

Tra unità e frammentazione: approcci giuridici e di dialogo sociale al *care sector*

di Michele Mazzetti*

Ricevuto il 16.6.2025 – Accettato il 4.7.2025

Riassunto. Il contributo analizza lo sviluppo della nozione di *care sector* nell'ordinamento dell'Unione europea, evidenziandone la crescente rilevanza per la coesione sociale, la parità di genere, lo sviluppo economico e l'innovazione del *welfare*. Attraverso un approccio combinato – analisi *top-down* delle fonti giuridiche (1998-2025) e indagine *bottom-up* sul dialogo sociale europeo – il saggio evidenzia l'emersione di una concezione funzionale e integrata del *care sector*, priva tuttavia di una definizione giuridica uniforme e vincolante. L'analisi dei meccanismi di dialogo sociale settoriale rivela una frammentazione strutturale, che ostacola una rappresentanza coerente. Il saggio riflette, infine, sugli interventi normativi per il pieno riconoscimento giuridico e la riforma della *governance* europea del settore.

Parole chiave: *Care sector*; Sanità; Dialogo sociale; Diritti dei lavoratori; UE; *long-term care strategy*.

Abstract. Between unity and fragmentation: legal and social dialogue approaches to the care sector. This essay analyses the development of the notion of the care sector within the legal framework of the European Union, highlighting its growing relevance for social cohesion, gender equality, economic development, and welfare innovation. Through a combined approach – a top-down analysis of EU legal sources (1998-2025) and a bottom-up investigation of European social dialogue – this paper traces the emergence of a functional and integrated conception of the care sector, which nonetheless still lacks a uniform and legally binding definition. The analysis of sectoral social dialogue mechanisms reveals a structural fragmentation that impedes coherent representation. The essay concludes by reflecting on normative reforms aimed at the full legal recognition and enhanced governance of the sector at EU level.

Keywords: Care sector; Healthcare; Social dialogue; Labour rights; EU; Long-term 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>

* Assegnista di ricerca di Diritto del lavoro presso il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Firenze, Via della Pandette 35, 50127 Firenze. E-mail: michele.mazzetti@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).

1. Introduzione e metodologia. 2. Primo movimento: il quadro normativo dell'Unione europea. 3. Secondo movimento: il dialogo sociale dell'Unione europea. 4. Conclusioni.

1. La cura costituisce un elemento strutturale e imprescindibile della convivenza civile, strettamente connesso alla vulnerabilità e alla dipendenza che caratterizzano l'intero arco della vita. Ogni individuo sperimenta il bisogno di assistenza, sia come destinatario sia come prestatore, a titolo gratuito o professionale. Essa incide sul benessere personale, l'inclusione sociale, la coesione intergenerazionale, la parità di genere e la sostenibilità dei sistemi di *welfare*¹.

La definizione giuridica del concetto di «cura» risulta, però, problematica. Seguendo la letteratura esistente, è possibile qualificarla come l'insieme delle attività – formali e informali – finalizzate a garantire il benessere fisico, psichico ed emotivo delle persone che, in ragione di condizioni transitorie o permanenti, non sono in grado di provvedere autonomamente a se stesse. Tale nozione si estende, con approccio fondato sul ciclo di vita, sia all'assistenza all'infanzia sia all'assistenza a lungo termine, includendo altresì il sostegno a soggetti con disabilità² o esigenze specifiche³.

L'Organizzazione internazionale del lavoro (Oil) distingue tra «cura diretta», che implica un'interazione personale e immediata con l'assistito (es. alimentazione, supporto alla mobilità, ecc.), e «cura indiretta», che concerne compiti strumentali a garantire un ambiente di vita dignitoso (es. pulizie, preparazione dei pasti, ecc.)⁴. Entrambe le dimensioni si sviluppano in contesti familiari e istituzionali e pongono al centro una relazione interpersonale, di natura giuridica o meno⁵.

A seconda del rapporto tra prestatore e beneficiario, la cura può configurarsi come scambio economico, per vero sempre piuttosto contenuto⁶. In tal caso, la prestazione è monetizzabile e soggetta a regolazione giuslavoristica e contrattuale, con

¹ Oil, 2018, 6.

² La qualificazione proposta del concetto di «cura» ha una portata generale e non affronta in modo specifico la dimensione della disabilità, né le relative implicazioni in termini di professionalizzazione del lavoro di cura. Tale scelta riflette i limiti tematici di questo contributo, che si concentra prevalentemente sul lavoro di cura formale e sulla sua collocazione nel dialogo sociale europeo. Si segnala, tuttavia, come il tema della cura in relazione alla disabilità assuma una rilevanza autonoma, anche alla luce dell'evoluzione del paradigma internazionale fondato sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che promuove un approccio basato sui diritti umani, sulla partecipazione e sull'autodeterminazione delle persone con disabilità, incidendo profondamente sia sulla nozione stessa di cura sia sulle modalità della sua erogazione.

³ Riflettono sul significato di lavoro di cura, fra gli altri, Seltzer, 1992; Kahana, Biegel, Wykle, 1994; Daly, 2001; Silverstein, Giarrusso, 2010; Razavi, 2013; Thorning, Dixon, 2016. Sulla qualificazione giuridica di questo lavoro cfr. Casano, 2022, 4 ss., mentre per una lettura interdisciplinare v. Vallauri, 2025. Si vedano anche i contributi raccolti in Guastaferro, Tebano, 2022.

⁴ Duffy, 2011.

⁵ Jochimsen, 2003; Razavi, 2007; Duffy, 2011; analizza la dimensione di genere del lavoro di cura nell'ambito familiare Zilli, 2022.

⁶ In letteratura v., fra gli altri, Hartzen, 2022; Rönmar, 2024, 19-20.

effetti contributivi e previdenziali. Tuttavia, una parte rilevante del lavoro di cura si svolge fuori dall'economia formalizzata: è il cosiddetto lavoro informale, privo di riconoscimento giuridico ma cruciale per il funzionamento dell'assistenza.

Accanto alle problematiche tipiche del lavoro formale – segregazione di genere, presenza di migranti, contratti atipici, bassi salari, *part-time* involontario⁷ – il lavoro informale, spesso svolto da *caregiver* familiari o lavoratrici migranti irregolari, presenta ulteriori vulnerabilità: assenza di tutele, formazione carente, precarietà giuridica, isolamento sociale e carichi emotivi invisibili⁸. Nonostante la difficile qualificazione giuridica, la rilevanza del lavoro di cura informale è ampiamente riconosciuta a livello scientifico e istituzionale. Non a caso con lo scoppio della pandemia di Covid-19, l'Unione europea ha progressivamente sviluppato una nozione funzionale di *care sector*, comprensiva delle attività di assistenza erogate nel quadro sia dell'economia formale, sia di quella informale. Tuttavia, permane l'assenza di una definizione giuridica univoca e vincolante, elemento che si traduce in una frammentazione delle politiche e in un'applicazione disomogenea dei diritti.

La Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili n. 2022/C 476/01 (Raccomandazione 2022/C 476/01), la Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022 in materia di educazione e cura della prima infanzia: obiettivi di Barcellona per il 2030 n. 2022/C 484/01 (Raccomandazione 2022/C 484/01) insieme alla Comunicazione sulla strategia europea per l'assistenza (*European Care Strategy*) insistono sull'importanza di servizi di cura accessibili e sostenibili, e sul miglioramento delle condizioni lavorative di *caregiver* formali e informali tramite formazione, conciliazione vita-lavoro e protezione sociale⁹. Tali iniziative in materia di cura trovano fondamento, oltre che nei trattati, nei Principi 17 e 18 del Pilastro europeo dei diritti sociali del 2017 (EPSR) e trovano ulteriore legittimazione nella Dichiarazione della Hulpe del 2024. Sebbene si tratti di atti di *soft law*, essi orientano in maniera significativa il diritto derivato e la *governance* multilivello delle politiche sociali.

È in tale contesto che si colloca il progetto *CARE4CARE – We Care for Those Who Care*, finanziato dalla Commissione europea nell'ambito del programma *Horizon Europe*, i cui studi rappresentano un riferimento essenziale per il presente contributo¹⁰. Il progetto, pur occupandosi in via esclusiva del lavoro formale, riconosce esplicitamente le difficoltà giuridiche connesse alla definizione e alla regolazione del lavoro informale, e nondimeno ne valorizza la centralità sistemica. Attraverso un approccio comparato e multidisciplinare, *CARE4CARE* analizza le condizioni di vulnerabilità dei lavoratori del settore e propone strumenti innovativi per colmare le lacune conoscitive e normative.

Il *Policy paper* del progetto *CARE4CARE* propone, tra l'altro, una presunzione semplice di subordinazione per lavoratori domestici e assistenti familiari, ispirata alla direttiva 2024/1235/UE sui lavoratori delle piattaforme digitali, per far emerge-

⁷ Sul tema delle criticità nel settore di cura v. Camas Roda, Cano Redondo, Molina García, Saez Zafra, Juvinyà Canal, Barceló Rado, Mazzetti, 2024; Rönnmar, 2024.

⁸ Rönnmar, 2024, 25-27.

⁹ Commissione europea, 2022b.

¹⁰ www.care4care.net/. Per un'introduzione al progetto cfr. Vallauri, 2025.

re rapporti di lavoro subordinato occultati e garantire l'applicazione del diritto del lavoro, incluse tutele retributive e previdenziali¹¹.

Tuttavia, come si è pocanzi accennato, la mancanza di una definizione giuridica unitaria di *care sector* impedisce l'adozione di strategie regolatorie coerenti e, soprattutto, limita le potenzialità del dialogo sociale. Questo settore, spesso evocato in termini unitari, si rivela nella prassi frammentato, regolato da fonti eterogenee e operante su base disaggregata, con gravi ricadute sui diritti dei lavoratori e sull'effettività delle tutele.

Da tali premesse muove la questione centrale del presente contributo: il diritto dell'Unione ha elaborato un referente concettuale unitario per il *care sector*, suscettibile di costituire parametro normativo per gli atti giuridici e le politiche sociali? O si limita a un approccio disaggregato e settoriale, fondato su principi generali e definizioni funzionali? E, in ambito di dialogo sociale, quale impostazione interpretativa prevale e con quali riflessi sul piano delle relazioni collettive e della contrattazione settoriale?

Per rispondere, il saggio adotta una metodologia bifasica: la prima parte, di taglio *top-down*, ricostruisce l'evoluzione semantico-giuridica del concetto di cura nel diritto dell'Unione europea, mediante l'analisi sistematica delle fonti normative, giurisprudenziali e documentali prodotte tra il 1998 e il 2025¹², con particolare riferimento ai database EUR-Lex e CURIA. La seconda parte, con approccio *bottom-up*, indaga il ruolo del *care sector* nel dialogo sociale europeo, esaminando la sua rappresentazione nei comitati settoriali e le implicazioni giuridiche derivanti da una definizione unitaria o disaggregata.

L'obiettivo è duplice: da un lato, valutare l'incidenza giuridica e politica di una visione unitaria o settorializzata della cura; dall'altro, formulare proposte normative idonee a coniugare i principi fondamentali del diritto dell'Unione con le esigenze strutturali e materiali del settore.

2. Il quadro giuridico relativo alla «cura» nell'ordinamento dell'UE presenta una struttura complessa, articolata attraverso norme di *soft* e *hard law* che interagiscono e si integrano reciprocamente, secondo una dinamica ormai consolidata nel diritto dell'Unione. Dal punto di vista delle competenze giuridiche, la base normativa può essere individuata in un combinato disposto degli artt. 151-155 (politica sociale), 168 (salute) e 19 (uguaglianza) del TFUE. Nessuno di questi articoli, considerato isolatamente, conferisce all'Unione una competenza esclusiva in materia di «cura». Tuttavia, la loro combinazione, pur nel rispetto delle rispettive procedure legislative e nei limiti complessivi imposti dal principio di attribuzione, consente all'UE di intervenire in modo significativo in questo ambito.

¹¹ Il *Policy paper* elaborato nell'ambito del progetto CARE4CARE (www.care4care.net/wp-content/uploads/2025/04/Care4Care-Policy-Paper.pdf) a p. 19 richiama espressamente la presunzione di subordinazione, secondo il modello della direttiva 2024/1235/UE sui lavoratori delle piattaforme digitali.

¹² Il periodo di riferimento è stato individuato sulla base di un'analisi storica che ha ricostruito l'emersione del concetto di *care sector* nell'ambito del diritto dell'Unione primario e derivato, nonché degli atti di *soft law* con un taglio prevalentemente pratico.

In termini di strumenti giuridici, il primo riferimento esplicito alla “cura” come insieme organico di servizi si rintraccia nell’*Interim report on the implementation of the medium-term Community action programme on equal opportunities for men and women (1996 to 2000)*, pubblicato nel 1998. Il rapporto ricostruisce lo studio conclusosi nel giugno 1997 sulla «conciliazione di lavoro e famiglia per gli uomini e le donne. Lo studio si occupa della qualità dei servizi di assistenza, pone l’accento sulla flessibilità del lavoro come mezzo di conciliazione fra la vita professionale e quella familiare, e comprende un’analisi del rischio potenziale di un aumento della precarietà del lavoro femminile»¹³. *Ictu oculi*, emergono alcuni profili che torneranno, ossia il ruolo dei servizi di cura per migliorare la conciliazione vita-lavoro, il potenziale precarizzante e lo scarso valore economico associato a questo lavoro e, in filigrana, la questione del lavoro femminile.

Nell’ambito della tutela dei lavoratori della cura, un rilievo particolare assume l’apparato normativo dell’Unione europea in materia di parità di trattamento, articolato principalmente nella direttiva 2000/43/CE, relativa all’attuazione del principio della parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza o dall’origine etnica, e nella direttiva 2006/54/CE, che istituisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro senza distinzioni di sesso. Tali direttive, introducendo obblighi cogenti per prevenire e contrastare le discriminazioni, rivestono un’importanza cruciale anche nel settore della cura, dove le discriminazioni intersezionali rappresentano una problematica strutturale e persistente¹⁴.

Contestualmente, nel 2004 la Commissione europea rilancia il tema della cura attraverso due atti di indirizzo complementari: lo *e-Health – Making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*, che delinea strategie per il potenziamento e l’innovazione dell’assistenza sanitaria, nonché il *First Annual Report on Migration and Integration*, che documenta l’aumento della presenza dei migranti nei servizi alla persona¹⁵. Questi documenti fanno emergere con chiarezza un nuovo profilo concettuale: l’assistenza sanitaria non è più vista soltanto come ambito specialistico, ma come componente integrante della nozione di «cura». Questo comporta l’emersione di un più ampio *care sector*, in cui il diritto alla salute si coniuga con i servizi di assistenza alla persona, sancendo il carattere trasversale e intersettoriale di entrambe le dimensioni.

Il tema del lavoro femminile e la sua stretta correlazione con la cura riemerge nel Rapporto del 2007 sulla parità di genere nel quale la Commissione informa i legislatori circa lo stato di avanzamento delle politiche per l’uguaglianza e sottolinea in plurime situazioni come il lavoro di cura familiare gravi sulle donne che si trovano anche svantaggiate qualora svolgano una professione legata ai servizi di assistenza sanitaria o sociale con condizioni di segregazione e disuguaglianza di genere¹⁶.

L’anno successivo, il Comitato economico e sociale europeo adotta un parere

¹³ Commissione delle Comunità europee, 1998, 13.

¹⁴ Sul tema delle discriminazioni nel settore di cura v. Camas Roda, Cano Redondo, Molina García, Saez Zafra, Juvinyà Canal, Barceló Rado, Mazzetti 2024.

¹⁵ Commissione europea, 2004a; 2004b.

¹⁶ Commissione europea, 2007.

esplorativo intitolato «Garantire l'accesso universale alle cure di lunga durata e la sostenibilità finanziaria dei sistemi di cura per gli anziani»¹⁷. Il documento anticipa già molte delle conclusioni poi recepite nella *European Care Strategy* del 2022: da un lato, ribadisce l'obiettivo di assicurare alle persone anziane un'esistenza dignitosa attraverso un «universal access to high-quality care»; dall'altro, propone di rafforzare i meccanismi di finanziamento, di definire un modello organico di *care services* e di elevare gli *standard* professionali dei *care workers*, riconoscendo così la centralità di questi professionisti e la necessità di condizioni di lavoro qualitativamente adeguate. Questa riflessione permette di rafforzare il concetto appena emerso di *care sector* dandogli anche un substrato organico legato non solo ai servizi, ma anche ai lavoratori.

Nonostante il tema della cura stesse acquisendo un ruolo nel dibattito politico, seppur in modo disorganico e poco coerente, ciò non ha determinato una sua trasposizione giuridica. In effetti, la direttiva 2011/24/UE sull'applicazione dei diritti dei pazienti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera non contempla definizioni organiche di *care sector*, né disposizioni specifiche relative al lavoro di cura, né ai diritti dei lavoratori. Il testo si limita a rinviare a normative di settore che riconoscono diritti ai lavoratori subordinati, come, per esempio, la tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Fra il 2011 e il 2015 il tema del lavoro di cura e dei lavoratori di questo settore permane assente nel dibattito politico; qualche accenno si trova nei verbali delle domande a risposta scritta del Parlamento europeo¹⁸, senza che ciò apporti particolare contributo a questa analisi.

Un passaggio cruciale nella costruzione di una politica dell'Unione europea in materia di «cura» è rappresentato dalla proclamazione dell'EPSR nel 2017. Sebbene si tratti di uno strumento di *soft law*, l'EPSR ha prodotto effetti significativi sul quadro normativo dell'UE, orientando la legislazione e l'allocatione dei fondi europei, in particolare attraverso il Semestre europeo e i meccanismi di investimento sociale. Tra i venti principi che lo compongono, tre risultano particolarmente rilevanti per le politiche di cura: il Principio n. 9, che promuove una distribuzione più equa delle responsabilità di cura tra uomini e donne e sostiene un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata; il Principio n. 11, che sancisce il diritto dei bambini a servizi di educazione e assistenza precoce accessibili, inclusivi e a costi sostenibili; il Principio n. 18, che riconosce il diritto a servizi di assistenza a lungo termine (*long-term care*) accessibili, di qualità e a prezzi sostenibili. L'integrazione di questi principi ha ridefinito l'approccio dell'UE alle politiche di «cura», stimolando un significativo intervento normativo da parte del legislatore europeo¹⁹.

Con lo scoppio della pandemia di Covid-19, la «cura» diventa centrale nell'azione dell'UE. Nel 2020, la Commissione e il Consiglio adottano misure per potenziare risorse finanziarie, mobilitare personale sociosanitario e rafforzare le strutture sanitarie

¹⁷ Comitato economico e sociale dell'UE, 2008.

¹⁸ Sul punto è infatti opportuno sottolineare che le domande a risposta scritta presentate e le rispettive repliche concernono aspetti della direttiva 2011/24/UE che non fanno riferimento specifico ai lavoratori del settore oggetto di studio; cfr. Parlamento europeo, 2014, 145.

¹⁹ Commissione europea, 2017.

e di assistenza a lungo termine²⁰. Alla fine dell'anno, l'attenzione si sposta su strategie di medio-lungo periodo. Il *Joint Employment Report* del novembre 2020 segnala, con prospettiva di genere, il rischio di un aumento della precarietà per le donne, ancora sovraccaricate dal lavoro di cura, e l'impatto della crisi sul settore assistenziale, prevalentemente femminile. La Commissione sottolinea che migliorare la partecipazione femminile al mercato del lavoro richiede investimenti nei servizi di cura e politiche di conciliazione²¹ e che la pandemia ha messo in evidenza le carenze nel personale sanitario e la necessità di migliorare le condizioni di lavoro²². In questo contesto prende forma una concezione di *care* – e, per estensione, di *care sector* – che integra l'erogazione di servizi alla persona, la qualità delle prestazioni, le modalità di finanziamento, il riconoscimento del ruolo centrale delle donne e l'interdipendenza tra diritto alla salute e protezione sociale. Ne deriva l'idea di un settore che necessita di politiche strutturali e integrate, in grado di rispondere in modo sistemico alle sue molteplici dimensioni.

Nel 2021 il Comitato europeo delle regioni, con il parere *Future plan for care workers and care services*, rilancia il dibattito sul *care sector* fornendo una definizione funzionale che si articola su quattro pilastri. Innanzitutto, l'oggetto degli interventi: persone non autosufficienti – anziani, disabili e soggetti con bisogni assistenziali specifici – per le quali si sottolinea la promozione dell'autonomia individuale, la centralità della cura domiciliare e l'inclusione sociale. In secondo luogo, le modalità di erogazione, suddivise in una componente formale, affidata a professionisti sanitari e sociali, e in una componente informale, costituita dal lavoro di cura non retribuito svolto in ambito familiare, prevalentemente da donne. Terzo elemento sono gli attori: accanto alle lavoratrici e ai lavoratori della cura – con forte presenza femminile e migrante – si riconosce il fondamentale contributo dei familiari che garantiscono prestazioni non remunerate. Infine, le dimensioni economiche e sociali: il parere qualifica il *care sector* come leva strategica per la coesione territoriale e lo sviluppo delle aree rurali e svantaggiate, in ragione della sua capacità di generare occupazione e di offrire risposte integrate a esigenze sociali complesse. A tal fine, il Comitato invita a investimenti pubblici adeguati e a un approccio politico integrato che colleghi il sistema sanitario, i servizi sociali e le politiche di inclusione. Il *care sector* emerge come un insieme di servizi, formali e informali, erogati in contesti domestici e comunitari, che spaziano dall'assistenza quotidiana alla promozione della partecipazione sociale, rappresentando un pilastro indispensabile per la coesione sociale e lo sviluppo economico locale²³.

²⁰ In questo senso la Proposta e poi il Regolamento «*Coronavirus Response Investment Initiative*» del marzo 2020 sono i due principali esempi delle prime azioni intraprese dall'UE per rafforzare e supportare i sistemi sanitari e assistenziali degli Stati membri in difficoltà, cfr. Commissione europea, 2020b; Regulation (EU) 2020/460 of the European Parliament and of the Council of 30 March 2020 amending Regulations (EU) No 1301/2013, (EU) No 1303/2013 and (EU) No 508/2014 as regards specific measures to mobilise investments in the healthcare systems of Member States and in other sectors of their economies in response to the COVID-19 outbreak (Coronavirus Response Investment Initiative).

²¹ Commissione europea, 2020a, 7.

²² Commissione europea, 2020a, 18.

²³ Comitato delle Regioni, 2021.

L'anno di svolta è il 2022, quando la Commissione europea e i co-legislatori adottano una serie di atti finalizzati alla valorizzazione e al rafforzamento del settore della cura. In particolar modo, sulla scorta degli indirizzi politici contenuti nella *European Care Strategy*, sono adottate, l'8 dicembre 2022, la Raccomandazione 2022/C 476/01 e la Raccomandazione 2022/C 484/01. Questi tre atti, sebbene privi di efficacia vincolante, hanno contribuito a definire un quadro normativo e programmatico coerente, volto a promuovere un sistema integrato di servizi di cura orientati al benessere fisico, psicologico ed emotivo delle persone in condizione di bisogno, lungo l'intero arco della vita.

Nessuno di questi ultimi tre strumenti, tuttavia, definisce in modo esplicito il *care sector*, anche se nella *European Care Strategy* la locuzione ricorre ben trentasei volte, sottolineandone il ruolo chiave²⁴. Nonostante questa reticenza definitoria, l'analisi della rete semantica consente di desumere una definizione operativa e funzionale del *care sector*²⁵. Infatti, la nozione di *care sector* si sviluppa attorno a una duplice dimensione: da un lato, il suo valore essenziale per la società (*vital*), dall'altro, le sfide strutturali che lo caratterizzano. In particolare, il settore è spesso associato a opportunità di crescita e miglioramento (*opportunities, improving*), ma anche a vulnerabilità che ne mettono alla prova la *resilience*. Inoltre, esso è caratterizzato da un'elevata incidenza di lavoro a tempo parziale (*part-time*), bassi salari (*low wages*) e condizioni di lavoro difficili (*difficult working conditions*), riflettendo una storica segregazione di genere (*gender-segregated sector*). Allo stesso tempo, il *care sector* si colloca all'intersezione tra salute (*health*) e *welfare*, comprendendo sia il lavoro formale che l'assistenza informale (*informal care*). La dimensione collettiva e istituzionale è evidenziata dal riferimento al dialogo sociale (*social dialogue*) e al coinvolgimento sociale (*social involvement*), sottolineando il ruolo delle politiche pubbliche e della contrattazione collettiva nel migliorare le condizioni del settore.

Questa interpretazione conduce a una nozione di *care sector* inteso come insieme di attività formali e informali di assistenza a persone non autosufficienti, disabili, anziane o in stato di bisogno, incluse le cure sanitarie e socioassistenziali, svolte in ambito professionale o familiare.

Dal 2024 la strategia delle istituzioni europee è quella di rafforzare i requisiti minimi di formazione per le professioni infermieristiche in una logica di armonizzazione e mutuo riconoscimento dei titoli attraverso una direttiva a ciò delegata²⁶ e di promuovere la riflessione, attraverso un parere del Comitato economico e sociale europeo, circa le trasformazioni industriali del settore sanitario di fronte al moltiplicarsi delle crisi²⁷. Questi atti segnano, in una certa misura, un tentativo di dare seguito alle riflessioni e strategie elaborate soprattutto nel biennio 2021-2022, nell'attesa

²⁴ Commissione europea, 2022a.

²⁵ Commissione europea, 2022a, 3, 9-16, 18, 20, 23.

²⁶ Direttiva delegata 2024/782/UE della Commissione del 4.3.2024 che modifica la direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i requisiti minimi di formazione per le professioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale, dentista e farmacista.

²⁷ Comitato economico e sociale europeo, 2024.

e nel monitoraggio delle attività nazionali per l'attuazione delle Raccomandazioni 2022/C 476/01 e 2022/C 484/01.

A sostegno delle iniziative delle istituzioni europee nel settore della cura interviene anche la *La Hulpe Declaration*, adottata nel 2024, che riconosce il ruolo cruciale dei servizi di assistenza nel garantire la resilienza e il benessere delle società europee. La dichiarazione rappresenta un appello all'azione, evidenziando l'urgenza di rafforzare i sistemi di cura in tutta l'UE e affermando che il lavoro di assistenza, spesso sottovalutato e mal retribuito, deve essere riconosciuto come un pilastro fondamentale del modello sociale europeo.

L'esame degli atti normativi evidenzia che l'Unione dispone ormai di una definizione funzionale di *care sector*, inteso come l'insieme delle attività – formali e informali – finalizzate a garantire assistenza e supporto a persone vulnerabili (anziani, disabili, individui con bisogni specifici). D'altro canto, ancora manca una definizione normativa unitaria di questo settore, che sarebbe utile a definire meglio l'ambito del dialogo sociale e a rafforzare le politiche eurounitarie in materia.

3. Come evidenziato pocanzi, l'Unione europea adotta un approccio tendenzialmente unitario al *care sector*, desumibile da una definizione funzionale ricavabile da diversi atti e strumenti del diritto eurounitario. Tuttavia, manca ancora una definizione normativa univoca e vincolante, la cui introduzione potrebbe rafforzare la coerenza delle politiche europee e circoscrivere con maggiore chiarezza l'ambito del dialogo sociale.

In questa prospettiva, il dialogo sociale europeo si configura come lo strumento più idoneo a fungere da indicatore dell'efficacia del modello sociale europeo, intrecciando profili normativi e dinamiche industriali. Esso consente di far emergere eventuali discrasie tra quadro generale e prassi applicative, nonché di valutare quale dimensione – teorica o operativa – si riveli più efficace sul piano giuridico.

Il dialogo sociale rappresenta uno degli strumenti centrali attraverso cui l'Unione europea dà forma alla propria politica sociale e del lavoro²⁸, come sancito dagli articoli 151-155 TFUE. Introdotto formalmente con l'Atto unico europeo del 1986 e consolidato grazie all'Accordo sulla politica sociale del 1991 esso si è evoluto nel tempo in un meccanismo concertativo strutturato. A sancirne l'operatività concreta è intervenuta, tra gli altri strumenti, la Decisione della Commissione 98/500/CE, che ha istituito i comitati settoriali di dialogo sociale e ne ha disciplinato il funzionamento²⁹.

Questi comitati costituiscono sedi di confronto istituzionalizzato tra parti sociali, contribuendo allo sviluppo di politiche settoriali e alla costruzione di una dimensione regolativa sovranazionale³⁰. Tuttavia, i settori nei quali si articola il dialogo socia-

²⁸ Per una ricostruzione attenta e completa di questo istituto e della sua storia si rinvia, fra gli altri, a Guarriello, 1992; Lo Faro, 1993; 1999; Nunin, 2001; Guarriello, 2004; Lo Faro, 2007; Milman-Sivan, 2009; Bechter, Brandl, Prosser, 2017; Guarriello, 2022a; 2022b.

²⁹ Lyon-Caen, Lyon-Caen, 1991, 298; Tizzano, 1998; Varsori, 2006, 33; Eurofound, 2009, 5; Fiorillo, 2009; Del Frate, 2021, 13-19, 289 ss.; Roccella, Treu, Aimo, Izzi, 2023, 509 ss.

³⁰ Una riflessione sul ruolo della democrazia partecipativa e sull'istituzione di comitati di dialogo sociale già nel Trattato costituzionale europeo si trova in Obradovic, 2005.

le europeo continuano a riflettere, in larga misura, le configurazioni proprie dei modelli nazionali. Ciò dipende direttamente dalle modalità di costituzione dei comitati settoriali, che avviene su iniziativa delle parti sociali e rispecchia, di conseguenza, le dinamiche organizzative e le priorità presenti nei diversi contesti statali.

Il dialogo sociale europeo si muove così su un piano multilivello, decentrato rispetto ai tradizionali processi legislativi dell'Unione. In questo contesto, gli accordi quadro raggiunti tra le parti sociali assumono particolare rilievo: si pensi, ad esempio, all'Accordo quadro sui congedi, attuato dalla Direttiva 2019/1158/UE, che ha introdotto norme vincolanti sui congedi parentali, o all'Accordo quadro sullo stress lavoro-correlato del 2004, che ha affrontato un tema trasversale a numerosi settori, con ricadute significative anche sul lavoro di cura. Questi strumenti dimostrano la capacità del dialogo sociale di incidere direttamente sulle condizioni di lavoro, promuovendo tutele in settori caratterizzati da forte esposizione a rischi psicosociali e da squilibri di genere.

In tale contesto, non sorprende che i comitati non riflettano l'approccio unitario promosso a livello normativo, ma si presentino secondo una configurazione disarticolata e settoriale. Tale impostazione risulta incompleta – poiché manca un comitato specificamente deputato a trattare i servizi domestici e di cura alla persona e alla famiglia – e frammentaria, giacché le materie afferenti al lavoro di cura risultano ripartite tra più comitati, definiti secondo criteri funzionali nazionali.

I due comitati settoriali attualmente istituiti e rilevanti per il settore sono: lo *European Sectoral Social Dialogue Committee for Hospitals and Healthcare* e lo *European Sectoral Social Dialogue Committee for Social Services*.

Il primo, istituito nel 2006, coinvolge la *European Public Service Union* (EPSU) e la *European Hospital and Healthcare Employers' Association* (HOSPEEM)³¹ e si occupa delle condizioni di lavoro del personale impiegato in servizi sanitari ospedalieri e in servizi sanitari in studi medici e odontoiatrici³².

Il secondo, invece, è stato creato solo nel 2023, include EPSU, UNI Europa, *European Confederation of Independent Trade Unions* (CESI), *European Federation of Employers of Social Services* (Social Employers) e *Council of European Municipalities and Regions* (CEMR) e si occupa del personale impiegato in attività di assistenza infermieristica, sociosanitaria e socioassistenziale residenziale³³. Rappresenta un importante riconoscimento della specificità del settore dei servizi sociali, caratterizzato da una molteplicità di attori (pubblici, privati e del terzo settore) e da una crescente rilevanza nell'ambito delle politiche di *welfare* e di assistenza alla persona³⁴.

³¹ Commissione europea, 2025a.

³² La disposizione istitutiva del comitato fa riferimento, per l'individuazione dei lavoratori rappresentati in questo comitato, al codice NACE (Rev. 2) divisione 86 adattato con Regolamento 1893/200/CE che definisce la classificazione statistica delle attività economiche NACE Revisione 2.

³³ La disposizione istitutiva del comitato fa riferimento, per l'individuazione dei lavoratori rappresentati in questo comitato, al codice NACE (Rev. 2) divisione 87 adattato con Regolamento 1893/200/CE che definisce la classificazione statistica delle attività economiche NACE Revisione 2.

³⁴ EPSU, 2023; Commissione europea, 2025b.

Come anticipato, i lavoratori dell'assistenza alla persona (*live-in* e *non live-in*) e i lavoratori domestici non rientrano ancora nei comitati settoriali riconosciuti, ma il settore è al centro di dinamiche emergenti di dialogo sociale a livello europeo. Organizzazioni datoriali come la *European Federation for Family Employment and Home Care* (EFFE), sindacali come la *European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Unions* (EFFAT) e reti internazionali di lavoratori stanno promuovendo iniziative per ottenere il riconoscimento formale di un comitato dedicato, alla luce del ruolo sempre più rilevante del lavoro domestico nei sistemi di cura³⁵.

Posto che nessuno di questi comitati rappresenta i lavoratori informali dell'assistenza – che costituiscono una componente strutturale, seppur invisibile, del settore – essi appaiono segnati da steccati e divisioni spesso artificiali basate sul datore di lavoro più che sulla natura della prestazione, criterio forse più adatto a questa tipologia di attività.

Inoltre, pur godendo di riconoscimento istituzionale, i comitati settoriali sembrano avere un impatto limitato: mancano iniziative incisive o innovative in grado di orientare la regolazione del settore. L'impressione è che tali organismi si muovano entro confini ristretti senza promuovere una reale innovazione regolativa. Tale debolezza non è imputabile solo alle parti sociali: anche le istituzioni europee hanno mostrato un sostegno più formale che concreto al dialogo sociale, con scarso investimento politico e tecnico. Questo disimpegno contribuisce a svuotare di contenuto lo strumento stesso, rendendo più difficile affrontare in modo coordinato sfide complesse e trasversali come quelle poste dal *care sector*.

Ne risulta un quadro frammentato e poco coerente, lontano dalla visione funzionale e integrata promossa nelle strategie e negli atti normativi europei più recenti, volti a riconoscere il *care sector* come ambito unitario e strategico per la coesione sociale e la sostenibilità dei sistemi di *welfare*.

Come traspare dallo studio condotto nel quadro del progetto *CARE4CARE*, la frammentazione del dialogo sociale nel *care sector* affonda le sue radici nei modelli nazionali. Il caso italiano è esempio emblematico: il sistema di relazioni collettive è segnato da una segmentazione profonda – tra pubblico e privato, tra diversi inquadramenti contrattuali – che non riflette le reali caratteristiche e i problemi del lavoro di cura. Questa frammentazione, legata anche a fattori storici, compromette la capacità di rappresentanza e tutela dei lavoratori, soprattutto di quelli che operano in ambiti meno istituzionalizzati come l'assistenza domiciliare, dove si concentra una forza lavoro femminile, migrante e spesso informale.

Tale scenario nazionale, con le sue fratture interne e le sue problematiche strutturali, non solo alimenta ma anche rispecchia la disarticolazione riscontrabile a livello europeo, ostacolando la costruzione di un quadro giuridico unitario per il *care sector* e il suo riconoscimento come ambito dotato di coerenza normativa e istituzionale.

Anche negli altri Paesi analizzati emergono linee di faglia analoghe a quelle italiane nei modelli di dialogo sociale e relazioni collettive³⁶.

³⁵ EFFAT, 2022; Times, 2022; EFFE, 2023.

³⁶ Camas Roda, Barceló Rado, Juvinyà Canal, Sáez Zafra, Molina García, Cano Redondo, 2024, 9-10,12; Camas Roda, Cano Redondo, Molina García, Sáez Zafra, Juvinyà Canal, Barceló Rado, Mazzetti, 2024; Daugareilh, Santoro, Traore, 2024, 17; Kocher, Podgornik-

La prima e più profonda frattura concerne la distinzione fra lavoratori formali e lavoratori informali. Come sottolinea l'Oil, questo lavoro risulta particolarmente soggetto all'informalità per le sue intrinseche caratteristiche³⁷; questa segmentazione porta anche a una forma marcata di segregazione dei lavoratori informali che non possono essere inclusi nei meccanismi di rappresentanza e negoziazione collettiva, il che comporta una loro marginalizzazione normativa e istituzionale.

Accanto a essa, si possono individuare almeno altre tre linee di faglia che incidono sulla strutturazione del dialogo sociale nel settore della cura: la distinzione tra lavoro pubblico e lavoro privato; la frammentazione tra settori produttivi e settori non produttivi; la differenziazione tra lavoro domiciliare e lavoro in strutture.

In effetti, la presenza di un sistema misto pubblico-privato di servizi di assistenza e di cura comporta la separazione dei tavoli negoziali e la proliferazione di attori collettivi diversi, anche all'interno di uno stesso ambito professionale, con un chiaro impatto in relazione alla coerenza del modello e con una marcata frammentazione che contrasta con l'impostazione concettuale promossa dall'UE.

La distinzione operata tra settori produttivi e settori non produttivi, in virtù di un paradigma socio-giuridico di matrice produttivistica che ancora permea l'ordinamento giuslavoristico, è un altro profilo critico che ha chiaramente un effetto penalizzante per le attività di cura non riconosciute come economicamente "produttive", e quindi sottovalutate nella loro funzione centrale per il benessere sociale³⁸.

La terza frattura concerne la differenziazione tra lavoro domiciliare e lavoro in strutture, che tende a relegare il lavoro prestato presso il domicilio dell'utente in una posizione residuale e meno tutelata, nonostante la sua diffusione crescente nei sistemi europei di *long-term care*.

Queste linee di frattura, ereditate dai modelli nazionali, si riflettono anche sul piano sovranazionale, rendendo difficile un'effettiva integrazione del *care sector* nel sistema del dialogo sociale europeo e ponendo una sfida concreta alla coerenza e all'efficacia delle politiche dell'Unione nel settore.

4. Il saggio ha messo in evidenza come il lavoro di cura, nell'ordinamento europeo, abbia oggi assunto un ruolo strategico, la cui rilevanza abbraccia questioni di coesione sociale, parità di genere, sviluppo economico e innovazione dei sistemi di *welfare*.

L'analisi ha ricostruito l'evoluzione del quadro normativo e politico dell'Unione europea, mostrando come, da riferimenti inizialmente frammentari e indiretti, si sia giunti a una crescente consapevolezza della complessità del *care sector*. Passaggi chiave di questo percorso sono stati il riconoscimento dell'importanza dell'assistenza sanitaria e sociale, l'attenzione alle condizioni lavorative delle donne impiegate

Jakil, Andres, 2024, 13-17; Ludera-Ruszel, Kotarski, 2024, 6-7, 10; Rönmar, Votinius, 2024, 7; Vallauri, Chiaromonte, Frosecchi, Renzi, Mazzetti, 2024a; Vallauri, Chiaromonte, Frosecchi, Renzi, Mazzetti, 2024b.

³⁷ Oil, 2018, 10-12.

³⁸ Sul paradigma produttivista e la sua critica si v. Fitzpatrick, 2003; Dermine, Dumont, 2022; Bueno, Ter Haar, Zekić, 2024.

nel settore, l'emergere di una visione integrata della cura durante la pandemia e, infine, l'adozione della *European Care Strategy* e delle Raccomandazioni del 2022. In questo contesto si è delineata una definizione funzionale del *care sector*, che include attività formali e informali, servizi professionali e familiari, coinvolgendo attori in ambiti sanitari, socioassistenziali e comunitari. Tuttavia, questa definizione resta priva di un fondamento giuridico univoco e vincolante, configurandosi piuttosto come il risultato di un'elaborazione progressiva e multidimensionale.

L'indagine *bottom-up* sul dialogo sociale europeo ha poi mostrato la tensione tra l'approccio funzionale e unitario che l'Unione europea sembra adottare nei confronti del *care sector* e l'effettiva frammentazione che caratterizza la sua rappresentazione nell'ambito del dialogo sociale settoriale. La segmentazione dei comitati esistenti e l'assenza di uno spazio rappresentativo specificamente dedicato al lavoro domestico e di cura informale ostacolano l'effettiva inclusione di una parte significativa della forza lavoro europea, spesso femminile, migrante e impiegata in condizioni di vulnerabilità. A ciò si aggiungono le linee di faglia ereditate dai modelli nazionali – formale/informale, pubblico/privato, produttivo/non produttivo, domiciliare/istituzionale – che si riflettono anche sul piano sovranazionale, rafforzando una rappresentanza diseguale e contribuendo a rendere inefficace lo strumento del dialogo sociale come leva di regolazione inclusiva e coerente.

Per superare questa frammentazione e costruire un quadro normativo e istituzionale in grado di rispecchiare la complessità del settore, è necessario un intervento multilivello, giuridicamente fondato e politicamente sostenuto. In primo luogo, risulta urgente l'introduzione, da parte dell'Unione europea, di una definizione giuridica univoca e vincolante di *care sector*, fondata su criteri funzionali e materiali. Questa definizione dovrebbe comprendere l'insieme delle attività di cura, formali e informali, domiciliari e istituzionali, riconoscendone l'apporto strategico alla coesione sociale e alla sostenibilità dei sistemi di *welfare*. Una tale base definitoria costituirebbe il presupposto per rafforzare la coerenza e la legittimità delle politiche europee, circoscrivendo in modo chiaro l'ambito del dialogo sociale settoriale.

Parallelamente, si rende necessario intervenire sulla struttura stessa del dialogo sociale settoriale – come d'altronde indicato nel *Policy paper* del progetto CARE4CARE – attraverso l'ampliamento del novero dei comitati costituiti ai sensi della Decisione 98/500/CE, includendo esplicitamente un Comitato settoriale per il lavoro domestico e di cura alla persona e alla famiglia. In tal senso, il riconoscimento formale di un nuovo Comitato settoriale dedicato al lavoro di cura domiciliare e familiare, come richiesto da diverse organizzazioni europee di rappresentanza (EFFAT, EFFE), costituirebbe un passo essenziale per superare l'attuale esclusione di ampie fasce di lavoratrici e lavoratori, in particolare quelli impiegati in contesti informali o privati.

Inoltre, in considerazione della natura trasversale del *care sector*, dovrebbe essere istituito un meccanismo intersettoriale di coordinamento obbligatorio tra i diversi comitati interessati (sanità, servizi sociali, lavoro domestico), capace di superare le attuali rigidità categoriali e di garantire l'integrazione dei diversi ambiti oggi disarticolati. Questo coordinamento dovrebbe poggiare su una base giuridica chiara – in particolare sull'art. 155 TFUE – e promuovere la convergenza tra i comitati esistenti e quelli da istituire, per favorire una *governance* più coerente e inclusiva del settore.

Infine, è auspicabile che la Commissione e il Consiglio, nell'ambito delle competenze conferite dall'art. 153, par. 2, lett. *b*, TFUE, assumano un ruolo più attivo nell'adozione di misure minime inderogabili relative alle condizioni di lavoro, alla formazione professionale e alla parità retributiva nel settore della cura. Solo attraverso un rinnovato investimento politico nel dialogo sociale e un ancoraggio giuridico chiaro e coerente, l'Unione potrà garantire ai cittadini europei un sistema di cura equo, accessibile e sostenibile, traducendo in diritti effettivi la centralità strategica della cura nel progetto sociale europeo.

Riferimenti bibliografici

- Bechter B., Brandl B., Prosser T. (2017). Engagement in European social dialogue: an investigation into the role of social partner structural capacity. *IRJ*: 365 ss.
- Bueno N., Ter Haar B., Zekić N. (2024). Labour Law Beyond Growth and Productivism: An Introduction. In: Bueno N., Ter Haar B., Zekić N. (eds.), *Labour Law Utopias*. Oxford: Oxford University Press, 1 ss.
- Camas Roda F., Barceló Rado M.A., Juvinyà Canal D., Sáez Zafra M., Molina García A.M., Cano Redondo A. (2024). *Spanish Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-Spanish-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Camas Roda F., Cano Redondo A., Molina García A., Saez Zafra M., Juvinyà Canal D., Barceló Rado M.A., Mazzetti M. (2024). *Comparative Care Workers' Discrimination Map Report*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3-Comparative-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Casano L. (a cura di) (2022). *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*. Bergamo: Adapt University Press.
- Comitato delle regioni (2021). *Future plan for care workers and care services – local and regional opportunities in the context of a European challenge*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020IR5862 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Comitato economico e sociale europeo (2008). *Guaranteeing universal access to long-term care and the financial sustainability of long-term care systems for older people*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:52008AE0501 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (1998). *Commission Decision of 20 May 1998 on the establishment of Sectoral Dialogue Committees promoting the Dialogue between the social partners at European level (notified under document number C(1998) 2334) (Text with EEA relevance)*. Testo disponibile su: data.europa.eu/eli/dec/1998/500/oj/eng (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione delle comunità europee (1998). *Interim report on the implementation of the medium-term Community action programme on equal opportunities for men and women (1996 to 2000)*. COM(1998)770def. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee.
- Commissione europea (2004a). *E-Health – making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area*. COM/2004/0356 final. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52004DC0356 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2004b). *First Annual Report on Migration and Integration*.

- COM/2004/0508 final. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52004DC0508 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2007). *Report on equality between women and men. COM(2007)49 final*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52007DC0049 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2017). *Communication on the European Pillar of Social Rights*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52017DC0250 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2020a). *Proposal for a joint employment report from the Commission and the Council. COM(2020) 744 final*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020DC0744 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2020b). *Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council amending Regulation (EU) No 1303/2013, Regulation (EU) No 1301/2013 and Regulation (EU) No 508/2014 as regards specific measures to mobilise investments in the health care systems of the Member States and in other sectors of their economies in response to the COVID-19 outbreak [Coronavirus Response Investment Initiative]*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020PC0113 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2022a). *European care strategy*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52022DC0440 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2022b). *Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care. Explanatory Memorandum*. Testo disponibile su: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022DC0441 (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2025a). *Hospitals and healthcare – Sectoral social dialogue*. Testo disponibile su: employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-employment-strategy/social-dialogue/cross-industry-and-sectoral-social-dialogue/hospitals-and-healthcare-sectoral-social-dialogue_en (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Commissione europea (2025b). *Social Services – Sectoral social dialogue*. Testo disponibile su: employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-employment-strategy/social-dialogue/cross-industry-and-sectoral-social-dialogue/social-services-sectoral-social-dialogue_en (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Daugareilh I., Santoro G., Traore H. (2024). *French Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-French-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Daly M.E. (ed.) (2001). *Care work: the quest for security*. London: International Labour Office.
- Del Frate M. (2021). *Dialogo sociale e autonomia collettiva nell'ordinamento dell'Unione europea*. Padova: Cedam.
- Dermine E., Dumont D. (2022). A Renewed Critical Perspective on Social Law: Disentangling Its Ambivalent Relationship with Productivism. *IJCLIR*: 237 ss.
- Duffy M. (2011). *Making care count: a century of gender, race, and paid care work*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- EFFAT (2022). *A House of Dignity for Domestic Workers, European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Unions*. Testo disponibile su: effat.org/a-house-of-dignity-for-domestic-workers/ (ultima consultazione: 17.4.2025).
- EFFE (2023). *PHSDialogue, European Federation for Family Employment and Home Care*. Testo disponibile su: www.effe-homecare.eu/en/phsdialogue/ (ultima consultazione: 17.4.2025).
- EPSU (2023). *European Sectoral Social Dialogue Committee for Social Services: Social Partners come together for first Plenary Meeting, European Federation of Public Service Unions*.

- Testo disponibile su: www.epso.org/article/european-sectoral-social-dialogue-committee-social-services-social-partners-come-together (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Eurofound (2009). *Dynamics of European sectoral social dialogue*. Luxembourg: Publications Office.
- Fiorillo L. (2009). L'Unione Europea e il dialogo sociale. In: Pessi R. (a cura di), *Europa e concertazione: modelli a confronto*. Padova: Cedam, 171 ss.
- Fitzpatrick T. (2003). Productivism and beyond. In: Fitzpatrick T., *After the New Social Democracy: Social Welfare for the 21st Century*. Manchester: Manchester University Press: 95 ss.
- Guarriello F. (2004). Il contributo del dialogo sociale alla strategia europea per l'occupazione. *LD*: 351 ss.
- Guarriello F. (1992). *Ordinamento comunitario e autonomia collettiva: il dialogo sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Guarriello F. (2022a). Il sistema europeo delle relazioni sindacali. In: Cosio R., Curcuruto F., Di Cerbo V. (a cura di), *Il diritto del lavoro dell'Unione europea*. Milano: Giuffrè, 975 ss.
- Guarriello F. (2022b). La concertazione: prospettive euro-unitarie, *DLRI*: 703 ss.
- Guastaferrò B., Tebano L. (a cura di) (2022). *Cura, lavoro, diritti. L'Unione europea e le sfide della contemporaneità*. Quaderno DLM n. 12. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Hartzén A.-C. (2022). In-Work Poverty in Sweden. In: Blanpain R., Hendrickx F., Ratti L. (eds.), *In-work poverty in Europe: vulnerable and under-represented persons in a comparative perspective*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Jochimsen M.A. (2003). Integrating vulnerability: On the impact of caring on economic theorizing. In: Barker D.K., Kuiper E. (eds.), *Toward a feminist philosophy of economics*. London-New York: Routledge: 231 ss.
- Kahana E., Biegel D.E., Wykle M. (1994). *Family caregiving across the lifespan*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kocher E., Podgornik-Jakil Z., Andres D. (2024). *German Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions*'. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-German-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Lo Faro A. (1993). Maastricht e oltre. Le prospettive sociali dell'Europa comunitaria tra resistenze politiche, limiti giuridici e incertezze istituzionali. *DRI*: 125 ss.
- Lo Faro A. (1999). *Funzioni e finzioni della contrattazione collettiva comunitaria: la contrattazione collettiva come risorsa dell'ordinamento giuridico comunitario*. Milano: Giuffrè.
- Lo Faro A. (2007). La contrattazione collettiva transnazionale: prove di ripresa del dialogo sociale in Europa? *DLRI*: 555 ss.
- Ludera-Ruszel A., Kotarski H. (2024). *Polish National Report on "Care Workers, Job Quality, and Inclusive Working Conditions"*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-Polish-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Lyon-Caen G., Lyon-Caen A. (1991). *Droit social international et européen*. Paris: Dalloz.
- Milman-Sivan F. (2009). Representativity, Civil Society, and the EU Social Dialogue: Lessons from the International Labor Organization. *IJGLS*: 311 ss.
- Nunin R. (2001). *Il dialogo sociale europeo: attori, procedure, prospettive*. Milano: Giuffrè.
- Obradovic D. (2005). Civil Society and the Social Dialogue in European Governance. *YEL*: 261 ss.
- Oil (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva: International Labour Organization.
- Parlamento Europeo (2014). *Written questions by Members of the European Parliament and their answers given by a European Union institution*. Testo disponibile su: op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/31f821cc-92f3-11e3-bf99-01aa75ed71a1/?utm_source (ultima consultazione: 17.4.2025).

- Razavi S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Ginevra: United Nations Research Institute for Social Development.
- Razavi S. (2013). Households, Families, and Social Reproduction. In: Waylen G., Celis K., Kantola J., Weldon S.L. (eds.), *The Oxford Handbook of Gender and Politics*. Oxford: Oxford University Press, 289 ss.
- Rocella M., Treu T., Aimo M., Izzi D. (2023). *Diritto del lavoro dell'Unione europea*. Milano: Wolters Kluwer.
- Rönmar M. (2024). *Comparative Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-Comparative-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Rönmar M., Votinius J.J. (2024). *Swedish Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions. and Inclusive Working Conditions*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-Swedish-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Seltzer M.M. (1992). Family Caregiving Across the Full Life Span. In: Rowitz L. (ed.), *Mental Retardation in the Year 2000*. New York: Springer: 85 ss.
- Silverstein M., Giarrusso R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *JMF*: 1039 ss.
- Times T.B. (2022). *A house of dignity for domestic workers*. Testo disponibile su: www.brus-selstimes.com/337357/a-house-of-dignity-for-domestic-workers (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Tizzano A. (a cura di) (1998). *Il Trattato di Amsterdam: con i testi coordinati del Trattato di Maastricht e del Trattato della Comunità Europea*. Padova: Cedam.
- Thorning H., Dixon L. (2016). Caregiving for individuals with serious mental illness: a life cycle perspective. In: Burgio L.D., Gaugler J.E., Hilgeman M.M. (eds.), *The Spectrum of Family Caregiving for Adults and Elders with Chronic Illness*. Oxford: Oxford University Press, 173 ss.
- Vallauri M.L. (2025). Lavoro di cura, cura del lavoro. Ragioni e obiettivi del progetto CARE4CARE – We Care for Those Who Care. *DLRI*, 186.
- Vallauri M.L., Chiaromonte W., Frosecchi G., Renzi S., Mazzetti M. (2024a). *Italian Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-Italian-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Vallauri M.L., Chiaromonte W., Frosecchi G., Renzi S., Mazzetti M. (2024b). *Italian Care Workers' Discrimination Map Report*. Testo disponibile su: www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3_Italian-Report.pdf (ultima consultazione: 17.4.2025).
- Varsori A. (2006). Alle origini di un modello sociale europeo: la Comunità europea e la nascita di una politica sociale (1969-1974). *VS*: 17 ss.
- Zilli A. (2022). Donne che curano: il lavoro delle *caregivers* in Italia. In: Fili V. (a cura di), *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare*. Bergamo: Adapt University Press, 121 ss.