampia definizione di cura/prestazione di cura.

Dal punto di vista analitico rimane comunque importante la distinzione tra prestazione di cura a favore di persone dipendenti che non sono capaci di badare a se stesse e prestazione di cura a favore di coloro che possono cavarsela da soli. Solo la prima è materia di intervento politico a livello redistributivo. Solo la cura per le persone davvero dipendenti comporta la ridefinizione dei confini fra Stato e famiglia riguardo alle responsabilità per la prestazione e i costi della cura.

## *2. Lo status storicamente ambivalente del care-giving come fondamento di diritti sociali*

Storicamente, coloro che hanno bisogno di cura e coloro che la ricevono hanno avuto uno status ambivalente nella definizione della cittadinanza sociale. Da un lato, non è stato riconosciuto per lungo tempo lo status di cittadini a coloro le cui necessità di cura li rendevano visibilmente dipendenti da altri. Costoro erano – e in ampia misura sono ancora – «i membri dipendenti della famiglia», o i beneficiari di assistenza sociale che scambiavano la loro autonomia in cambio di un sostegno. Dall'altro lato, le necessità di cura, soprattutto da parte di bambini e anziani fragili, erano considerati il terreno di una divisione del lavoro nella famiglia basata sul genere e dell'esclusione o marginalizzazione delle donne nel mercato del lavoro (e per lungo tempo anche dai diritti politici). Le necessità e la dipendenza dalla cura (delle donne) dei primi diventano così la causa della dipendenza economica

(dai mariti) delle seconde. La titolarità a ricevere cure era designata implicitamente come titolarità a essere curati da un membro femminile della famiglia. Ciò non si traduceva in un diritto sociale; ma indicava che la questione della cura restava sin dall'inizio un dilemma inespresso nelle società industriali (Saraceno, 2003).

Il dilemma era parzialmente nascosto entro la cornice della figura del maschio procacciatore di reddito. Questa figura, e le politiche che attorno ad essa si sono sviluppate, hanno rafforzato il ruolo del marito/lavoratore quale procacciatore sia di reddito sia di connessioni ai diritti sociali (ad esempio l'assicurazione sanitaria, la pensione di reversibilità), minimizzando il fatto che dalle mogli ci si attendesse in cambio di quei benefici prestazioni, appunto, di cura. Per questa ragione la condizione di moglie, piuttosto che quella di madre o di donna impegnata in altri ruoli familiari di cura, era quella che nella maggior parte dei paesi assicurava alle donne (per via indiretta) l'accesso ai diritti sociali, a prescindere dal fatto che svolgessero effettivamente attività di cura: pensioni di reversibilità, assistenza sanitaria, e così via. Di conseguenza, la cura in quanto tale non era esplicitamente concettualizzata come base sufficiente per accedere ai diritti sociali. Vi sono tuttavia due eccezioni nelle quali il ruolo di prestatrice di cura è stato riconosciuto come fondamento di diritti che spettano alle donne non in quanto mogli o vedove, ma in quanto madri, a prescindere dal loro stato coniugale (Sainsbury, 1996). Le madri lavoratrici e le madri sole sono state e sono tuttora le due principali figure sociali alle quali viene riconosciuto esplicitamente qualche tipo di titolarità di diritti in quanto *care-giver*<sup>2</sup>. È stato giustamente rilevato come in particolare il diritto al sostegno economico riconosciuto alle madri sole metta in discussione sia la pratica che l'ideologia del modello del maschio-capofamiglia e costituisca allo stesso tempo un'importante eccezione nei paesi dove tale modello è ancora forte, come la Germania, i Paesi Bassi e il Regno Unito (vedi ad esempio Hobson, 1990; 1994).

Entrambe queste eccezioni, tuttavia, indicano che la titolarità delle madri in quanto *care-giver*, a prescindere dal loro stato coniugale, dipende in larga misura da alcune altre condizioni: quella di svolgere un lavoro retribuito o quella di essere prive di reddito e di non avere come partner un maschio procacciatore di reddito. Il *caring* non costituisce di per sé una base autonoma per il riconoscimento della titolarità.

<sup>2</sup> Per una visione d'insieme vedi Leira e Saraceno, 2002; vedi anche Zincone, 1990.

Il sostegno pubblico viene infatti corrisposto solo alle madri sole che non hanno marito e sono povere. Nella maggior parte dei paesi le indennità di maternità e i congedi retribuiti non sono disponibili incondizionatamente, ma sono garantiti solo alle donne che hanno un impiego. Al riguardo costituiscono eccezioni degne di nota la Svezia e la Finlandia, dove vi sono indennità minime anche per le madri che non lavorano, indipendentemente dal reddito familiare. In aggiunta a questo diverso riconoscimento del tempo dedicato alla cura dei figli, esiste una considerevole differenziazione nella titolarità e nella copertura tra varie categorie di donne che lavorano: lavoratrici dipendenti e autonome, part-time e a tempo pieno, a tempo determinato e a tempo indeterminato, e così via. Va infine considerato che, anche dopo la direttiva Ue del 1996 sui congedi parentali, che istituisce il diritto di ottenere il congedo per entrambi i genitori, vi è una notevole variazione tra i paesi europei per quanto riguarda la titolarità, la copertura e la durata (Gornik e Meyers, 2004; Plantenga e Remery, 2005; Wall, 2007). Plantenga e Remery calcolano quello che definiscono «congedo effettivo», tenendo conto sia della durata della maternità e dei congedi parentali sia del livello dell'indennità. In base a questo calcolo, tra i 27 paesi dell'Ue troviamo a un estremo la Lituania con circa 150 settimane interamente retribuite, seguite da Svezia e Ungheria con poco meno di 120 settimane. All'altro estremo troviamo un gruppo di paesi – Grecia, Cipro, Irlanda e Malta – con circa 10 settimane<sup>3</sup>.

In alcuni paesi la maternità prevede anche la contribuzione ai fini del trattamento pensionistico. Nel Regno Unito, in Svezia e (dal 1989) in Germania questi benefici pensionistici addizionali (fino all'equivalente di tre anni) possono essere cumulati con quelli connessi all'impiego, compensando così parzialmente le interruzioni o le riduzioni del lavoro retribuito dovute agli obblighi di cura (Anderson e Meyer, 2006). In Italia una modesta compensazione (complessivamente un massimo di 12 mesi di contribuzione) è riconosciuta solo alle donne che hanno una storia contributiva connessa all'impiego. In Francia, fino al 2004, le madri potevano cumulare contributi addizionali (fino a 2 anni per ciascun figlio) come in Svezia e in Germania. Dal 2004, però, possono ottenere i contributi specifici connessi alla maternità solo se rinunciano all'impiego almeno per lo stesso periodo di tempo. Si trovano così di fronte a un'alternativa perdente: o rinunciano ai contributi specifici nonostante combinino lavoro remunerato e lavoro di cura, oppure li

<sup>3</sup> Per un diverso sistema di calcolo cfr. Saraceno, 2009.

prendono, riducendo la loro storia contributiva standard e mettendo a repentaglio la loro futura partecipazione al mercato del lavoro. In entrambi i casi, percepiranno una pensione inferiore a quella degli uomini a causa del minore investimento nell'impiego retribuito (Frericks e Maier, 2007; Frericks, Maier e De Graaf, 2007). È interessante notare che la motivazione di questo cambiamento (in direzione opposta a quanto è avvenuto in Germania) si richiama alle pari opportunità, dal momento che gli uomini e i padri non possono cumulare doppi benefici. Il fatto che i padri generalmente non cumulano un doppio lavoro (retribuito e non retribuito) non è stato considerato come motivo sufficiente per mantenere la regola precedente.

Prestare cura agli adulti disabili o agli anziani in precario stato di salute ha costituito in generale un terreno molto più debole della maternità ai fini del riconoscimento di qualche tipo di titolarità sociale sotto forma di congedo retribuito, sostegno al reddito o contributi finalizzati alla pensione.

### *3. Ri-familiizzazione degli uomini e de-familiizzazione delle donne? Tendenze divergenti in materia di obblighi di cura nei recenti sviluppi politici*

Il tradizionale modello di famiglia fondata sul capofamiglia maschio è sostanzialmente tramontato, anche se in misura differente, un po' in tutta l'Unione europea (vedi anche Lewis, Campbell e Huerta, 2008). Nell'Europa nord-occidentale la crescita dell'occupazione femminile – non accompagnata da una crescita del lavoro di cura e del lavoro domestico degli uomini – ha fatto emergere il modello basato su «un percettore e mezzo» o «un percettore e tre quarti» di reddito. Gli uomini lavorano a tempo pieno e le donne lavorano per un numero variabile di ore part-time, in particolare nelle fasi più intense di formazione della famiglia. E un'ampia fascia di lavoro di cura resta all'interno della famiglia (Hobson, 2004; Lewis, 2001). Nell'Europa meridionale il lavoro part-time, anche se in crescita, è ancora poco diffuso, mentre le donne tendono a polarizzarsi tra impiego a tempo pieno e nessun impiego. La Scandinavia è vicina al modello di famiglia in cui entrambi i partner percepiscono un reddito e hanno un impiego a tempo pieno, sostenuto dallo Stato con congedi parentali ben retribuiti e un'estesa rete di servizi di cura. Le donne però lavorano tuttora meno ore dei loro partner maschi e sono loro a utilizzare la maggior

parte del tempo riservato ai congedi parentali. Sono ancora loro a ridurre temporaneamente l'orario di lavoro quando il figlio è piccolo. I cambiamenti nell'apporto delle donne alla famiglia, uniti alle preoccupazioni relative alla bassa fertilità e alla domanda di cura della popolazione in via di invecchiamento, hanno prodotto in ogni caso una nuova visibilità di quello che per lungo tempo era stato un problema «esclusivamente privato» per molte donne lavoratrici: conciliare, o armonizzare, il lavoro remunerato e la cura. Oggi questo stesso problema è percepito e definito come «nuovo bisogno sociale». Non è affatto chiaro, tuttavia, se questa nuova consapevolezza si tradurrà in una più equilibrata divisione tra i generi della cura retribuita e non retribuita, e in un maggiore riconoscimento della cura come base per garantire/ottenere diritti sociali.

I recenti sviluppi nelle politiche relativi agli obblighi di cura portano infatti verso direzioni diverse e, in qualche misura, opposte. Da una parte, i maggiori cambiamenti intervenuti di recente su questo terreno non consistono nell'estensione dei benefici per coprire una fascia più ampia di donne lavoratrici, ma nell'estensione della titolarità ai padri. Il finanziamento pubblico dell'attività di cura da parte dei padri attraverso gli schemi di congedo parentale retribuito è una novità, e rappresenta, almeno in linea di principio, una ridefinizione radicale degli obblighi e dei diritti di cura e anche una ri-familizzazione degli uomini (Saraceno, 2000; Pfau-Effinger, 2005a; Wall, 2007). Sono stati i paesi scandinavi, dagli anni settanta in poi, i primi ad aprire questa possibilità ai padri. In Svezia e Norvegia, inoltre, dato che la semplice possibilità offerta ai padri di prendere il congedo non aveva modificato i comportamenti, successivamente sono state introdotte delle quote riservate esclusivamente ai padri. Stimolando con una pressione morbida l'attività di cura da parte dei padri, le norme prevedono che tale quota vada persa e non possa essere trasferita alla madre se non viene utilizzata. Anche l'Italia ha approvato, nel marzo 2000, una legge che somiglia molto a quella scandinava, prolungando il periodo di congedo nell'eventualità che esso venga in parte utilizzato dal padre<sup>4</sup>. A gennaio 2007 la Germania ha adottato uno schema analogo a quello svedese. Lo stesso hanno fatto molti altri paesi, anche se con durata e

<sup>4</sup> A differenza della legge svedese, tuttavia, il congedo parentale non è interamente coperto dal punto di vista finanziario. Ciò costituisce un deterrente per i padri che vogliono utilizzare il congedo, dato che il loro salario è spesso il più alto all'interno del nucleo familiare.

livelli di compensazione differenti (Plantenga e Remery, 2005). In ogni caso, l'adozione di schemi di congedo parentale, con o senza incentivi specifici per i padri, garantendo a questi una titolarità individuale, costituisce un punto di svolta nelle politiche, modificando gli assunti relativi alla divisione di genere nelle responsabilità di cura dei bambini piccoli. Rimangono tuttavia grandi differenze tra paesi (vedi ad esempio Wall, 2007). Da questo punto di vista è importante sottolineare che i padri sono più disposti a utilizzare il congedo, anche se per periodi più brevi rispetto alle madri, quando è compensato adeguatamente e quando vi è una quota specificatamente riservata a loro e non trasferibile.

Mentre i padri sono incoraggiati a dedicare più tempo alla cura, nella maggior parte dei paesi europei e negli obiettivi politici ufficiali dell'Ue le madri sono sempre più incoraggiate a partecipare al mercato del lavoro e quindi a «de-familizzarsi» (Lewis, 2006; Orloff, 2006). Le tradizionali esenzioni dai requisiti per essere disponibili all'impiego che consentono l'accesso all'assistenza sociale previste in diversi paesi per le madri sole sono state ridotte in durata o eliminate del tutto. Per essere percepita come una buona madre, una madre sola (povera) deve ora essere anche una percettrice di reddito, deve avere cioè un impiego retribuito. Nel caso delle donne sole che chiedono un sostegno al reddito, la retorica dell'«attivazione» presente nel dibattito contemporaneo sull'assistenza sociale nega implicitamente che la cura dei figli sia di per sé un'attività socialmente valida. Inoltre alcune misure che tradizionalmente riconoscevano il lavoro di cura realizzato dalle donne, come le pensioni di reversibilità e i benefici per le vedove, sono state progressivamente ridotte e attenuate in nome dei diritti individuali, da conquistare attraverso i contributi individuali e il lavoro retribuito. Questi cambiamenti sono compensati solo parzialmente, e non dovunque, da alcune forme di riconoscimento dei periodi di cura nel curriculum contributivo (Ginn, Street e Arber, 2001).

La ridefinizione delle madri come lavoratrici per il mercato è parzialmente accompagnata da una ridefinizione dei bisogni di cura dei figli piccoli e del contesto «migliore» per la prestazione di cura. In questa prospettiva, l'età ideale/normativa nella quale i figli possono beneficiare di una cura non familiare (non materna) è abbassata da 3-4 anni a circa 1 anno: la durata media di un congedo parentale nei paesi più generosi. È interessante al riguardo il caso della Germania, dove il nuovo beneficio del congedo parentale (*Elterngeld*), operante da gennaio 2007, ha accresciuto la compensazione per i genitori che lavora-

no (67% dell'ultima retribuzione) per i primi 12-14 mesi (a seconda che il padre ne usufruisca o meno) di congedo. Le madri possono ancora usufruire di un congedo di tre anni; ma la già scarsa compensazione, sottoposta a prova dei mezzi su base familiare, è stata ulteriormente ridotta. Il meccanismo incoraggia di fatto un modello in cui il figlio è curato dai propri genitori (soprattutto la madre) fino a circa 12-14 mesi di età, e poi è considerato pronto per usufruire di un servizio all'infanzia di qualche tipo, così da essere parzialmente defamilizzato. Questo abbassamento dell'età in cui un figlio è considerato pronto per la cura non familiare viene giustificato sia in termini di «conciliazione» sia in termini di investimento sull'infanzia e, in particolare, di riduzione del possibile impatto negativo di un ambiente familiare «inadeguato» sulle capacità cognitive.

In alcuni paesi, come la Germania (Ovest) e i Paesi Bassi, ma in parte anche nel Regno Unito, vi è stato un vero e proprio rovesciamento non solo delle politiche, ma anche delle nozioni tradizionali di buona maternità, nonché dei modelli culturali e dei valori condivisi (vedi ad esempio Daly, 2004; Knijn e Ostner, 2008). I dati recenti della Indagine sociale europea confermano i risultati già emersi nell'*International value survey* e nell'*European value survey*: le norme e i valori relativi a ciò che si dovrebbe fare e da parte di chi, quando sorge un bisogno di cura, sono diverse tra paesi e anche tra gruppi sociali (Lewis, Campbell e Huerta, 2008). Normative, preferenze e politiche interagiscono in modi complessi ed è rischioso, oltre che antidemocratico, imporre un «unico modello migliore». Inoltre, secondo l'opinione di alcune studiose (ad esempio Knijn e Ostner, 2008, e anche Daly, 2004), se è vero che i cambiamenti politici intervenuti nei Paesi Bassi e in Germania, e presenti più in generale nel dibattito dell'intera Ue, rinviano spesso alla cornice del sostegno alle pari opportunità tra uomini e donne e alla lotta contro l'esclusione sociale e la trappola della povertà nel caso di donne sole povere, l'enfasi sul lavoro retribuito come unica via per l'integrazione sociale e la negazione del valore e del desiderio di prendersi cura dei propri figli piccoli indeboliscono l'attività (non retribuita) di cura come attività sociale degna di merito. Ciò ha un impatto negativo sulle donne con basso reddito e bassa istruzione, alle quali viene offerto/imposto di scambiare un ruolo e un'attività che hanno un forte valore dal punto di vista affettivo e della tradizione culturale con un impiego poco qualificato e scarsamente retribuito. Secondo queste studiose, inoltre, la crescente enfasi sull'educazione precoce (*early education*) come via per compensare le disuguaglianze

RPS

GENERE E CURA: VECCHIE SOLUZIONI PER NUOVI SCENARI?

dovute all'origine sociale implicitamente suggerisce che i genitori con bassa istruzione, e in particolare le madri, rappresentano un handicap per i figli, e che la cura esclusiva della madre nella prima infanzia è un rischio sociale per i suoi figli.

Non concordo del tutto con questa lettura sostanzialmente negativa degli sviluppi in corso. La partecipazione al mercato del lavoro non è solo un'imposizione dall'esterno. Rappresenta anche ciò che molte donne vogliono essere in grado di fare. Il fatto che le donne più istruite abbiano maggiori probabilità di partecipare al mercato del lavoro e tassi di continuità più elevati delle donne meno istruite segnala più la rilevanza dei vincoli e delle insoddisfazioni rispetto al lavoro sperimentati dalle donne meno istruite in ragione delle loro più ridotte opzioni, che non una diversità di preferenze idiosincrasiche. La dipendenza di lungo periodo dall'assistenza sociale, dovuta al coinvolgimento nella cura intensiva dei figli, può avere un impatto negativo e persistente sulle opzioni future di una donna, oltre che dei suoi stessi figli. Inoltre le disuguaglianze cognitive tra i figli, che sono radicate nelle disuguaglianze di classe – pur essendo più visibili nelle punte estreme piuttosto che nei valori medi – dovrebbero essere tra le preoccupazioni principali in una democrazia. Ciò detto, condivido la preoccupazione che sta dietro quella lettura negativa: l'accento che il dibattito politico e le pratiche sociali pongono sulla partecipazione al lavoro retribuito come unica, o principale, attività socialmente valida rischia di oscurare sia il bisogno sia il valore del lavoro di cura, non retribuito o retribuito che sia. Rischia anche di oscurare le preferenze individuali riguardo al modo migliore per occuparsi dei propri figli (o degli anziani in precario stato di salute), quindi anche allo specifico pacchetto di politiche, ad esempio la combinazione di congedi, orari di lavoro e servizi all'infanzia. In generale, la cura come attività relazionale e densa di significati – la cura come costruzione dell'identità – rischia di scomparire. Inoltre l'attenzione dell'Unione europea alla «riconciliazione» tra lavoro retribuito e cura si riferisce principalmente alle donne. A queste resta affidata la responsabilità di prestare cura. La novità è che adesso la cura si dovrebbe «riconciliare» con la partecipazione all'impiego retribuito. Le pari opportunità sono considerate come opzione da offrire alle donne per entrare nel mondo del lavoro retribuito degli uomini, e solo marginalmente come opzione da offrire agli uomini per condividere le responsabilità della cura (vedi anche Stratigaki, 2004). Tutto ciò ha un impatto negativo sul reddito personale delle donne e sui loro benefici pensionistici (ad esempio Ginn,

Street e Arber, 2001; Lewis, 2006). Andrebbe aggiunto che, mentre i dibattiti e le politiche pubbliche, comprese le politiche dell'occupazione, tengono conto almeno in parte delle necessità di cura dei bambini piccoli e degli obblighi (e desideri) di cura dei genitori dei figli piccolissimi, lo stesso non si può dire per i bisogni di cura e di relazione dei figli più grandi, come se tutti i bisogni di cura dei figli finissero una volta raggiunta l'età scolastica.

Ancora meno considerati sono i bisogni di cura degli anziani fragili, e in generale dei disabili, sebbene, a differenza dei bambini, si tratti di un gruppo in crescita. Anche a questo livello vanno però evidenziati alcuni interessanti sviluppi. Innanzitutto in alcuni paesi la fornitura di specifici servizi di assistenza agli anziani fragili è sempre più formalizzata come parte del pacchetto di «cura sociale» disponibile. Nei paesi a forte base assicurativa, come la Germania e l'Austria, è stata introdotta a questo fine una specifica assicurazione obbligatoria. In secondo luogo, molti paesi riconoscono alcuni diritti sociali a coloro che assistono «informalmente» disabili e anziani in precarie condizioni di salute e, in certi casi, a coloro che assistono parenti con malattie terminali. Questa soluzione a volte prende la forma di un'indennità, come quella per l'assistenza agli invalidi nel Regno Unito, quella di un credito sui futuri benefici delle pensioni integrative, come in Norvegia, quella dei congedi retribuiti e non, come in Italia, Austria, Belgio e ora anche Germania, o una combinazione tra le diverse opzioni (vedi Evers, Pijl e Ungerson, 1994; Ungerson, 1997; Lewis, 1998; Anttonen, Baldock, e Sipilä, 2003). Tutto ciò può essere considerato come a) un ampliamento delle opzioni, quindi un passo verso l'individualizzazione; b) il riconoscimento del lavoro informale e della cura come lavoro, quindi una forma sia di mercatizzazione sia di parziale defamilizzazione dei prestatori informali di cura; c) una ri-familizzazione della relazione di cura, nella misura in cui il pagamento della cura viene corrisposto direttamente ai prestatori di cura che fanno parte della famiglia e, in ogni caso, la gestione della cura, comprese le decisioni su come spendere il denaro per la cura, è lasciata al livello familiare privato.

Non c'è una sola interpretazione corretta. Dipende dal punto di partenza, cioè dal modello globale di cittadinanza sociale proprio di ogni paese e dall'intero pacchetto di cura sociale a disposizione, in breve, da ciò che anni fa (1996) Anttonen e Sipilä hanno definito come «regimi di cura» differenti. Secondo un recente studio su quattro paesi (Timonen, Convery e Cahill, 2006) le motivazioni per introdurre que-

sti programmi di «pagamenti per la cura» sono simili nei diversi paesi: promuovere l'autonomia e la possibilità di scelta, eliminare i divari nell'erogazione dei servizi, creare posti di lavoro, favorire il risparmio, l'assistenza domiciliare e l'efficienza. Ma sia la rilevanza di questi obiettivi sia i risultati di questi programmi variano notevolmente in relazione ai modelli di erogazione dei servizi esistenti (vedi anche Pfau-Effinger, 2005b, per uno spettro più ampio delle tendenze e degli assetti esistenti in Europa).

Anttonen, Baldock e Sipilä (2003), a conclusione della ricerca condotta in cinque paesi europei sugli sviluppi dell'organizzazione dei sistemi di cura per bambini e anziani in precario stato di salute, hanno individuato tre principali dimensioni del cambiamento: a) una tendenza crescente alla «pubblicizzazione della cura», a significare che la cura viene sempre più sottratta a un'economia domestica interamente privata, in direzione di una crescente sovrapposizione con l'economia formale del mercato, con il settore del volontariato e della beneficenza (direi non-profit) e con lo Stato; b) il passaggio da una titolarità familiare a una titolarità individuale (processo di individualizzazione); c) il passaggio dalla selettività all'universalità dei servizi finanziati o erogati dal settore pubblico. Questa sintesi è suggestiva, ma è anche problematica, a parte il fatto che non si applica interamente a tutti i paesi europei e riguarda più l'area dell'assistenza all'infanzia che quella dell'assistenza agli anziani fragili. Innanzitutto, come ho già sottolineato, «la cura può diventare pubblica» nella misura in cui è previsto un sostegno finanziario pubblico per coloro che ne hanno bisogno o che la forniscono. Ma questo può anche rafforzare, incentivare, o consentire la sua familizzazione, come nel caso dei congedi parentali che incentivano i padri a prenderne parte e le madri a stare a casa per lunghi periodi. Inoltre le politiche, anche quando offrono un sostegno finanziario al prestatore di cura, possono facilitare la divisione di genere del lavoro all'interno della famiglia, mantenendo l'approccio tradizionale in base al quale solo le madri che lavorano hanno diritto a qualche riconoscimento del loro lavoro e dei loro obblighi di cura. Secondo gli studi presentati nel volume sulla Scandinavia di Ellingsaeter e Leira (2006), ciò accade anche nel cosiddetto modello nordico. La Danimarca, ad esempio, offre un forte sostegno alle madri che lavorano, ma solo un sostegno minimo ai padri; la Finlandia offre sostegno *sia* alle madri che lavorano *che* alle madri che si ritirano provvisoriamente dal mercato del lavoro per accudire a tempo pieno i figli, ma offre scarso sostegno ai padri; solo la Svezia offre sostegno *sia* alle madri

che ai padri, *sia* che lavorino *sia* che non lavorino. Kvande (2007) sottolinea le contraddizioni del modello norvegese dei congedi parentali. Da un lato, grazie al fatto di riservare al padre, sin dal 1993, una quota del congedo parentale, questo modello incentiva una divisione delle responsabilità della cura dei figli meno fondata sul genere; dall'altro, grazie a un'indennità di cura a favore delle famiglie che non usufruiscono dell'assistenza pubblica all'infanzia (come in Finlandia), favorisce di fatto una divisione del lavoro di cura fondata sul genere.

Come ho già ricordato, anche i finanziamenti per la cura degli anziani fragili possono costituire una modalità modernizzata e supportata pubblicamente per incentivare la familizzazione della cura fondata sul genere. In Germania, ad esempio, la maggioranza delle persone che hanno diritto all'indennità di cura sceglie di monetizzarla piuttosto che usufruire dei servizi. Nella maggior parte dei casi sono assistite da un membro della famiglia, generalmente una donna (moglie o figlia) (Evers e Sachße, 2003; Meyer, 2007). In Italia non vi è nessuna garanzia che l'indennità di accompagnamento venga utilizzata effettivamente e appropriatamente per i bisogni di cura della persona non autosufficiente. Più in generale, nella maggior parte dei paesi i servizi coprono solo una frazione più o meno ampia dei bisogni di cura degli anziani fragili. Ciò che rimane è implicitamente lasciato alle famiglie e, al loro interno, di fatto in larga misura alle donne.

Alla luce di questi sviluppi il concetto di «economia mista della cura» (Motel-Klingebiel e al., 2005) è forse più adeguato di quello di «pubblicizzazione della cura», a indicare il fatto che i confini e le responsabilità sono ridisegnate e ricombinate. Questo concetto può essere integrato con quello di cura sociale sviluppato da Lewis e Daly (1998), secondo i quali la cura si basa su una combinazione di diverse modalità di prestazione: retribuita e non retribuita, formale e informale, famiglia, Stato, comunità, mercato.

Un'altra ragione per cui non concordo pienamente con l'idea di «pubblicizzazione della cura» è che, mentre tutti i paesi europei mostrano una chiara tendenza verso un rafforzamento del ruolo dei servizi collettivi nella cura dell'infanzia, è difficile rintracciare una tendenza analoga nel caso della cura degli anziani in precario stato di salute. Al contrario, alcuni paesi, soprattutto quelli del Mediterraneo dove i servizi pubblici sono scarsi e rivolti soprattutto agli anziani soli, con reddito basso e fortemente dipendenti, mostrano nuove forme di privatizzazione e di familizzazione, associate a un ricorso sempre maggiore al mercato, in particolare al mercato del lavoro delle donne immigrate,

spesso irregolare. Bettio, Simonazzi e Villa (2006), concentrando le loro analisi sui cambiamenti nei regimi di cura e sull'emigrazione femminile nei paesi del Mediterraneo, illustrano la transizione da un modello di cura «familiare» a un modello di cura fondato sull'«immigrato in famiglia». La presenza di un ampio mercato irregolare ha reso la cura retribuita accessibile anche alle classi medie prive di grandi mezzi economici. «Le donne immigrate – scrivono le autrici – soddisfano i bisogni di cura assicurando la continuità di un modello di cura di lungo periodo fondato sulla famiglia e fornendo un'assistenza di lungo periodo a un costo che le famiglie con un reddito medio possono permettersi, mentre le indennità per gli anziani già in essere – come l'assegno di accompagnamento – aiutano anche le famiglie con un reddito basso ad affrontare la spesa» (p. 278). La cura rimane all'interno della famiglia, nel senso che è retribuita e organizzata dalla famiglia. È anche parzialmente suddivisa tra lavoratrici retribuite (immigrate), nella maggior parte dei casi donne, e membri della famiglia non retribuiti, nella maggior parte dei casi donne, anche se in misura diversa a seconda del reddito del membro della famiglia prestatore di cura e/o dell'assistito, a seconda cioè del grado in cui il lavoro di cura effettivo può essere affidato a un lavoratore retribuito.

#### *4. Bilanciamenti differenti e differenti rischi per le donne nell'affrontare il dilemma della cura*

Orloff (2006) sostiene che le specificità dei paesi nell'affrontare le questioni legate ai bisogni e alla cura evidenziano rischi in qualche misura divergenti (vedi anche Wall, 2007). In Scandinavia e in Francia, ad esempio, le politiche a sostegno delle donne, sia in quanto *care-givers*, sia in quanto lavoratrici retribuite, rispondono relativamente bene ai bisogni di cura e aiutano le donne a rimanere nel mercato del lavoro. Ma non riescono altrettanto bene a evitare la segregazione orizzontale e verticale nel mercato del lavoro e quindi a realizzare le pari opportunità. Nella maggior parte dei paesi continentali, così come in Gran Bretagna, il modello di famiglia con un percettore di reddito e mezzo sembra risolvere l'enigma della «riconciliazione»: gli uomini mantengono il ruolo di principali percettori di reddito e le donne con responsabilità familiari lavorano part-time. Questa soluzione costituisce però un elevato rischio finanziario per le donne, non solo nel caso e nel momento in cui abbia termine il loro matrimonio, ma anche per

quanto attiene all'ammontare della pensione in sistemi pensionistici sempre più individualizzati. Le tensioni insite in questo modello sono indirettamente evidenziate dal tasso di fertilità di questi paesi, inferiore rispetto ai paesi scandinavi e alla Francia. Nei paesi mediterranei le politiche e il mercato non favoriscono né la soluzione scandinava né quella dei paesi continentali, dove la partecipazione delle donne al mercato del lavoro è più bassa ma, nella maggior parte dei casi, le donne lavorano a tempo pieno. Questi paesi sono anche, insieme ai paesi ex socialisti, quelli con i più bassi tassi di fertilità e dove gli assetti di genere in materia di lavoro di cura sono più problematici. La soluzione familistica al bisogno e alla prestazione di cura genera tensioni crescenti, in ragione non solo della maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro ma anche dell'invecchiamento della popolazione. In una certa misura, e al di là di ciò che sarebbe logico prevedere, questi paesi corrono rischi analoghi a quelli che Orloff indica per il modello degli Stati Uniti. Qui la tendenza verso la defamilizzazione delle donne è andata molto avanti, sostenuta anche da un approccio alle pari opportunità fondato sui diritti civili. Tuttavia le questioni legate alla cura sono ancora irrisolte e restano affidate all'iniziativa privata, cioè alla capacità di acquistare l'assistenza sul mercato, spesso (come nei paesi dell'Europa meridionale) ricorrendo al lavoro poco costoso – e più o meno legale – delle donne immigrate. Di conseguenza aumentano sia i rischi legati al deficit di cura sia le disuguaglianze sociali nella capacità di soddisfare i bisogni di cura. Inoltre, come sottolineano dall'osservatorio privilegiato della situazione italiana Bettio, Simonazzi e Villa (2006), questo mix di cura che si basa sul lavoro a basso costo degli immigrati solleva questioni di equità sociale. L'equità sociale è a rischio a causa del conflitto di interessi tra famiglie e prestatrici di cura retribuite. Le prime cercano una forza lavoro che sia a un tempo affidabile ed economica, e pertanto diffidano di ogni tentativo di far crescere e professionalizzare il lavoro di cura, com'è invece nell'interesse delle seconde.

La sottovalutazione del bisogno e della prestazione di cura, unita alla forte caratterizzazione di genere di quest'ultima, ha conseguenze anche per coloro che svolgono un lavoro di cura retribuito, con modalità sia formali che informali. Come documenta uno studio recente, coloro che svolgono un lavoro di cura si trovano generalmente agli ultimi gradini della scala retributiva in tutti i paesi (Neményi e al., 2006). Il fatto che il lavoro di cura retribuito sia svolto sempre più da una forza lavoro femminile immigrata accresce ulteriormente questo

RPS

GENERE E CURA: VECCHIE SOLUZIONI PER NUOVI SCENARI?

rischio. Ciò potrebbe avere un impatto non solo sulla qualità della cura fornita, ma anche sulla disponibilità dei prestatori di cura, e quindi sul rischio di deficit di cura.

### 5. Il lavoro di cura è sottorappresentato nel dibattito recente sulla riforma del welfare state e sulla flexicurity?

I congedi legati agli obblighi di cura possono essere considerati la prima forma generalizzata di introduzione della *flexicurity* nel contratto di lavoro, poiché consentono di interrompere il lavoro senza perdere il posto e – a seconda del paese – senza subire forti perdite di denaro. Essi includono anche i contributi pensionistici, pur essendo in molti paesi limitati al periodo di congedo obbligatorio e non estesi all'intero periodo di congedo genitoriale. Data questa presenza di lunga data di istituzioni che si occupano di cura nei pacchetti di sicurezza sociale della maggior parte dei paesi europei, ci si aspetterebbe che i bisogni e gli obblighi di cura occupino un ruolo centrale nei dibattiti e nei progetti sulla *flexicurity*. Ma non è così. L'analisi di Anderson e Meyer (2006) sulle recenti riforme pensionistiche nei paesi con diverse tradizioni e istituzioni di sicurezza sociale che riconoscono il tempo dedicato alla cura rileva non solo la forte *path dependency*, anche culturale, dei cambiamenti istituzionali. Segnala anche che il tempo dedicato alla cura e la prestazione di cura, seppure tenuti in considerazione, restano marginali e possono essere parzialmente sacrificati in nome di considerazioni economiche. Possono altresì essere sacrificati in nome delle pari opportunità in un approccio orientato al lavoro retribuito, come suggerisce il caso francese menzionato in precedenza. In questo caso, la prestazione di cura è di fatto inquadrata come un'attività alternativa al lavoro retribuito. La possibilità di essere sia un lavoratore (retribuito) sia un prestatore (non retribuito) di cura non è contemplata. Questa posizione marginale del tempo dedicato alla cura è importante soprattutto in una prospettiva pensionistica, dato che un numero sempre maggiore di paesi legano i benefici pensionistici a una storia più completa e più lunga di impiego e di reddito.

In questa prospettiva la posta in gioco nei vari dibattiti sulla *flexicurity*, e anche in alcune pratiche (come le banche del tempo introdotte in alcune aziende, o lo schema olandese dei conti di tempo individuali che coprono l'intero arco della vita), è estremamente interessante. Ma è anche fonte di preoccupazione, poiché presume che tutti, a prescindere

re dal genere, dall'età, dall'appartenenza a un gruppo sociale, dall'istruzione e dalla condizione etnica o culturale, affrontino gli stessi rischi nel corso della vita e abbiano le stesse risorse per trarre il massimo vantaggio da quegli schemi (vedi ad esempio Maier, De Graaf e Frericks, 2007 sullo schema olandese).

Si può inoltre osservare che, nei dibattiti sulla *flexicurity*, il fatto di utilizzare il tempo per prestare cura è il più delle volte assimilato ad altre situazioni ben differenti, nelle quali le persone non svolgono un lavoro retribuito, oppure devono ridurre il loro orario di lavoro e il loro reddito: la disoccupazione o il tempo speso per incrementare le proprie competenze professionali. Così il lavoro di cura viene semplicemente equiparato alla condizione di temporanea assenza di lavoro, o a quella in cui si investe nel proprio capitale umano. La Comunicazione della Commissione europea sulla *flexicurity* del 27 giugno 2007 tratta le questioni legate alla cura solo marginalmente, come esempi di rischio insito nella transizione fuori dalla forza lavoro, che richiedono un pacchetto di protezione sociale più flessibile. Perché non si trasformino in transizioni senza vie d'uscita: «Le donne, ad esempio, hanno una maggiore probabilità di passare da una condizione di lavoro a una di non lavoro rispetto agli uomini, in particolare quando cercano di conciliare il lavoro e la vita familiare, e quindi sono più colpite dalla riduzione delle assunzioni provocata dalla rigida legislazione a tutela dell'impiego» (European Commission, 2007, p. 7; vedi anche il documento del gruppo di esperti sulla *flexicurity*, Expert group on flexicurity, 2007). Questa prospettiva è presente anche negli studi più teorici che alimentano il dibattito politico sociale sulla *flexicurity*, come quello dell'approccio al mercato del lavoro transizionale (vedi ad esempio Schmid, 2005), dove la cura appare solo come una costrizione sul tempo disponibile per il lavoro retribuito – come «rischio» appunto – e non come una preziosa attività sociale, il cui svolgimento ha un valore intrinseco e produce un bene sociale. Inoltre, sia nello schema olandese sui conti tempo individuali (o nelle banche del tempo a livello aziendale), sia nello schema dei «diritti sociali esigibili a domanda» di Supiot (1999), il rischio è che le donne utilizzino il loro tempo per prestare assistenza (cioè per fare un altro lavoro, non retribuito), mentre gli uomini lo utilizzano per un anno sabbatico, per riqualificarsi, o semplicemente per anticipare la pensione. Di conseguenza, le donne che lavorano per il mercato non solo avranno la giornata, il mese e l'anno di lavoro – retribuito e non retribuito – più lungo degli uomini, come dimostrano tutti gli studi sull'impiego del tempo.

RPS

Chiara Saraceno

Avranno anche una vita lavorativa più lunga, ma non necessariamente (anzi il contrario) un reddito da lavoro più alto e una pensione migliore. Un approccio ai «rischi lungo l'intero arco di vita» apparentemente neutrale rispetto al genere potrebbe dunque di fatto produrre nuove forme di disparità di genere.

Non ho una soluzione pratica da proporre. Ma se questi dilemmi non sono messi a fuoco e ripensati nella riforma degli schemi di protezione sociale, il lavoro di cura continuerà a essere sottostimato e i prestatori di cura – donne e uomini – continueranno a pagare il prezzo di avere qualcuno che dipende dalla loro disponibilità e dal loro lavoro di cura. È esattamente da questa prospettiva che le studiose femministe criticano in diversi modi l'idea della cittadinanza sociale fondata quasi esclusivamente sul lavoro retribuito. Andando oltre il dibattito tra familizzazione e defamilizzazione, esse invocano dunque la necessità di: a) riformulare il concetto di autonomia per includere le relazioni di interdipendenza che si sviluppano attorno all'atto di prestare e ricevere cura nel corso della vita (vedi Kittay, 1999; Fine e Glendinning, 2005); b) incorporare il prestare e il ricevere cura, sia concettualmente sia nella pratica, nella struttura stessa dei diritti sociali e della cittadinanza sociale (vedi ad esempio Leira, 1992; Knijn e Kremer, 1997; Nussbaum, 2002).

I bisogni di chi riceve la cura e di chi la presta – in modo retribuito e non retribuito – non possono più essere marginalizzati nelle società che invecchiano, dove le donne fanno parte in misura crescente della forza lavoro, dove c'è un'attesa di vita lavorativa più lunga sia per gli uomini sia per le donne e dove le aspettative che riguardano la dignità e il rispetto costituiscono parte integrante della definizione di diritti umani e di cittadinanza. Come sostenere un progetto di cura sociale che consenta la libertà e la dignità individuale e non sfrutti le prestatrici di cura, retribuite e non retribuite, diventerà probabilmente un nodo politico cruciale nel futuro prossimo. Allo stesso tempo, le politiche e gli assetti del mercato del lavoro dovranno tenere sempre più conto del fatto che la maggior parte dei lavoratori – uomini e donne – avranno a che fare con domande di cura nel corso della loro vita lavorativa. Il modello di «famiglia a doppio percettore» implicito in gran parte dei dibattiti e delle politiche europee, dove tutti gli adulti partecipano a tempo pieno e per tutta la vita al mercato del lavoro, è insostenibile nella misura in cui si richiama a un'idea di vita lavorativa e di partecipazione molto simile a quella fondata sul presupposto che il nucleo forte dei «veri» lavoratori non ha responsabilità di cura. L'invisibilità

della cura nelle politiche del lavoro a livello nazionale e europeo abbandona a se stesso il prestatore di cura (che il più delle volte è una donna), sostenendo così implicitamente la prevalente divisione del lavoro in famiglia fondata sul genere, anche se in una forma «modernizzata» (il modello «un lavoratore e mezzo»). Rischia anche di promuovere un tipo di «de-familizzazione» forzata e negativa, rendendo impossibile l'assunzione di responsabilità familiari sia per gli uomini sia per le donne.

### Riferimenti bibliografici

- Anderson K.M. e Meyer T., 2006, *New Social Risks and Pension Reforms in Germany and Sweden. The Politics of Pension Rights for Childcare*, in Armingeon K. e Bonoli G. (a cura di), *The Politics of Post-Industrial Welfare States*, Routledge, Londra, pp. 171-191.
- Anttonen A. e Sipilä J., 1996, *European Social Care Services: Is It Possible to Identify Models?*, «Journal of European Social Policy», vol. 5, n. 2, pp. 87-100.
- Anttonen A., Baldock J. e Sipilä J. (a cura di), 2003, *The Young, The Old and the State*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Bettio F., Simonazzi A. e Villa P., 2006, *Change in Care Regimes and Female Migration: The «Care Drain» in the Mediterranean*, «Journal of European Social Policy», vol. 16, n. 3, pp. 271-285.
- Daly M., 2004, *Changing Conceptions of Family and Gender Relations in European Welfare States and the Third Way*, in Lewis J. e Surender R. (a cura di), *Welfare State Change. Towards a Third Way?*, Oxford University Press, Oxford, pp. 135-154.
- Ellingsæter A.L. e Leira A., 2006, *Politicising Parenthood in Scandinavia*, The Policy Press, Bristol.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge University Press, Cambridge, Mass.
- European Commission, 2007, *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European economic and social committee and the Committee of the regions, Towards common principles of flexicurity: more and better jobs through flexibility and security*, 27 giugno, Bruxelles; disponibile alla pagina web: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2007/jun/flexicurity\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/jun/flexicurity_en.pdf)
- Evers A., Pijl M. e Ungerson C. (a cura di), 1994, *Payments for Care. A Comparative Overview*, Avebury, Aldershot.
- Evers A. e Sachße C., 2003, *Social Care Services for Children and Older People in Germany: Distinct and Separate Histories*, in Anttonen A., Baldock J. e Sipilä J. (a cura di), *The Young, The Old and the State*, Edward Elgar, Cheltenham, pp. 55-80.
- Expert Group on Flexicurity, 2007, *Flexicurity Pathways. Interim Report by the Rapporteur*, presentato alla Stakeholder Conference on Flexicurity, 20

- aprile 2007, Bruxelles; disponibile alla pagina web: [http://ec.europa.eu/emploment\\_social/employment\\_strategy/pdf/flex\\_interimexpertrep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/emploment_social/employment_strategy/pdf/flex_interimexpertrep_en.pdf)
- Finch J., 1989, *Family Obligations and Social Change*, Routledge, Londra.
- Finch J. e Mason J., 1993, *Negotiating Family Obligations*, Routledge, Londra.
- Fine M. e Glendinning C., 2005, *Dependence, Independence or Inter-Dependence? Revisiting the Concepts of «Care» and «Dependency»*, «Ageing & Society», vol. 25, n. 4, pp. 601-621.
- Frericks P. e Maier R., 2007, *The Gender Pension Gap: Effects of Norms and Reform Policies*, in Freriks P., *Setting Rights. Resource Flows, Life-Course Norms and the Dynamics of Citizenship in European Pension Systems*, tesi di dottorato discussa il 2 febbraio alla University of Utrecht, pp. 26-67.
- Freriks P., Maier R. e De Graaf W., 2007, *Male Norms and Female Rectifications: The Influence of Care Credits on Gender Pension Gaps in France and Germany*, in Freriks P., *Setting Rights. Resource Flows, Life-Course Norms and the Dynamics of Citizenship in European Pension Systems*, tesi di dottorato discussa il 2 febbraio alla University of Utrecht, pp. 101-135.
- Ginn J., Street D. e Arber S., 2001, *Women, Work and Pensions. International Issues and Prospects*, Open University Press, Buckingham.
- Gornik J.C. e Meyers M.K., 2004, *Families that Work*, Russel Sage Foundation, New York.
- Hobson B., 1990, *No Exit No Voice: Women's Economic Dependency and the Welfare State*, «Acta Sociologica», vol. 33, pp. 235-250.
- Hobson B., 1994, *Solo Mothers, Social Policy Regimes and the Logics of Gender*, in Sainsbury D. (a cura di), *Gendering Welfare States*, Sage, Londra, pp. 170-187.
- Hobson B., 2004 *The Individualised Worker, the Gender Participation and the Gender Equity Models in Sweden*, «Social Policy and Society», vol. 3, n. 1, pp. 75-83.
- Hochschild A., 1995, *The Culture of Politics: Traditional, Post-Modern, Cold-Modern and Warm-Modern Ideals of Care*, «Social Politics», vol. 2, n. 3, pp. 331-346.
- Kittay E.F., 1999, *Love's Labor: Essay on Women, Equality and Dependency*, Routledge, New York.
- Knijn T., 2007, *Reconciling Work and Family Life in the Netherlands*, paper presentato al Workshop «Work/family/life balance: politics and policy issues in relation to gender equality», Lse, Londra, 29-30 marzo 2007.
- Knijn T. e Kremer M., 1997, *Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship*, «Social Politics», vol. 4, n. 3, pp. 328-361.
- Knijn T. e Ostner I., 2008, *The Meaning of Children in Dutch and German Family Policy*, in Leira A. e Saraceno C. (a cura di), *Childhood: Changing contexts*, Comparative Social Research series n. 25, Emerald, Bingley, Uk, pp. 81-114.
- Kvande E., 2007, *Leave Policy and Social Inequality: The Case of Norway*, in Moss P. e Wall K. (a cura di), *International Review of Leave Policies in Europe. A*

- comparative perspective*, Employment Relations Research Series, n. 80, pp. 19-24; disponibile alla pagina web: <http://www.berr.gov.uk/publications>.
- Land H. e Rose H., 1985, *Compulsory Altruism for Some or an Altruistic Society for All?*, in Bean P., Ferris J. e Whynes D. (a cura di), *In Defence of Welfare*, Tavistock, Londra, pp. 74-96.
- Leira A., 1992, *Welfare States and Working Mothers. The Scandinavian Experience*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Leira A., 1994, *Concepts of Caring: Loving, Thinking and Doing*, «The Social Service Review», vol. 68, n. 2, pp. 185-201.
- Leira A. e Saraceno C., 2002, *Care: Actors, Relationships and Contexts*, in Hobson B., Lewis J. e Siim B. (a cura di), *Contested Concepts in Gender and Social Politics*, Edward Elgar, Cheltenham, Uk, pp. 55-83.
- Leira A. e C. Saraceno, 2008, *Introduction*, in Leira A. e Saraceno C. (a cura di), *Childhood: Changing Contexts*, Comparative Social Research series n. 25, Emerald, Bingley, Uk, pp. 1-24.
- Lewis J. (a cura di), 1998, *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate, Londra.
- Lewis J., 2001, *The Decline of the Male Breadwinner Model: the Implications for Work and Care*, «Social Politics», vol. 8, n. 2, pp. 152-70.
- Lewis J., 2006, *Work/Family Reconciliation, Equal Opportunities and Social Policies: The Interpretation of Policy Trajectories at the EU Level and the Meaning of Gender Equality*, «Journal of European Public Policy», vol. 13, n. 3, pp. 420-437.
- Lewis J. e Meredith B., 1988, *Daughters Who Care*, Routledge, Londra.
- Daly M. e Lewis J., 1998, *Introduction: Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring*, in J. Lewis (a cura di), *Gender, social care and welfare state restructuring in Europe*, Ashgate, Aldershot, pp. 1-24.
- Lewis J., Campbell M. e Huerta C., 2008, *Patterns of Paid and Unpaid Work in Western Europe: Gender, Commodification, Preferences and the Implications for Policy*, «Journal of European Social Policy», vol. 18, n. 1, pp. 21-37.
- Maier R., De Graaf W. e Frericks P., 2007, *Policy for the «Peak Hour of Life». Lessons from the Dutch Saving Scheme*, «European Societies», vol. 9, n. 3, pp. 339-358.
- Marshall T.H., 1950, *Citizenship and Social Class*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Meyer M., 2007, *Supporting family carers of older people in Europe. Empirical evidence, policy trends and future perspectives*, Lit. Verlag, Berlin.
- Millar J. e Warman A. (a cura di), 1995, *Defining Family Obligations in Europe*, University of Bath Social Policy Papers n. 23, Bath.
- Motel-Klingebiel A., Tesch-Roemer C. e Von Kondratowitz H.J., 2005, *Welfare States Do Not Crowd out the Family: Evidence for Mixed Responsibility from Comparative Analyses*, «Ageing & Society», vol. 25, n. 6, pp. 863-882.
- Neményi E., Herczog M., Kravalik Z., Jones M., Bekarian L. e Huggins R., 2006, *Labour Supply in Social Care*, rapporto per la European Foundation

- for Improving Working and Living Conditions, Office of Official Publications, Lussemburgo.
- Nussbaum M., 2002, *Bisogni di cura e diritti umani*, in *Giustizia sociale e dignità umana*, Il Mulino, Bologna, pp. 27-50.
- Orloff A.S., 2006, *Farewell to Maternalism? State Policies and Mothers' Employment*, in Levy J. (a cura di), *The State after Statism*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Pfau-Effinger B., 2004, *Development of Culture, Welfare States and Women's Employment in Europe*, Ashgate, Aldershot.
- Pfau-Effinger B., 2005a, *New Forms of Citizenship and Social Integration in European Societies*, in Andersen J.G., Guillemard A.-M., Jensen P.H. e Pfau-Effinger B. (a cura di), *The Changing Face of Welfare*, Policy Press, Bristol, pp. 189-204.
- Pfau-Effinger B. (a cura di), 2005b, *Care and Social Integration in European Societies*, Policy Press, Bristol.
- Plantenga J. e Remery C., 2005, *Reconciliation of Work and Private Life. A Comparative Review of Thirty European Countries*, rapporto dell'Eu Expert Group on Gender, Social Inclusion and Employment (Eggsie), European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Lussemburgo.
- Sainsbury D., 1996, *Gender, Equality and Welfare States*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Saraceno C., 2000, *Gendered Policies: Family Obligations and Social Policies in Europe*, in Boje T.P. e Leira A., *Gender, Welfare State and the Market*, Routledge, Londra, pp. 135-156.
- Saraceno C., 2003, *Social and Family Policy*, in Kertzer D.I. e Barbagli M. (a cura di), *Family Life in the Twentieth Century*, Yale University Press, New Haven, pp. 238-272.
- Saraceno C., 2009, *Le politiche della famiglia in Europa: tra convergenza e diversificazione*, «Stato e mercato», n. 1, pp. 3-30.
- Schmid G., 2005, *Social Risk Management through Transitional Labour Markets*, «Socio-Economic Review», vol. 4, n. 1, pp. 1-32.
- Sevenhuijsen S., 1998, *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice*, Routledge, Londra.
- Stratigaki M., 2004, *The Cooptation of Gender Concepts in EU Policies: The Case of «Reconciliation of Work and Family»*, «Social politics», vol. 11, n. 1, pp. 30-56.
- Supiot A. (a cura di), 1999, *Au-delà de l'emploi. Transformations du travail et devenir du droit du travail en Europe*, Flammarion, Parigi.
- Timonen V., Convery J. e Cahill S., 2006, *Care Revolution in the Making? A Comparison of Cash-For-Care Programmes in Four European Countries*, «Ageing & Society», vol. 26, n. 3, pp. 455-474.
- Ungerson C., 1997, *Social Politics and the Commodification of Care*, «Social Politics», vol. 4, n. 3, pp. 362-382.

- Wærness K., 1987, *On the Rationality of Caring*, in Sassoon A.S. (a cura di), *Women and the State*, Hutchinson, Londra, pp. 207-234.
- Wall K., 2007, *Leave Policies Models and the Articulation of Family and Work in Europe*, in Moss P. e Wall K. (a cura di), *International Review of Leave Policies in Europe. A comparative perspective*, Employment Relations Research Series n. 80, pp. 25-44; disponibile alla pagina web: <http://www.berr.gov.uk/publications>.
- Zincone G., 1990, *Da sudditi a cittadini*, Il Mulino, Bologna.

RPS

Chiara Saraceno

