

ITINERARI DI RICERCA

Il valore del lavoro di cura

Lavoro di cura, cura del lavoro. Ragioni e obiettivi del progetto *CARE4CARE – We care for those who care*

di Maria Luisa Vallauri*

Ricevuto il 25.6.2025 – Accettato l'11.7.2025

Riassunto. Il saggio introduce l'itinerario di ricerca sul tema del lavoro di cura remunerato, presentando la ricerca condotta nell'ambito del progetto *CARE4CARE – We Care for Those Who Care* finanziato dalla Commissione europea nell'ambito del Programma Horizon Europe. Muovendo dalla ricostruzione del dibattito filosofico e sociologico sotteso alla ricerca, l'Autrice inquadra il lavoro di cura remunerato nel quadro delle politiche sociali europee e mette in evidenza il contributo della ricerca per il miglioramento delle condizioni dei lavoratori e delle lavoratrici del settore.

Parole chiave: Lavoro di cura; Professioni sanitarie; Assistenza domiciliare; Strategia europea della cura.

Abstract. *Care work, care of work. Rationales and objectives of the CARE4CARE – We Care of Those Who Care project.* The essay introduces the research itinerary on the topic of paid care work, presenting the research conducted in the framework of the project *CARE4CARE – We care for those who care* funded by the European Commission within the Horizon Europe Programme. Moving from a reconstruction of the philosophical and sociological debate underlying the research, the Author frames paid care work within the framework of European social policies and highlights the contribution of the research to improving conditions for workers in the sector.

Keywords: Care Work; Health Professions; Home Caregivers; European Care Strategy.



Copyright © FrancoAngeli. This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

* Professoressa ordinaria di Diritto del lavoro presso il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Firenze, Via delle Pandette 35, 50127 Firenze. E-mail: marialuisa.vallauri@unifi.it.

L'articolo è stato redatto nell'ambito delle attività del progetto di ricerca *CARE4CARE – We Care for Those Who Care*, finanziato dall'Unione europea attraverso il programma Horizon Europe Research and Innovation (GA n. 101094603).

Secondo natura gli uomini non sono né sovrani, né cortigiani, né ricchi: tutti sono nati nudi e poveri, tutti soggetti alle miserie della vita, alle amarezze, ai mali, ai bisogni, ai dolori di ogni specie: tutti infine sono destinati alla morte.

J.J. Rousseau, *Emilio o dell'educazione*, Milano: Mondadori, 1997, 292

Non c'è vita umana possibile senza attenzione a ogni individuo. [...] Una società del *care* sarebbe una società decente [...] dove ci si prenderebbe cura di quelli o quelle che si prendono cura degli altri.

P. Molinier, *Le travail du care*, Paris: La Dispute, 2013 (trad. it. *Care: prendersi cura*, Bergamo: Moretti&Vitali, 2019, 36 e 42)

1. Premessa all'*Itinerario di ricerca*. 2. Le ragioni del progetto *CARE4CARE – We Care for Those Who Care*. 3. Oggetto, obiettivi e risorse della ricerca. 4. Il lavoro di cura nel quadro delle politiche sociali europee... 5. (*Segue*) ...e il contributo della ricerca per il miglioramento delle condizioni di lavoro. 6. In conclusione. Alcune questioni critiche sul filo dei contributi raccolti nell'*itinerario*.

1. «For nights on end [during the pandemic], we all stood at our windows and doors to applaud critical workers. We felt how much we relied on all those women and men who work for lower wages, fewer protections and less security. The applause may have faded away, but the strength of feeling cannot. [...] We will come forward with a new European care strategy to support men and women in finding the best care and the best life balance for them»¹.

Mentre Ursula von der Leyen pronunciava queste parole nel suo discorso annuale sullo stato dell'Unione del 15 settembre 2021 e il mondo era ancora avvolto dalla pandemia da Covid-19, l'idea del progetto *CARE4CARE – We care for those who care* ha cominciato a prendere forma con l'intento di esplorare un settore del lavoro, quello della cura della persona, indicato dalla stessa Commissione europea come uno dei settori chiave per il futuro della società e dell'economia europea.

Punto di partenza della ricerca è stata la constatazione che il settore ha sofferto e soffre ovunque di carenza di personale, poggia quasi interamente sulle spalle di donne e di migranti (spesso di donne migranti) che lavorano in cambio di retribuzioni basse, scarse tutele e un basso livello di sicurezza.

L'*Itinerario di ricerca* che il *Giornale* ha offerto di ospitare per valorizzare la ricerca condotta intende proporre una riflessione sulla regolazione del lavoro di cura remunerato, un tema ancora poco esplorato e solo apparentemente laterale, dal momento che esso riguarda il destino di una porzione di lavoratori e lavoratrici che svolgono lavori essenziali per il benessere delle nostre società, soggette a un rapido invecchiamento e perciò sempre più bisognose di cure.

¹ Von der Leyen, 2021.

2. La prima radice dell'idea del progetto affonda in una riflessione sul valore della cura e del lavoro di cura nella vita delle persone e nelle società contemporanee, che a sua volta muove dalla constatazione che la condizione umana è prima di tutto e sopra tutto quella di essere vulnerabile e bisognosa di attenzione e cura altrui. L'attenzione, come ci ha insegnato lo spirito alto di Simone Weil, «è la forma più rara e più pura della generosità», da essa dipende il riconoscimento dell'altro nella sua essenzialità di persona e attraverso di essa passa la cura che guarisce, prima fra tutte, la ferita lasciata dall'indifferenza².

La pandemia da Covid-19 ha imposto un'esperienza radicale e diffusa della nostra vulnerabilità e ha dato evidenza al pensiero, filosofico e sociologico, che si è sviluppato su questo tratto della nostra condizione³, al contempo animando una riflessione sul carattere essenziale della cura e del prendersi cura come via per il benessere individuale e collettivo⁴.

Hanno così preso a germogliare i semi messi a dimora da quegli studi filosofici che hanno teorizzato un'etica della cura⁵ su cui fondare un modello di governo equo e sostenibile delle nostre società, un'etica che in generale rifiuta il «paradigma individualista sul quale si basa non solo il neoliberismo, ma anche il contrattualismo moderno e contemporaneo» che rimuove vulnerabilità e interdipendenza dall'orizzonte politico, neutralizzandole attraverso la norma protettiva che sostiene un soggetto autonomo, «imprenditore di se stesso»⁶.

Adottando la prospettiva dell'etica della cura, infatti, le vulnerabilità divengono il fondamento stesso della convivenza e le interdipendenze (l'inter-esserci) fra le persone assurgono a condizione dell'eguaglianza. L'agire etico, dunque, si esprime nella responsabilità per l'altro ed è generato dalla consapevolezza della fragilità e vulnerabilità dell'altro, della sua debolezza ontologica, della sua con-essenza, del suo essere cioè dipendente dall'altro. «In questo senso la cura per gli altri non è solo un possibile ideale di esistenza, ma una necessità dell'esserci»⁷.

² Weil, Bousquet, 1994, 13-14. Per una riflessione su questo tratto del pensiero di Weil cfr. Greco, 2023.

³ Sulla vulnerabilità come essenziale condizione umana v. Nussbaum, 2003; Fineman, 2008; 2010; Butler, 2009; Cavarero, 2013; Bernardini, Casalini, Giolo, Re, 2018; Giolo, Pastore, 2018; Re, 2019; Giolo, 2020; Re, 2020. V. di recente Mèlich, 2024. Le prime riflessioni risalgono agli anni Ottanta del secolo scorso: Goodin, 1985, sottolinea il carattere relazionale della vulnerabilità, così come fanno Held, 1987; Tronto, 1993.

⁴ Il tema è affrontato anche nelle arti, ad esempio nel bel libro di Marco Balzano *Quando tornerò* (Torino: Einaudi, 2001), nel documentario *Care seekers* della regista Teresa Sala o nel film di Ken Loach *Sorry we missed you*, nel quale si intrecciano le storie di un *riders* e di una "badante". Cavarero definisce la letteratura come il gesto di cura più antico per il fatto di dare voce a storie di cura altrimenti invisibili (Cavarero, 1997).

⁵ Peralto, con costruzioni anche assai diverse, come spiega nella sua ricostruzione Brotto, 2013.

⁶ Re, 2019, 183 ss.; Re, 2020, 102.

⁷ Si vedano le riflessioni di Mortari, 2015 (qui 122), che aggiunge che non basta il riconoscimento della vulnerabilità per assumersi l'agire etico, essendo necessaria la sensibilità, l'entrare in contatto attraverso l'empatia o la compassione. Da qui la rilevanza delle "passioni" nella teorizzazione di un'etica della cura nella riflessione di Elena Pulcini (Pulcini, 2009;

Su questi presupposti è costruita una teoria che supera l'eteronormatività del paradigma dei diritti e della giustizia costruito su un modello di individuo indipendente, imparziale e fintamente astratto, perché in realtà ricalcato sul soggetto maschio bianco, per approdare a un modello che valorizza la particolarità della singola persona nella sua concretezza, nell'ottica di richiedere al soggetto pubblico di costruire interventi e misure funzionali alla presa in carico di volta in volta delle diverse istanze⁸. Ne esce ridefinito il soggetto di diritto – situato, vulnerabile e non autonomo – e il ruolo dello Stato – chiamato a scardinare sistemi di potere e privilegio nelle relazioni particolari per un'eguaglianza sostanziale.

Ma non mancano anche proposte che tendono a valorizzare la complementarità delle due etiche, quella della giustizia e quella della cura, in quanto necessarie per rispondere a problemi e sfide differenti: la prima necessaria per garantire l'equità sociale in termini di eguaglianza dei diritti e delle opportunità e di imparzialità del giudizio; la seconda necessaria per farsi carico della vulnerabilità e della interdipendenza e valorizzare la dimensione affettiva e delle emozioni che guida la motivazione dell'agire⁹.

Antidoto alla vulnerabilità, come intuito da Weil, è la cura, che diviene fulcro della convivenza e base del legame sociale¹⁰ e dovrebbe, perciò, essere al centro del discorso politico, se non – seguendo il filo della proposta più avanzata – divenire il cuore stesso della democrazia¹¹. È necessario ricorrere al condizionale, perché il modello della cura, mettendo in discussione il paradigma dell'essere umano indipendente e forte su cui poggia il sistema capitalistico, è rimasta al margine del discorso pubblico.

La riflessione ha una forte connotazione di genere, prima di tutto per il modello di divisione sociale del lavoro che caratterizza la nostra società contemporanea ancora di matrice patriarcale, che continua a riservare alle donne il lavoro di cura, sia quello gratuito che quello remunerato¹².

2020) e prima ancora in quella di Hans Jonas, che riconosce il valore del sentimento dell'amore nella assunzione di responsabilità, riferendosi tuttavia a un sentimento generato dalla ragione sensibile capace di cogliere l'evidenza (della debolezza) dell'altro (Jonas, 1979, 163).

⁸ V. in questo senso Tronto, 1993; Fineman, 2008; 2010; Butler, 2020. Precisa Sandra Laugier: «il pensiero etico della cura non è sempre o solo di tipo argomentativo, prende spesso la forma di una narrazione in cui i dettagli concreti, i particolari, diventano percettibili nei contesti della vita delle persone» (Laugier, 2010, 67). Per un approccio narrativo al tema v. il volume di Hayes, 2017.

⁹ V. in questo senso Gilligan, 1982 e, ancora, il pensiero di Pulcini portato a compimento nell'ultimo lavoro monografico, chiuso prima della sua prematura scomparsa (Pulcini, 2020). Si v. in tema la riflessione critico-sistematica sulle tesi ricordate di Re, 2020, che sottolinea l'importanza di queste tesi per lasciare emergere sulla scena i «soggetti imprevisi», lasciati nell'invisibilità dall'ordine del discorso neoliberista.

¹⁰ Cavarero, 2013.

¹¹ Tronto, 2013. Secondo l'Autrice la democrazia dovrebbe essere prendersi cura assieme, pratiche della cura pratiche di democrazia capaci di coinvolgere sia i destinatari della cura sia coloro che prestano cura nella progettazione e nell'attuazione delle politiche, valorizzazione e distribuzione equa dei compiti di cura, un paradigma di risoluzione dei conflitti e di gestione delle relazioni di potere.

¹² Molinier, 2013; Honnet, 2023, 177 ss. Si v. anche la breve ma ficcante ricostruzione di Fraser, 2016 del sistema della cura nell'evoluzione del modello capitalistico delle società mo-

Ma «nel mondo di oggi, il *care* ha come luogo di esercizio un rapporto sociale esplosivo, o per lo meno teso, tra donne che non occupano le stesse posizioni sociali, padrone o subordinate, qualificate o no, cittadine o clandestine, ecc.»¹³. Il capitalismo finanziario, infatti, ha istituzionalizzato la divisione fra produzione e riproduzione sulla base del genere, con l'aggravante, tuttavia, di collocare il lavoro riproduttivo fra gli ostacoli al progresso e al successo individuale, rendendo necessaria la sua estromissione dal percorso di autoaffermazione e liberazione delle donne.

Questa tendenza, unita alla contrazione dell'offerta pubblica di servizi, ha determinato la "esternalizzazione" e "mercificazione" della cura, che ha finito per essere "appaltata" ad altre donne, spesso migranti da regioni povere del mondo, anch'esse in cerca di una liberazione (questa volta dal bisogno, però), e anch'esse costrette a ricorrere a cure altrui per accudire i propri figli. La conseguenza è la costruzione di catene globali della cura, basate non sulla solidarietà, ma sul dominio¹⁴.

La prospettiva di analisi, pertanto, è anche quella del femminismo intersezionale, che si fa carico della tenuta dei rapporti (anche) fra le stesse donne e, con essa, della trama della società nel suo insieme, a partire dalla constatazione che non esiste una naturale solidarietà tra donne e una convergenza di interessi all'interno della "classe" delle donne¹⁵.

Sullo sfondo della ricerca, pertanto, corre anche la dialettica fra i femminismi, che affrontano in modo diverso il tema della cura.

Questa riflessione, che qui è possibile solo accennare, ha avuto e ha il pregio di tematizzare la cura a livello politico, e – per quanto a noi interessa – di attirare l'attenzione sul lavoro di cura e sul valore che a esso è attribuito sia in termini economici che di riconoscimento sociale.

Sono due, infatti, gli aspetti teorici che emergono e che interessano nella prospettiva giuslavoristica: la definizione di cosa è lavoro e la divisione sociale del lavoro. Infatti, riflettere su quando e in che termini l'attività di cura è "diventata" lavoro e su come sia risolta la questione della distribuzione di questo lavoro all'interno della società è determinante per ragionare sul suo valore.

Entrambi questi aspetti sono toccati in un recente contributo di Axel Honnet¹⁶, nel quale, portando a sintesi il suo pensiero¹⁷, per sostenere la tesi che condizioni dignitose di lavoro sono necessarie per garantire una cittadinanza democratica¹⁸, l'Au-

derne e contemporanee. L'Autrice riflette sulle conseguenze della separazione della riproduzione sociale dalla produzione economica. Dal paradossale disconoscimento di valore della riproduzione sociale, essenziale per la produzione economica, scaturisce quella "contraddizione sociale" intrinseca alla struttura della società capitalistica, che genera la crisi sociale. V. anche Fraser, 2013.

¹³ Cfr. ancora Molinier, 2013.

¹⁴ Cfr. ancora Fraser, 2016. In tema v. anche Molinier, 2013; Sciarba, 2015; Hayes, 2017; lo studio di Borelli, 2020, che richiama il dibattito internazionale sul tema (in particolare in nt. 87 e 101). V. anche Arruzza, Bhattacharya, Fraser, 2019, spec. 24 ss.

¹⁵ Su questo tema v. Rottemberg, 2018, e, ancora, Arruzza, Bhattacharya, Fraser, 2019.

¹⁶ Honnet, 2023.

¹⁷ V. già anche Honnet, 2020.

¹⁸ Tesi, peraltro, sostenuta anche da Mari, 2019, ed espressa in particolare nella parte finale del volume.

tore utilizza proprio il lavoro di cura come paradigma di attività essenziale per la società, storicamente sottovalutata e affidata alle donne anche una volta entrata nel mercato delle professioni nelle sue diverse manifestazioni.

Honnet ricostruisce cos'è "lavoro" nella riflessione filosofica che corre da Locke a Marx, per mettere in evidenza come le mansioni di "servizio" siano emerse «dall'ombra lunga del concetto dominante di lavoro», inteso come attività capace di trasformare e produrre un bene vendibile sul mercato, solo grazie alla sociologia di Max Weber che ha reso visibile pubblicamente il lavoro "amministrativo", sia pubblico che privato¹⁹.

La teoria di Weber, secondo Honnet, è significativa per estendere l'idea di "lavoro", ma non ancora sufficiente per includervi i servizi prestati all'interno delle case e nelle strutture sanitarie e sociali, così come quelli svolti nel settore educativo e in altri servizi alla persona, dal momento che di essi non è messa a fuoco la rilevanza sociale e continuano a essere dati per "scontati"²⁰.

La marginalizzazione di queste attività colpisce in misura preponderante le donne, alle quali esse sono affidate in misura del tutto prevalente anche una volta fuoriuscite dalla invisibilità²¹.

Un primo riconoscimento del valore delle professioni della cura avviene in concomitanza degli eventi bellici dell'inizio del secolo scorso, quando migliaia di infermiere, per lo più volontarie, dimostrano la imprescindibilità del lavoro di assistenza salvando molte vite di soldati feriti²². Ne consegue la pubblicizzazione della professione di infermiera con il Regio decreto del 15 agosto 1925, dal quale deriva l'apertura delle scuole che preparano all'esercizio di questo mestiere e rilasciano un diploma abilitante²³.

Ma il mestiere di infermiere viene "cucito" addosso alle donne. Sono i medici stessi a segnalare la questione di genere. Essi sottolineano la inadeguatezza degli uomini ad assistere i malati a causa del loro innato tratto indisciplinato e non accudente, mentre riconoscono nelle donne una naturale propensione alla cura, che deriva dalla loro capacità di procreare che dispone all'ordine, all'obbedienza, alla generosità e alla premura²⁴.

Anche in questa professione, come in quella di insegnante, il simbolismo del materno gioca, pertanto, un ruolo fondamentale nel determinare la segregazione delle donne in alcuni lavori. Lavori che, proprio perché proiezione di un femminile che è

¹⁹ Sull'idea di lavoro in Weber, anche per i riferimenti bibliografici, cfr. D'Andrea, 2024, che mette bene in evidenza come nella definizione di cosa è lavoro sia centrale il «senso intenzionato dell'attore», vale a dire l'intenzione del soggetto lavoratore di ricavare un'utilità dall'attività che svolge, la sua strumentalità rispetto ad aspettative individuali, prevalentemente, ma non esclusivamente di sostentamento economico.

²⁰ Il misconoscimento di questo lavoro caratterizza anche il pensiero di Hanna Arendt, che non lo prende in considerazione nel suo saggio *The human condition* del 1958, ma al contempo riconosce che la vita familiare è «il centro della più rigida disuguaglianza».

²¹ Riflessione sviluppata già in Fraser, Honnet, 2003.

²² Si v. il volume Vanni, Monaco Gorni, 2019.

²³ Pescarolo, 2019, 182 ss.

²⁴ La costruzione del femminile e della sua discriminazione affonda le radici nell'antica Grecia ed è ricostruita in modo agile in Cantarella, 2019. V. anche Campese, Gastaldi, 1977.

innato e non si impara, sono percepiti come privi di un valore professionale economicamente riconoscibile e perciò rimangono svalutati e sottovalutati.

Lo scarso riconoscimento si estende, dunque, anche al momento in cui queste attività entrano nel mercato del lavoro e divengono “lavori” secondo il canone dell’economia politica classica, che individua il discrimine fra lavoro e non lavoro nella presenza di una domanda di mercato identificabile quantitativamente; non trattandosi di attività di fabbricazione, ma di servizio, questi lavori sono ritenuti meno impegnativi di quelli svolti (dagli uomini) nel contesto della fabbrica, e perciò sono considerati di scarsa rilevanza economica²⁵.

Una spinta decisiva al riconoscimento del valore del lavoro di cura è impressa dai movimenti femministi, e in particolare dal femminismo marxista²⁶ e dalle teorie femministe della riproduzione sociale²⁷, che hanno avuto il merito di denunciare la “banalizzazione” del discorso sulla cura e la retorica sul materno e i buoni sentimenti che lo hanno avvolto nella storia, riproducendo stereotipi di genere di stampo essenzialista²⁸.

Significativa in questo senso è stata la campagna per il riconoscimento del valore del lavoro domestico portata avanti da Silvia Federici negli anni Settanta negli Stati Uniti, dove nel frattempo si era trasferita. Tale rivendicazione, che mirava in fondo a denunciare e contrastare la divisione sociale del lavoro di matrice patriarcale che assegna alle donne le incombenze domestiche senza riconoscerne il valore per la riproduzione del capitalismo²⁹, per quanto qui interessa metteva anche in discussione l’assunto, appena ricordato, dell’economia politica classica secondo la quale è lavoro solo quello che è oggetto di domanda sul mercato, contestava la centralità del lavoro produttivo e dello stesso soggetto operaio, promuoveva l’idea che è lavoro anche quello che è rivolto a soddisfare scopi individuali altrui, qual è anche il bisogno di cura³⁰.

L’esito di questa riflessione è la ridefinizione di cosa è “lavoro” e l’estensione dell’idea di lavoro a ogni attività che abbia un valore trasversale per la società, fino a ricomprendervi anche quei compiti che hanno la funzione di preservare la vita e di garantire il benessere della società intera³¹.

²⁵ Scott, 1991.

²⁶ Dalla Costa, James, 1972; Vogel, 1983; Davis, 2018.

²⁷ Bhattacharya, 2017; Jaffe, 2020.

²⁸ Giolo, 2020; Fazio, 2024.

²⁹ Con riguardo alla divisione sociale del lavoro, nel suo recente contributo Honnet sottolinea che per essere accettabile, essa dovrebbe basarsi sulla libertà di scelta dell’individuo, mentre invece continua a essere condizionata da diversi fattori: la disuguaglianza economica, che induce i più poveri ad accettare qualunque lavoro a qualunque condizione; gli stereotipi riguardanti le capacità e inclinazioni personali, che porta ad assegnare determinati lavori a determinati gruppi; l’autoselezione inconscia, dove le aspettative sociali condizionano le scelte di lavoro individuali (Honnet, 2023).

³⁰ Federici, 1976.

³¹ È anche la conclusione di Del Punta, 2021. Altro è il discorso che riguarda la definizione di lavoro utile ai fini giuslavoristici, e cioè quale criterio sia applicabile per ricondurre un “lavoro” alla disciplina regolativa. Del Punta intravede nell’allargamento della nozione di lavoro una sfida per il diritto del lavoro, chiamato a rivedere i suoi canoni per trovare nuove forme di

Tuttavia, anche una volta che le attività di cura sono promosse a “lavoro”, per di più un lavoro necessario, rimangono marcate dalla “naturalità” e perciò destinate a un riconoscimento limitato in termini giuridici ed economici. E questo sia che siano offerte e remunerate dallo Stato, sia una volta che siano inserite nel mercato per essere offerte e remunerate da soggetti privati.

Rispetto a quest’ultima eventualità, ormai sempre più diffusa a causa della contrazione della spesa pubblica destinata anche a servizi che riguardano il benessere della società e che determina processi di privatizzazione di molti servizi (ma v. *infra*, § 3), si pongono poi una serie di questioni di non poca rilevanza, alle quali qui si può solo accennare.

Una prima questione, ben argomentata da Molinier, riguarda il rischio che deriva dalla eccessiva parcellizzazione (o specializzazione) delle attività di assistenza, rispetto sia alla qualità della cura offerta, sia al riconoscimento del valore di questo lavoro. Una frammentazione dell’attività di cura, una distinzione eccessivamente rigida dei compiti assegnati produce, infatti, l’effetto di snaturare un lavoro, che per essere efficace necessita di margini di elasticità. Nell’assistere una persona non si può essere costretti ad arrestarsi sulla soglia della competenza assegnata; deve essere possibile uno sconfinamento per non paralizzare l’attività e per non interrompere il flusso del “prendersi cura”, che non è frazionabile. Proprio questo aspetto del lavoro di cura – spiega Molinier con diversi esempi – è essenziale e al tempo stesso, al pari dei beni protetti, inestimabile. Non è catalogabile, non è riconducibile dentro rigidi schemi gerarchici, non è classificabile, ma è trasversale a ogni competenza professionale e necessario perché la cura sia tale. Se è necessario che sia riconosciuto il valore di questo tratto del lavoro di cura, diviene urgente elaborare nuovi criteri di valutazione.

Una seconda questione riguarda il rischio, di recente messo a fuoco da Piketty e Sandel, che il processo di “mercificazione” di questo tipo di servizi determini una «corruzione del significato dei beni e delle pratiche sociali»³². Se, per quanto qui interessa, salute e benessere della persona sono beni dal valore inestimabile (sia sul piano individuale che sul piano collettivo), la definizione del valore delle attività finalizzate alla loro soddisfazione, nonché le condizioni della loro erogazione, non possono essere affidate alle logiche del mercato dei profitti, dovendo ricevere una considerazione direttamente dal soggetto pubblico – espressione della volontà collettiva – che di questo processo, come già si è avuto modo di dire, dovrebbe farsi carico, assumendosene la responsabilità nel momento della distribuzione delle risorse pubbliche.

Sullo sfondo di queste riflessioni è stato pensato e costruito il progetto *CARE4CARE*.

tutela. Secondo Novella il criterio per distinguere cos’è lavoro ai fini dell’applicazione delle tutele lavoristiche, è rappresentato dalla presenza di un committente, un cliente o un datore di lavoro che beneficia della prestazione, qualunque sia la natura del rapporto (Novella, 2022, 17). Si v. ancora Molinier, 2013.

³² Cfr. Piketty, Sandel, 2025, 32. V. anche il Manifesto della cura di *The Care Collective* (2020) che denuncia la inconciliabilità della cura con le logiche di mercato portando l’esempio di quanto avvenuto durante la pandemia da Covid-19 rispetto alla produzione e commercializzazione dei dispositivi sanitari negli Stati Uniti e in Gran Bretagna.

3. Oggetto della ricerca sono le condizioni di lavoro degli operatori del settore della cura con professionalità che richiedono al massimo un diploma di laurea triennale, che prestano assistenza a persone in stato di bisogno in sei paesi dell'Unione europea.

Con riferimento all'Italia, la ricerca ha preso in considerazione quattro profili professionali: infermieri, operatori sociosanitari, operatori socioassistenziali, assistenti alla persona impegnati nel domicilio di chi è accudito o in strutture sanitarie o in strutture assistenziali di tipo residenziale o non residenziale, sia pubbliche che private.

La ricerca non ha, invece, riguardato il lavoro informale, reso gratuitamente da familiari o volontari, che pure merita attenzione, rappresentando una porzione significativa di lavoro essenziale per il benessere delle persone e delle società³³.

Il tema dell'economia della cura, delle catene globali della cura e delle condizioni degli operatori del settore è presente nel dibattito delle scienze sociali a livello internazionale³⁴ ed è stato oggetto di regolazione da parte dell'Oil. È stato meno esplorato, invece, a livello nazionale³⁵, anche nella dimensione comparata, benché a livello empirico emergano alcune tendenze critiche comuni ai sei paesi coinvolti nel progetto, che rendono il tema un terreno di ricerca promettente e dalle quali la ricerca ha preso le mosse.

Si pensi, per cominciare, che il numero delle persone bisognose di cura e assistenza è ovunque in aumento, anche in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione³⁶. Cresce, pertanto, il bisogno di personale da impiegare in un settore, che già si caratterizza per una significativa e preoccupante carenza di forza lavoro.

Parimenti diffusa è la tendenza alla contrazione della spesa pubblica (anche) con riguardo ai servizi sociosanitari. Per un verso, questa tendenza contribuisce ad aggravare la ricordata condizione di carenza di personale, da cui deriva, a cascata, un generale peggioramento delle condizioni di lavoro legato al sovraccarico di impegno. Per altro verso, la diminuzione dell'offerta di servizi ha determinato un processo di espansione del "mercato della cura" privato, che pone una domanda di regolazione urgente per contrastare nuove forme di sfruttamento³⁷.

In Italia, in particolare, la progressiva contrazione della spesa pubblica dedicata ai servizi di cura della persona si inserisce nella tendenza più generale a contenere la spesa per il *welfare* pubblico avviata a partire dagli anni Ottanta e inaspritasi a seguito della crisi economico-finanziaria del 2007-2008 e della crisi pandemica del 2020. La combinazione di contrazione della spesa pubblica e incremento della domanda di servizi di cura e assistenza ha determinato il rapido sviluppo di un modello sempre

³³ Secondo la rilevazione effettuata dall'Istat nel 2018 i *caregivers* familiari erano poco più di sette milioni, in prevalenza donne, nella fascia di età 45-64 anni (Istat, 2018). In tema si veda il Rapporto stilato dal Cnel nell'ottobre 2024 (Cnel, 2024).

³⁴ V., ad es., Pavlou, 2023; Blackett, 2019; Fudge, 2016; Mantouvalou, 2015, 329.

³⁵ Fa eccezione lo studio di Borelli, 2020, e il volume durato da Casano, 2022.

³⁶ Basti dire che secondo una recente rilevazione Istat, l'Italia è uno dei paesi con la più alta speranza di vita, che ha raggiunto la media di 83,4 anni (Istat, 2024).

³⁷ Cfr. già Hermann, Flecker, 2012.

più strutturato di “*welfare* fai da te”³⁸, nel quale gioca un ruolo rilevante anche una rete ampia di piattaforme di intermediazione di lavoro di cura che poggia su lavoro spesso insicuro e mal remunerato³⁹.

La crisi del settore dell’assistenza è affrontata dai paesi anche attraverso il ricorso alle catene globali del lavoro, che trascinano lavoratori migranti in un mercato per lo più informale e insicuro⁴⁰. In molti Paesi, infatti, se si tralascia di considerare i familiari *caregivers*, l’offerta di lavoro di cura, specie quella all’interno delle mura domestiche, è dominata da migranti⁴¹.

Ma, a differenza dei fenomeni di migrazione che riguardano altri settori dell’economia, la migrazione per motivi di assistenza – come già si è ricordato – è fortemente femminilizzata, rendendo questo settore un ambito interessante nel quale osservare e studiare non solo le discriminazioni multiple, ma anche le discriminazioni intersezionali, delle quali per la prima volta si è occupata la recente Direttiva 2023/970/UE⁴².

La presenza massiccia di donne non riguarda solo la componente di lavoro migrante, ma riguarda più in generale tutto il settore. Tutti e sei i paesi coinvolti nella ricerca, infatti, sono accomunati da una netta preponderanza della componente femminile nel lavoro di cura. Le donne sono in media più del 75% della forza lavoro del settore nei sei paesi⁴³. Non rimangono esclusi da questa caratteristica neppure paesi culturalmente ed economicamente avanzati quali Svezia e Germania, a dimostrazione di quanto sia radicata la segregazione di genere. In Svezia, ad esempio, le donne rappresentano circa il 90% del personale infermieristico e circa il 70% di coloro che prestano assistenza domiciliare. In Germania, l’80% degli addetti all’assistenza sono donne; nel campo dell’assistenza alla prima infanzia le donne sono ben il 95%; nell’assistenza agli anziani, ai malati e ai disabili, la quota di donne non è altrettanto elevata, ma è comunque notevolmente superiore a quella degli uomini; nei servizi ambulatoriali, la quota di donne nella forza lavoro è di poco inferiore all’88% e nell’assistenza ospedaliera dell’85%.

L’Italia non si discosta da questa tendenza e l’esperienza della pandemia da Covid-19 non ha fatto che confermare questa conclusione, dal momento che nell’emergenza sono state coinvolte in misura preponderante le donne nelle attività di cura e assistenza (nel caso gratuita) ai familiari⁴⁴.

Alla femminilizzazione del settore si combina un’altra tendenza trasversale ai sei

³⁸ Borelli, 2020.

³⁹ Trojanski, 2000; Lenaerts, Habraken, Gillis, Vangeel, Thi, 2024.

⁴⁰ Pavlou, 2021.

⁴¹ Ambrosini, 2013; Eurofound, 2020; SPC, DG EMPL, 2021, 74.

⁴² Questi processi migratori producono conseguenze significative anche sui paesi di origine di questi lavoratori e lavoratrici, che si impoveriscono di personale di cura e finiscono per sperimentare le stesse difficoltà dei paesi occidentali legate alla scarsità di personale qualificato e disponibile; fenomeno del c.d. *care drain* messo in evidenza ne EMPL and FEMM “Report (A9-0189/2022) towards a common European action on care” del 22.6.2022, che può essere letto a questo indirizzo: www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2022-0189_EN.html.

⁴³ Cfr. i rapporti finali del progetto a questo indirizzo: www.care4care.net/wp-reports-results/.

⁴⁴ Si v. lo studio di Del Boca, Oggero, Profeta, Rossi, 2021.

paesi. Pur con alcune sfumature e a dispetto delle ricadute che questo lavoro ha sul benessere individuale e collettivo delle nostre società, resiste al tempo la scarsa considerazione sociale ed economica del valore del lavoro di cura, fenomeno del quale si è cercato di rappresentare le ragioni storico-culturali nel precedente paragrafo. Negli ultimi anni, è vero, si è sviluppato un movimento per la valorizzazione delle professioni della cura, si pensi – ad esempio – al Manifesto *Care.Macht.Mehr*, pubblicato per la prima volta nel 2013 in Germania, o al già ricordato *The Care Manifesto* pubblicato da *The Care Collective* nel 2020, ma nell’immaginario collettivo persiste l’idea che questo sia un lavoro “scontato”, perché non richiederebbe professionalità, conoscenze e competenze valutabili con i parametri di mercato. In particolare, la capacità di accudire e prendersi cura delle persone (non il *to cure*, bensì il *to take care*), essenziale per svolgere bene questi lavori, sarebbe connaturata in chi, a vario titolo, è tenuto a prestarli, prime fra tutte le donne, da sempre ritenute depositarie in natura di simili abilità, e non sarebbe perciò suscettibile né meritevole di riconoscimento economico.

La tendenza alla svalutazione del lavoro di cura, inoltre, è alimentata in quasi tutti e sei i paesi coinvolti nel progetto dalla presenza di un modello di *welfare* “familiistico”, che affida alla famiglia (e, in particolare, alle donne) il dovere di soddisfare le esigenze di assistenza di minori, disabili e anziani, e considera perciò il lavoro di cura remunerato come un lavoro meramente sostitutivo di un’attività dovuta gratuitamente.

In questo panorama fa eccezione la Svezia, dove lo Stato sociale assicura un livello di servizi pubblici di assistenza all’infanzia, alla salute, agli anziani e alle persone con disabilità tale da consentire di riportare il lavoro di cura gratuito, che certamente anche lì fa parte delle abitudini delle famiglie, nella sfera della libertà del prendersi cura per ragioni d’affetto o di solidarietà.

La presa in carico da parte dello Stato dei servizi alla persona rappresenta così uno strumento di contrasto alle disuguaglianze: in generale, perché consente a tutti i cittadini e le cittadine di accedere a servizi di cura e assistenza a prescindere dalle disponibilità economiche, in una logica di redistribuzione della ricchezza fondata su un sistema di imposizione fiscale progressiva; in un’ottica di genere, perché, liberando le donne da carichi di cura, assicura loro sia la possibilità di inserirsi a pieno titolo nel mercato del lavoro, sia quella di accudire i familiari in modo libero⁴⁵, sottraendo la questione della conciliazione fra tempi di vita e tempi di lavoro dalle dinamiche del contratto individuale di lavoro.

Con riguardo alle condizioni di lavoro degli operatori sanitari, le criticità riguardano generalmente e trasversalmente: livelli salariali tendenzialmente bassi; rischi psico-sociali (in particolare sovraccarico di lavoro, violenze e molestie psicologiche e fisiche), da cui derivano *stress* e *burnout*; rischi per la salute fisica, che sfociano in infortuni e malattie professionali; forme di segregazione orizzontale e verticale, da cui discendono forme di discriminazione diretta e indiretta; instabilità delle posizioni lavorative per il frequente ricorso a contratti non *standard* (contratti di lavoro temporaneo, a tempo parziale, lavoro su piattaforma); scarso riconoscimento delle competenze e conseguente scarso investimento in termini di qualificazione profes-

⁴⁵ V. ancora la tesi già ricordata di Honnet, 2023.

sionale con ricadute sulla possibilità di sviluppare percorsi di carriera. Da quest'ultimo punto di vista, in particolare, l'ingresso del lavoro di cura nel mercato delle professioni ha determinato il ricordato processo di parcellizzazione delle attività, con conseguenze non irrilevanti sulla qualità dell'assistenza offerta che rischia di disumanizzarsi, perdendosi di vista la persona che la riceve⁴⁶.

Più delicata ancora è la condizione di coloro che prestano assistenza domiciliare, in modalità residenziale o non residenziale⁴⁷. In tutti i paesi coinvolti nella ricerca, il lavoro svolto presso il domicilio privato dell'assistito è oggetto di una regolazione eccezionale in ragione del fatto che il datore di lavoro, la famiglia, presenta delle caratteristiche peculiari. Generalmente le tutele legali sono attenuate, la contrattazione collettiva è meno sviluppata e la copertura minore, e ciò nonostante che la Convenzione Oil n. 189/2011 sia stata ratificata almeno da Italia, Germania e Svezia.

Coloro che prestano assistenza domiciliare sono, ovunque, quasi integralmente donne e migranti provenienti dall'Europa dell'est e da paesi terzi, ed è molto diffuso il lavoro irregolare e quello prestato tramite agenzie private. Le condizioni di lavoro sono particolarmente precarie, i salari bassi e i rischi legali alla salute psico-fisica molto alti. Da quest'ultimo punto di vista i rischi riguardano in particolare la fatica fisica e mentale, le molestie, il mancato rispetto dei limiti all'orario di lavoro e la confusione frequente fra tempo di lavoro e tempo libero e di riposo⁴⁸.

Occorre non dimenticare che le stesse istituzioni europee e internazionali sottolineano che assicurare condizioni di lavoro di buona qualità è condizione necessaria affinché i servizi di cura siano a loro volta di buona qualità. L'Oil, ad esempio, ha sottolineato nel 2018 che «poor job quality for care workers leads to poor quality care work»⁴⁹. Nella medesima direzione procede la *European Care Strategy*⁵⁰, su cui si tornerà nel prossimo paragrafo.

Un aspetto cruciale rispetto alla qualità del lavoro riguarda il benessere fisico e mentale di coloro che operano nel settore⁵¹.

⁴⁶ Cfr. di nuovo Molinier, 2013.

⁴⁷ Si v. in tema il contributo di Frosecchi, 2025.

⁴⁸ Nel parere d'iniziativa del Comitato economico e sociale europeo sul tema *I diritti degli assistenti familiari*, SOC/535 – CESE-2016-009411, si sottolinea la necessità che i lavoratori che prestano assistenza in regime di convivenza siano trattati in modo analogo agli altri lavoratori che svolgono un analogo lavoro. Con particolare riguardo ai lavoratori irregolari si richiama quanto previsto dalla 2009/52/CE e più in generale quanto previsto dalla direttiva 2012/29/UE per i casi di sfruttamento. In tema si v. il contributo di Chiaromonte, 2025.

⁴⁹ Cfr. Ilo, 2018; ma v. anche Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla strategia europea per l'assistenza (SWD(2022) 440 final) del 7.9.2022, c.d. *Care strategy*, in particolare il par. 2, su cui si tornerà *infra*. In letteratura Hein, 2010, 48; Angermann, Eichorst, 2013, 15; Burns, Hyde, Killeit, 2016, 991.

⁵⁰ Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla strategia europea per l'assistenza (SWD(2022) 440 final) del 7.9.2022.

⁵¹ Cfr. Uphoff, Lombardo, Johnston, Weeks, Rodgers, Dawson, Churchill, 2021; Søvsold, Naslund, Kousoulis, Saxena, Qoronfleh, Grobler, Münter, 2021; Santana, Montes, Chalkley, Jacobs, Kowalski, Suter, 2020, 112. Si v., inoltre, i risultati dell'indagine psico-sociale con-

Molte ricerche empiriche confermano che le condizioni di lavoro producono effetti sulla salute e sul benessere fisico e psicologico dei lavoratori. Nel tracciare un quadro di riferimento per descrivere la qualità della vita dei lavoratori dell'assistenza, il riconoscimento sociale del lavoro di assistenza (per la costruzione di una solida identità professionale), le caratteristiche dell'organizzazione dei servizi di assistenza (ad esempio, i turni di lavoro) e la natura del lavoro di assistenza (ad esempio, la definizione delle mansioni e delle relative competenze necessarie allo svolgimento) sono stati indicati come i fattori significativi per garantire il benessere dei *caregivers*. Così come è stato acclarato che i lavoratori che prestano assistenza e cure sono esposti a numerosi fattori di stress a causa di carichi di lavoro pesanti, turni lunghi e ritmi di lavoro elevati, esposizione a eventi traumatici, scarso supporto e riconoscimento sociale, percezione di insicurezza a causa della diffusa precarietà di alcuni almeno di questi lavori⁵².

A fronte di questo scenario, il progetto ha indagato in una prospettiva comparata e multidisciplinare (giuridica e psicosociale) le condizioni di lavoro dei lavoratori dell'assistenza e la loro percezione dell'ambiente e delle dinamiche lavorative nei sei Stati membri dell'UE (Francia, Germania, Italia, Polonia, Spagna e Svezia), con l'obiettivo di sviluppare strumenti adeguati per migliorare la qualità del lavoro e contrastare la discriminazione nel settore.

In particolare, la ricerca è stata orientata al raggiungimento di tre obiettivi capaci di ricadute sociali concrete: la elaborazione di una proposta di strategia politica da presentare alle istituzioni europee, finalizzata a rimediare alla sottovalutazione del lavoro di cura, migliorare le condizioni di lavoro di chi opera nel settore e contrastare le discriminazioni; la progettazione e sperimentazione di un modello di percorso formativo per sindacati, associazioni delle famiglie e associazioni datoriali finalizzato al trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso la ricerca sulle criticità del settore, con l'obiettivo di rendere la contrattazione collettiva più efficace; infine, la creazione di una piattaforma informatica facilmente accessibile ai lavoratori e alle lavoratrici del settore, contenente la presentazione e la spiegazione dei principali diritti, tradotti in tutte lingue, con l'obiettivo di migliorare la consapevolezza delle prerogative personali e la percezione del valore del lavoro.

La ricerca coniuga così due delle missioni dell'università, la ricerca di base e la interazione con la società (c.d. terza missione).

La definizione degli obiettivi della ricerca ha influenzato la composizione del consorzio, che comprende dieci partner e rappresenta sei paesi dell'Unione europea caratterizzati, come già si è accennato, da diversi modelli di Stato sociale e sistemi di regolazione del lavoro: due paesi mediterranei, Spagna e Italia, due paesi del centro Europa, Francia e Germania, un paese del nord Europa, la Svezia, e un paese dell'est Europa, la Polonia.

Le competenze prevalentemente giuslavoristiche assicurate dalle Università di Girona, Lund, Bordeaux, Francoforte sull'Oder, Rzeszowski e Firenze sono arric-

dotta nell'ambito del progetto *CARE4CARE*, che potrà essere letta a questo collegamento a partire dall'autunno 2025: www.care4care.net/wp-reports-results/.

⁵² Su quest'ultimo aspetto si veda lo studio di Ravalier, Fidalgo, Morton, Russell, 2017, 344.

chite dalla partecipazione di un gruppo di ricerca di psicologi sociali dell'Università di Siviglia, responsabili dell'indagine che riguarda il benessere lavorativo degli operatori del settore.

Non meno rilevante è la partecipazione di due organizzazioni di rappresentanza di interessi espressi all'interno del settore (EFFE – *European Federation for family employment and home care* e EFSI – *European Federeation for Services to Individuals*), che hanno contribuito in modo essenziale al progetto, fungendo da ponte verso la società civile, sia nella fase di raccolta delle informazioni, sia – e soprattutto – nella fase di diffusione dei risultati raggiunti.

Parimenti essenziale è stato il contributo di un'organizzazione esperta di comunicazione e disseminazione dei risultati con sede a Bruxelles (TOUR4EU – *Tuscan Organisation of Universities and Research for Group*), capace di una efficace interlocuzione con le istituzioni europee, soprattutto nell'ottica del trasferimento delle proposte di regolazione formulate dal consorzio di ricerca e raccolte in un *Policy paper*⁵³.

Occorre, poi, sottolineare il sostegno ricevuto da ETUI (*European Trade Union Institute*), che ha seguito il progetto fin dall'inizio, anche coinvolgendo i componenti del consorzio di ricerca in iniziative scientifiche.

Infine, se le competenze scientifiche sono imprescindibili per lo svolgimento della ricerca, il raggiungimento degli obiettivi di un progetto così articolato dipende dal contributo essenziale di più professionalità esperte di progettazione, gestione e rendicontazione, che lavorano con sapienza e generosità all'interno delle nostre università pubbliche.

4. Nella Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio e al Comitato economico e sociale europeo del 20 novembre 2017, contenente il Piano d'azione dell'UE 2017-2019, il settore del lavoro di cura è stato incluso tra i settori «chiave per il futuro della società e dell'economia europea».

La pandemia di Covid-19 ha reso ancora più evidente la centralità del lavoro di cura nelle società moderne, ma ha anche reso più visibili molte criticità che riguardano le condizioni di lavoro degli operatori che prestano assistenza alla persona: scarsità di risorse economiche, carenza di forza lavoro, pressione esercitata sui lavoratori dell'assistenza, rischi per il loro benessere, sottofinanziamento dell'assistenza sociale come conseguenza della riorganizzazione e del parziale ridimensionamento dello stato sociale che ha comportato anche la privatizzazione e la mercificazione dei servizi pubblici, potere contrattuale più debole in questi settori rispetto a molti settori dominati dagli uomini, sottovalutazione del lavoro di cura analogamente ad altri lavori svolti in prevalenza da donne, forte presenza di lavoro sommerso fra coloro che prestano lavoro di cura domiciliare, rischio di discriminazione nel settore sulla base del genere e della nazionalità (e l'intersezione tra questi due fattori).

Per questo motivo, nel suo discorso sullo stato dell'Unione del 15 settembre 2021, la Presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen ha annunciato

⁵³ Il documento può essere consultato a questo indirizzo: www.care4care.net/wp-content/uploads/2025/04/Care4Care-Policy-Paper.pdf.

una strategia europea per l'assistenza, mettendo a fuoco – fra le altre cose – la necessità di garantire condizioni di lavoro dignitose per tutti i lavoratori e le lavoratrici che svolgono attività legate alla cura della persona.

Il documento contenente la Strategia europea per l'assistenza (*European Care Strategy*) è stato approvato il 7 settembre 2022, quando il progetto *CARE4CARE* aveva già ricevuto l'approvazione della Commissione europea, a conferma dell'interesse delle istituzioni unionali per il tema in esame.

La *European Care Strategy* costituisce un documento articolato, nel quale la Commissione ha tracciato le linee di intervento per potenziare alcune politiche sociali dell'UE che riguardano l'assistenza delle persone, mettendo in evidenza il collegamento esistente, interessante ai nostri fini e intercettato dalla riflessione teorica sul tema citata in esergo, fra la qualità dei servizi di cura e la qualità delle condizioni di lavoro.

Il documento, infatti, si occupa di tutti i soggetti coinvolti nel sistema dell'assistenza, sia di coloro che la ricevono (bambini, anziani, portatori di disabilità), sia di coloro che la offrono (lavoratori e lavoratrici, formali e informali), e adotta una prospettiva di genere partendo da una duplice constatazione: la carenza di servizi di assistenza cui sopperiscono ancora oggi prevalentemente le donne, perciò escluse o quantomeno sacrificate nel mercato del lavoro; la femminilizzazione del settore dell'assistenza, che offre posti di lavoro precari e scarsamente remunerati.

In quest'ottica, la Commissione promuove: l'ampliamento dei servizi di assistenza⁵⁴, capace – fra le altre cose e per quanto qui più interessa – di liberare le donne dal lavoro di cura informale non remunerato; il miglioramento delle condizioni di lavoro, per assegnare il giusto valore e riconoscimento a un lavoro essenziale per il benessere delle nostre società e rendere il settore più attrattivo, anche per gli uomini.

Indica alcune strade per conseguire gli obiettivi fissati: il rafforzamento del dialogo sociale, sia a livello UE che a livello nazionale, fino a oggi sacrificato a causa della scarsa rappresentanza dei lavoratori e delle lavoratrici del settore, a sua volta dovuta all'alto tasso di lavoro irregolare e alla presenza di molti lavoratori e lavoratrici immigrati⁵⁵; il miglioramento delle competenze e la riqualificazione del settore; la trasparenza e prevedibilità delle condizioni di lavoro; il potenziamento delle misure a tutela della salubrità e sicurezza del lavoro di assistenza.

A pochi mesi di distanza dalla presentazione della *European Care Strategy*, il Consiglio ha approvato la preannunciata Raccomandazione relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili⁵⁶, nella quale – di

⁵⁴ Il documento riserva un'attenzione particolare alle condizioni delle zone rurali e remote a bassa intensità di popolazione, che sono oggetto di indagine nell'ambito di un altro progetto finanziamento sulla linea Horizon Europe – *SONYA The role of SOcial ecoNomY in Addressing social exclusion, providing quality jobs and greater sustainability* (cordis.europa.eu/project/id/101177171/it) – coordinato dalla Rennes School of Business e al quale partecipa anche l'unità di ricerca fiorentina.

⁵⁵ In tema si veda più diffusamente il contributo di Mazzetti, 2025.

⁵⁶ Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili (2022/C 476/01). Contestualmente è stata approvata anche la seconda Raccomandazione preannunciata nel documento contenen-

nuovo – si pone l’attenzione sulla necessità di garantire un’occupazione di qualità e condizioni di lavoro eque a coloro che prestano assistenza (a lungo termine). Anche in questo frangente, si punta alla valorizzazione del dialogo sociale, all’elevazione degli standard di salute e sicurezza e all’efficacia delle misure adottate. Un’attenzione particolare è offerta ai prestatori di assistenza domiciliare, conviventi o non conviventi, che trovano una prima definizione e un primo formale riconoscimento proprio in questa Raccomandazione⁵⁷.

Gli impegni assunti nel documento appena ricordato sono stati confermati più di recente ne *La Hulpe Declaration on the Future of the European Pillar of Social Rights* del 16 aprile 2024. Qui, le istituzioni europee congiuntamente agli Stati membri e alle parti sociali europee – a fronte della crisi mondiale derivata anche dal rapido cambiamento climatico e dal dissesto ecologico, dalle guerre in corso, specialmente quella tra Russia e Ucraina – ribadiscono l’impegno a stimolare il progresso sociale ed economico, assicurando pari opportunità a tutti, posti di lavoro di qualità e condizioni eque di lavoro, riducendo la povertà e le disuguaglianze, al contempo promuovendo condizioni che assicurino una giusta ed equa transizione climatica. Un accento particolare, anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, è riservato proprio al settore dell’assistenza, rispetto al quale si sottolinea la necessità da un lato di immaginare strategie efficaci di prevenzione, dall’altro di stabilire vie di accesso a cure adeguate, eque e sostenibili economicamente. In quest’ottica, per quanto a noi più interessa, si ribadisce l’esigenza di migliorare le condizioni di lavoro degli operatori e delle operatrici del settore, anche dal punto di vista della formazione professionale, di nuovo rilanciando il ruolo strategico del dialogo sociale e della contrattazione collettiva⁵⁸.

5. Come accennato, alla ricerca giuridica comparata e psicosociale sulle condizioni di lavoro si è accompagnata la progettazione e realizzazione di tre azioni capaci di ricadute concrete sul settore nei sei paesi coinvolti.

Mentre si chiude questo lavoro si sta avviando la sperimentazione dei percorsi formativi con i rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro nei sei paesi e si sta lavorando alla realizzazione della piattaforma che raccoglie i principali diritti di lavoratori e lavoratrici del settore nei sei contesti nazionali.

Se per ragioni di spazio non è possibile dar conto in questa sede dell’analisi dei contesti nazionali e della ricerca comparata⁵⁹, è invece possibile restituire, seppur

te la *European Care Strategy*, ossia la Raccomandazione sull’educazione e la cura della prima infanzia: gli obiettivi di Barcellona per il 2030 (2022/C 484/01) i cui contenuti e obiettivi esulano dalla ricerca condotta nell’ambito del progetto in esame.

⁵⁷ Cfr. punto 3, Definizioni: «lavoratore domestico che presta assistenza a lungo termine»: qualsiasi persona assunta per svolgere lavoro domestico che fornisce assistenza a lungo termine nel contesto di un rapporto di lavoro; i) «prestatore di assistenza convivente»: lavoratore domestico che presta assistenza a lungo termine e vive con il beneficiario dell’assistenza.

⁵⁸ Per una più compiuta ricostruzione delle politiche dell’Unione europea che riguardano il settore dell’assistenza e le relative condizioni di lavoro si rinvia ancora a Mazzetti, 2025.

⁵⁹ Che però può essere letta a questo indirizzo: www.care4care.net/wp-reports-results/.

brevemente, le conclusioni alle quali il consorzio è giunto in termini di proposte per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori del settore e raccolte nel *Policy paper* già ricordato, che sarà presentato in un evento ospitato dal Parlamento europeo nel prossimo autunno.

Lo studio comparato, giuridico e psicosociale, ha fatto emergere due ambiti principali di criticità intorno ai quali si concentra il dibattito pubblico nei sei paesi e rispetto ai quali sono state impostate le proposte di intervento: la povertà delle condizioni di lavoro, dal punto di vista delle remunerazioni, della salubrità e sicurezza, dalla stabilità e dell'effettività dei diritti riconosciuti; la carenza di personale e la scarsa attrattività del settore. Due aspetti che sono, evidentemente, stretti in un circolo vizioso e necessitano perciò di strategie integrate di intervento⁶⁰.

Il documento è articolato intorno a tre ambiti di ragionamento.

Il primo ambito, che poggia su una sintesi delle principali criticità del settore emerse dalla ricerca comparata e sulla convinzione della interrelazione che corre fra qualità del lavoro e qualità della cura, definisce alcuni obiettivi politici generali per migliorare la qualità del lavoro e l'inclusione sociale di gruppi di lavoratori e lavoratrici vulnerabili.

Il secondo ambito di ragionamento riguarda le misure da assumere a livello nazionale, tenuto conto delle caratteristiche peculiari di ciascun sistema, con una generale sottolineatura dell'importanza di rafforzare i sistemi di protezione sociale, aumentare gli investimenti pubblici nei servizi di assistenza, garantire salari minimi equi, stabilire percorsi per lo sviluppo e il riconoscimento delle qualifiche professionali, rafforzare la contrattazione collettiva e la sua efficacia.

Infine, il terzo ambito di riflessione sviluppa azioni di intervento per le parti sociali e le istituzioni a livello europeo, a partire dalla promozione del dialogo sociale nel settore, dalla definizione di accordi quadro, dall'incentivazione dello scambio di buone pratiche e dal coordinamento delle risposte alle sfide settoriali.

In estrema sintesi, nel documento programmatico si promuove il riconoscimento del valore e della dignità del lavoro di cura nell'ambito del dialogo sociale e della contrattazione collettiva, ad esempio attraverso la valorizzazione delle conoscenze e delle competenze, anche emotive, degli operatori sanitari e della capacità di lavorare in gruppo; si sostiene il miglioramento delle condizioni di lavoro, ad esempio attraverso il riconoscimento dello stress lavoro-correlato fra i rischi psico sociali indicati dall'Accordo quadro del 2004, e il rafforzamento dell'effettività del diritto al riposo, con l'introduzione di misure che consentano a operatori e operatrici domiciliari di potersi "disconnettere" dal lavoro sapendo di non lasciare senza il necessario accudimento coloro che assistono; si persegue il contrasto allo sfruttamento e alla irregolarità di assistenti domiciliari conviventi, proponendo di introdurre una presunzione di subordinazione e di prevedere regole di trasparenza per prevenire e sanzionare il mancato rispetto delle tutele.

Con riguardo a coloro che migrano, si propone di facilitare i processi di spostamento fra paesi, anche estendendo l'ambito di applicazione della *Blue card directive*, facilitando il passaggio da un datore di lavoro a un altro e il coordinamento di lavori

⁶⁰ Le criticità sono ancora più evidenti nelle aree interne che sono oggetto del ricordato progetto *SONYA*, nel quale è coinvolta l'unità di ricerca fiorentina.

presso più datori di lavoro, potenziando il ruolo e l'attività della *European Labour Authority* nel settore della cura, contrastando le discriminazioni con l'inclusione di lavoratori e lavoratrici della cura nella nuova strategia anti razzismo sviluppata dalla Commissione eguaglianza per il 2025, promuovendo la ratifica della *UN Migrant Worker Convention* del 1990 da parte di tutti Stati membri.

Con riguardo alle lavoratrici, infine, si invoca una più netta ed efficace strategia di contrasto alle discriminazioni all'interno della prossima *Gender Equality Strategy*; per un verso, si auspica un più efficace contrasto alla divisione sociale del lavoro che ancora riserva alle donne il lavoro di cura non remunerato e il contrasto a ogni stereotipo di genere che esclude gli uomini da questi lavori; per altro verso si sostiene il potenziamento dell'intervento degli Stati nell'offerta di servizi, anche introducendo obiettivi di qualità determinati dall'ELA, al cui raggiungimento subordinare ogni forma di finanziamento⁶¹.

6. La ricerca condotta nei tre anni ha portato alla luce un intreccio di questioni che riguardano i lavoratori della cura, trasversali ai paesi coinvolti nello studio e rilevanti sul piano delle politiche dell'Unione europea.

L'itinerario di ricerca intende approfondire, anche in ottica comparata, alcune delle questioni emerse.

I contributi di Mazzetti e Renzi riflettono sulla dimensione collettiva del tema. Mazzetti ricostruisce il percorso compiuto dalle istituzioni europee nella regolazione del settore, per evidenziare in fine come la potenziale rilevanza del dialogo sociale si accompagni ancora all'assenza di una definizione univoca di *care sector*. Renzi, invece, esplorando la contrattazione collettiva nazionale del settore finisce per dar prova dello scarso valore economico riconosciuto a questo lavoro e mettere in discussione la capacità delle parti sociali di tutelare adeguatamente i lavoratori e le lavoratrici del settore; al contempo però, approfondendo i processi di accreditamento delle strutture sanitarie private, sottolinea quanto una contrattazione collettiva efficace potrebbe davvero rivoluzionare il settore, assegnandogli il riconoscimento dovuto per il contributo che offre al benessere della nostra società.

I contributi di Chiaromonte e Frosecchi mettono a fuoco, da due punti di vista diversi, il tema del lavoro dei prestatori di assistenza domiciliare, coloro che impropriamente e volgarmente chiamiamo "badanti". Entrambi i contributi sviluppano una riflessione sulla dimensione nazionale del fenomeno. Chiaromonte approfondisce il tema dell'irregolarità e dello sfruttamento, per mettere alla prova la tenuta degli indici segnati dalla legge. Frosecchi riflette su limiti e contraddizioni di un sistema di regole che deve tenere insieme due vulnerabilità particolari: quella di chi lavora, per lo più donne migranti, e quella di datori di lavoro, che poi sono famiglie con disponibilità economiche per lo più limitate, obbligati a rimediare alla carenza di servizi pubblici di assistenza a familiari non autosufficienti.

Il contributo di Daugareilh, Santoro e Traoré e quello di Camas Roda, Cano

⁶¹ Si rinvia ancora al testo del *Policy paper* liberamente consultabile a questo indirizzo: www.care4care.net/wp-content/uploads/2025/04/Care4Care-Policy-Paper.pdf.

Redondo e Molina, muovendo dalla ricerca condotta durante i tre anni e condensata nei rapporti nazionali⁶², ci offrono una riflessione sintetica su alcune criticità che il settore soffre anche in Francia e Spagna, confermando il nostro comune intento di mettere al centro della discussione pubblica l'importanza del lavoro di coloro che consideriamo *ultimi*, e che invece sono *primi* per l'essenzialità del loro lavoro nelle nostre vite fragili e nelle nostre società sempre più vecchie.

Riferimenti bibliografici

- Ambrosini M. (2013). *Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere*. Bologna: il Mulino.
- Angermann A., Eichorst W. (2013). Who cares for you at home? Personal and Household services in Europe. *IZA Policy Paper*, n. 71.
- Arendt H. (1958). *The Human Condition*. Trad. it. Milano: Bompiani, 1964.
- Arruzza C., Bhattacharya T., Fraser N. (2019). *Feminism for the 99 Percent*. Trad. it. Bari-Roma: Laterza, 2019.
- Bhattacharya T. (2017). *Social Reproduction Theory. Remapping class, Recentering oppression*. London: Pluto Press.
- Blackett (2019). *Everyday Transgressions. Domestic Workers' Transnational Challenge to International Labor Law*. Ithaca: Cornell University Press.
- Borelli S. (2020). *Who cares? Il lavoro nell'ambito dei servizi di cura alla persona*. Napoli: Jovene.
- Borelli S. (2023). Lavoro domestico e di cura. In: Del Punta R., Romei R., Scarpelli F. (a cura di), *Contratto di lavoro*, vol. VI de *I tematici dell'Enciclopedia del diritto*. Milano: Giuffrè, 883 ss.
- Botti C. (2022). *Vulnerabili. Cura e convivenza dopo la pandemia*. Roma: Castelvecchi.
- Brotto S. (2013). *Etica della cura. Una introduzione*. Napoli: Ethica.
- Burns D.J., Hyde P.J., Killett A.M. (2016). How financial cutbacks affect the quality of jobs and care for the elderly. *ILR Review*.
- Butler J. (2020). *The Force of Nonviolence: An Ethico-Political Bind*. Trad. it. Milano: Nottetempo, 2020.
- Campese S., Gastaldi S. (a cura di) (1977). *La donna e i filosofi. Archeologia di un'immagine culturale*. Roma: Zanichelli.
- Cantarella E. (2019). *Gli inganni di Pandora*. Milano: Feltrinelli.
- Casano L. (a cura di) (2022). *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*. Bergamo: Adapt University Press.
- Cavarero A. (1997). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti*. Milano: Feltrinelli.
- Cnel (2024). *Il valore sociale del caregiver*. Testo disponibile su: [www.cnel.it/Portals/0/CNEL/Comunicazione/16 ottobre 2024/RAPPORTO CAREGIVER 18ott2024 def.pdf?ver=2024-10-17-135549-237×tamp=1729173355851](http://www.cnel.it/Portals/0/CNEL/Comunicazione/16%20ottobre%202024/RAPPORTO%20CAREGIVER%2018ott2024%20def.pdf?ver=2024-10-17-135549-237×tamp=1729173355851) (ultima consultazione: 23.6.2025).
- D'Andrea D. (2024). Lavoro e senso della vita in Max Weber. In: Mari G. *et al.* (a cura di), *Idee di lavoro e di ozio per la nostra civiltà*. Firenze: Firenze University Press, 733 ss.
- Dalla Costa M.R., James S. (1972). *Potere femminile e sovversione sociale*. Verona: Ombre Corte.
- Davies A. (2018). *Donne, razza e classe*. Roma: Edizioni Alegre.

⁶² Cfr. i documenti a questo indirizzo: www.care4care.net/wp-reports-results/.

- Del Boca D., Oggero N., Profeta P., Rossi M.C. (2021). *Lo smart working non ha cambiato i ruoli in famiglia*. Testo disponibile su: www.ingenere.it/articoli/lo-smart-working-non-ha-cambiato-i-ruoli-famiglia (ultima consultazione: 23.6.2025).
- Del Punta R. (2021). Minimal remarks on the concept of work. In: Chiaromonte W., Vallauri M.L. (a cura di), *Trasformazioni, valori e regole del lavoro. Scritti scelti sul diritto del lavoro*. Firenze: Firenze University Press, 2024.
- Eurofound (2020). *Long-term Care Workforce: Employment and working conditions*.
- Faraco C., Paternò M.P. (a cura di) (2021). *Cura e cittadinanza. Storia, filosofia, diritto*. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Fazio G. (2024). Il lavoro di cura alla base della riproduzione della società. La prospettiva critica femminista di Nancy Fraser. In: Mari G. et al. (a cura di), *Idee di lavoro e di ozio per la nostra civiltà*. Firenze: Firenze University Press, 1079 ss.
- Federici S. (1976). *Salario contro il lavoro domestico*. Padova: Comitato per il lavoro al salario domestico.
- Fineman M.A. (2008). The Vulnerable Subject. Anchoring equality in the human condition. *YJLF*, 1: 1 ss.
- Fineman M.A. (2010). Il soggetto vulnerabile e lo Stato responsabile. In: Bernardini M.G., Casalini B., Giolo O., Re L. (a cura di), *Vulnerabilità: etica, politica, diritto*. Roma: IF Press, 141.
- Fragnito M., Tola M. (a cura di) (2021). *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*. Napoli-Salerno: Orthotes.
- Fraser N. (2013). *Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. New York-London: Verso Books.
- Fraser N. (2016). *Crisis of Care? On the Social-Reproductive Contradictions of Contemporary Capitalism*. Trad. it. Milano-Udine: Mimesis, 2017.
- Fraser N., Honnet A. (2003). *Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch-philosophische Kontroverse*. Trad. it. Roma: Melteni, 2007.
- Fudge J. (2016). Global Care Chains: Transnational Migrant Care Workers. In: Romero M., Preston V., Giles W. (eds.), *When Care Work Goes Global Locating the Social Relations of Domestic Work*. London: Routledge.
- Gilligan C. (1982). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Giolo O. (2020). Il virus, il genere, la cura: una rivoluzione ai tempi del COVID-19? *BLJ*.
- Goodin R. (1985). *Protecting Vulnerable. A Reanalysis of Our Social responsibilities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Greco T. (2023). *Curare il mondo con Simone Weil*. Roma-Bari: Laterza.
- Hayes L.J.B. (2017). *Stories of Care: A Labour of Law*. London: Palgrave.
- Hein C., Cassirer N. (2010). *Workplace solutions for childcare*. Ginevra: ILO.
- Held V. (1987). Non contractual Society. In: Hanen M., Nielsen K. (eds.), *Science, Morality and Feminist Theory*. Calgary: University of Calgary Press, 111 ss.
- Hermann C., Flecker J. (eds.) (2012). *Privatization of public services: Impacts for employment, working conditions, and service quality in Europe*. New York-London: Routledge.
- Honnet A. (2020). Democrazia e divisione sociale del lavoro. In: Honnet A., Sennet R., Supiot A. (a cura di), *Perché Lavoro? Narrative e diritti per lavoratrici e lavoratori del XXI secolo*. Milano: Feltrinelli, 81 ss.
- Honnet A. (2023). *Der arbeitende Souverän. Eine normative Theorie der Arbeit*. Trad. it. Bologna: il Mulino, 2025.
- Ilo (2018). *Care work and Care jobs for the future of decent work*. Testo disponibile su: www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work (ultima consultazione: 23.6.2025).

- Istat (2018). *Rapporto annuale 2018*. Testo disponibile su: www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf (ultima consultazione: 23.6.2025).
- Istat (2024). *Indicatori demografici 2024*. Testo disponibile su: www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024/ (ultima consultazione: 23.6.2025).
- Jaffe A. (2020). *Social Reproduction Theory and the Socialist Horizon. Work, Power, Ideas*. Upper Saddle River: Wharton Press.
- Jonas H. (1979). *Das Prinzip Verantwortung*. Tr. it. Torino: Einaudi, 1990.
- Kittay E.F. (1999). *Love's Labor. Essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge.
- Laugier S. (2010). Le care comme changement de paradigm en éthique. In: Nurock V. (ed.), *Carol Gilligan e l'ethique du care*. Parigi: PUF.
- Lenaerts K., Habraken M., Gillis D., Vangeel N., Thi L. (2024). *Digital Platform Work in the Health and Social Care Sector: Implications for Occupational Safety and Health*. European Agency for Safety and Health at Work.
- Mantouvalou V. (2015). "Am I Free Now?" Overseas Domestic Workers in Slavery. *JLS*, 42(3): 329 ss.
- Mari G. (2019). *Libertà nel lavoro. La sfida della rivoluzione digitale*. Bologna: il Mulino.
- Mèlich J.C. (2024). *La condició vulnerable*. Milano: il Saggiatore.
- Molinier P. (2013). *Le travail du care*. Trad. it. Bergamo: Moretti&Vitali, 2019.
- Mortari L. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Novella M. (2022). *Impresa*. In: Novella M., Tullini P. (a cura di), *Lavoro digitale*. Torino: Giappichelli, 5 ss.
- Nussbaum M. (2003). *Capacità personale e democrazia sociale*. Reggio Emilia: Diabasis.
- Pavlou V. (2021). *Migrant Domestic Workers in Europe: Law and the Construction of Vulnerability*. Oxford-New York: Hart Publishing.
- Pescarolo A. (2019). *Il lavoro delle donne nell'età contemporanea*. Roma: Viella.
- Picketty T., Sandel M.J. (2025). *Equality. What It Means anche Why It Matter*. Trad. it. Milano: Feltrinelli, 2025.
- Pulcini E. (2009). *La cura del mondo*. Torino: Bollati e Boringhieri.
- Pulcini E. (2020). *Tra cura e giustizia*. Torino: Bollati e Boringhieri.
- Ravalier J.M., Fidalgo A.R., Morton R., Russell L. (2020). The influence of zero-hours contracts on care worker well-being. *OM*, 67: 344 ss.
- Re L. (2019). Vulnerabilità e cura nell'orizzonte dello Stato costituzionale di diritto. *Politeia*: 183 ss.
- Re L. (2020). *Democrazie vulnerabili. L'Europa dall'identità alla cura*. Pisa: Pacini Giuridica.
- Rottemberg C. (2018). *The rise of neoliberal femminism*. Trad. it. Verona: Ombre corte, 2020.
- Rousseau J.J. (1997). *Emilio o dell'educazione*. Milano: Mondadori.
- Sciurba A. (2015). *La cura servile, la cura che serve*. Pisa: Pacini.
- Santana I.R., Montes M.A., Chalkley M., Jacobs R., Kowalski T., Suter J. (2020). The impact of extending nurse working hours on staff sickness absence: Evidence from a large mental health hospital in England. *IJNS*: 112 ss.
- Scott J.W. (1991). La femme au travail au XIXe siècle. In: Duby G., Perrot M., dir., *Histoire des femmes. Tome IV. XIXe siècle*. Trad. it. Roma-Bari: Laterza, 1995.
- Søvold L.E., Naslund J.A., Kousoulis A.A., Saxena S., Qoronfle M.W., Grobler C., Münter L. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *FPH*.
- SPC, DG EMPL (2021). *Long-term care report*.
- The Care Collective (2020). *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*. Trad. it. Roma: Edizioni Alegre, 2021.

- Trojanski A. (2000). *Towards the Uberisation of care?* Luxemburg: European Economic and Social Committee, Workers' Group Research Report.
- Tronto J. (1993). *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Tronto J. (2013). *Caring democracy. Markets, Equality and Justice*. New York-London: New York University Press.
- Uphoff E.P., Lombardo C., Johnston G., Weeks L., Rodgers M., Dawson S., Churchill R. (2021). Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the Covid-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PLOS One*, 16(8).
- Vanni P., Monaco Gorni M.E. (a cura di) (2019). *Le infermiere volontarie e la Grande guerra*. Milano: FrancoAngeli.
- Vogel L. (1983). *Marxism and the Oppression of Women: Towards a Unity Theory*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Von der Leyen U. (2021). *State of the Union speech*. 15.9.2021.
- Weil S., Bousquet J. (1994). *Corrispondenza*. Milano: SE.