

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Politiche e pratiche: I confini di genere della cura

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1542179> since 2016-01-07T16:48:32Z

Published version:

DOI:10.1423/78203

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Politiche e pratiche:

I confini di genere della cura

Policies and practices:

Gender boundaries of the care

Abstract

The article focuses on policies and practices for combining work and care in the Italian case. First, it illustrates the changes and the continuities in social policies for both working parents, in the case of childcare, and adult-children, in the case of elderly care.

Second, the differences between childcare and elderly care strategies are analysed on the basis of a qualitative study carried out in Italy on working parents and on working care-givers responsible for one or more dependent elderly parents. The study sheds light on the gender division of childcare and care of the elderly at both the institutional level (the laws, social and care policy, immigration policy, etc.) and the cultural level. At the practical level, family strategies show the extensive use made of private care-workers for frail elderly relatives, and the heavy reliance on the “extended” family and inter-generational help for childcare. The results indicate how and with which implications care policies and care practices are deeply gender-based. The conditions and mechanisms that support these results are discussed.

Key words: social policy, childcare, elderly care, family changes, conciliazione.

Politiche e pratiche:

I confini di genere della cura

1. Introduzione

L'aumento della partecipazione delle donne nel mercato del lavoro, la bassa fecondità, l'invecchiamento delle reti parentali e l'aumento dell'incidenza dei grandi anziani, sia nelle reti familiari sia nella popolazione, sono tutti fenomeni che stanno ponendo la questione della cura al centro delle riflessioni su welfare, lavoro e genere. Lavorare e avere responsabilità di cura prima come genitori, verso i figli piccoli e poi, nella fase più matura del corso di vita, come figli, verso i genitori anziani, è diventata un'esperienza generalizzata per le donne, ma non per gli uomini (Oecd, 2005; Jacob e Gerson, 2004). Anche sotto la spinta della Comunità Europea, le politiche di conciliazione e di cura rappresentano un ambito sempre più rilevante di intervento pubblico (Lewis, 2006). In particolare, l'attenzione è stata rivolta alla cura dei bambini, sotto forma di politiche dei congedi e dei servizi. Minore invece è stata, a livello comunitario e nazionale, l'attenzione rivolta ai servizi e alle politiche di cura per gli anziani fragili e non autosufficienti. Le logiche che hanno mosso gli sviluppi delle politiche di cura non sanitarie per l'infanzia e per gli anziani sono spesso diverse.

In che modo le politiche di cura in Italia consentono non solo alle madri e alle figlie (adulte) di partecipare al mercato del lavoro, ma anche ai padri e ai figli di assumersi responsabilità di cura? Quali le logiche prevalenti nel caso delle politiche dell'infanzia e quali nel caso delle politiche degli anziani fragili? Quali cambiamenti sono avvenuti in questo campo negli ultimi dieci anni? Quali le implicazioni di genere sia per chi riceve sia per chi dà la cura?

La prima parte dell'articolo cerca di rispondere a queste domande, a partire dai dati istituzionali esistenti (leggi e dati sulle *policy*) ricostruendo le logiche di genere che orientano le politiche di cura, con particolare riguardo al sostegno di chi ha anche responsabilità lavorative.

La seconda parte dell'articolo, sulla base dei dati raccolti attraverso un'indagine qualitativa, sposta l'attenzione dalle politiche alle pratiche. Dapprima si cercherà di illustrare le strategie di cura messe in atto dalle *care-giver* che lavorano in due fasi, cruciali, del corso di vita: quando si hanno figli piccoli e quando si hanno genitori anziani fragili. L'obiettivo è mettere in luce le tensioni che gli individui, a seconda del genere di appartenenza, sperimentano nel complesso processo di "riconciliazione" tra famiglia e lavoro. Si tratta di indagare come uomini e donne fanno fronte alle diverse richieste e attese di cura, da quelle provenienti dalla famiglia di origine (con la cura richiesta dai genitori e suoceri) o la propria (con la cura richiesta dai figli) al bisogno di tempo per sé o per le attività sociali, a quelle provenienti dal mercato del lavoro.

2. Le politiche di cura: tra responsabilità pubbliche e responsabilità private

La cura – e il suo significato, sia come relazione (e inter-azione) tra chi la cura la dà e chi la riceve (Tronto, 1993; Kittay, 1999; Lewis, 2006), sia come attività sociale – è rimasta a lungo una questione prevalentemente privata, familiare e, soprattutto, femminile. Nell'assetto dei diritti sociali di cittadinanza che si sono venuti affermando nel corso del XX secolo in Europa i diritti connessi alla cura (non sanitaria) sono stati formulati come la titolarità a ricevere cura da parte di una donna entro la rete familiare e come la titolarità a dare cura in quanto donna (soprattutto in quanto madre lavoratrice) (Saraceno, 2003). In effetti, il modello tradizionale di famiglia basato sul *male breadwinner* alla base del "compromesso di metà secolo" (Crouch, 1999, p. 53) si è fondato su una divisione di genere del lavoro nella società e nella famiglia ed

è stato rafforzato dalla diversa titolarità ai diritti di cittadinanza di uomini e donne (Lewis, 1992; Orloff, 1993).

In questo quadro, l'analisi delle politiche di cura consente di guardare sia al modo in cui tale attività è stata ripartita tra Stato e famiglia, sia al modo in cui, dando per scontato un certo modello di famiglia, è stata diversamente distribuita tra uomini e donne. I due livelli di analisi sono strettamente interconnessi. Storicamente, una re-distribuzione tra pubblico e privato della cura e dei suoi costi e un maggior intervento dello Stato (ad es. attraverso l'introduzione dei congedi di maternità e poi la successiva introduzione dei congedi genitoriali) ha contribuito a ridurre lo squilibrio di genere nel lavoro di cura entro la famiglia (Lewis e Daly, 1998; Gornick e Meyer, 2009). Un cambiamento nelle *policy* non modifica solo l'equilibrio tra responsabilità pubbliche e private e, in minor misura, tra uomini e donne rispetto alla cura. Modifica anche i confini tra pubblico e privato. Anche il diffondersi di pagamenti diretti per la cura (assegni di cura, voucher, ecc.) a copertura dei bisogni di cura degli anziani non autosufficienti, nonché la presenza di un numero sempre più ampio e diversificato di attori che forniscono cura hanno contribuito a modificare i confini tra pubblico e privato (Pfau-Effinger, 2005).

Se questi processi e tendenze possono essere rilevati in tutti i paesi europei – come hanno messo in evidenza gli studi sui regimi di welfare (Esping-Andersen, 1990, 1999) e soprattutto gli studi sui regimi di cura (Lewis, 1992; Orloff, 1993; Naldini e Saraceno, 2011) – esistono forti differenze tra di essi per quanto riguarda il grado di assunzione di responsabilità pubblica nel campo della cura. Nelle politiche sociali italiane, la famiglia – e all'interno di essa le donne – è stata da sempre vista come la principale responsabile della cura nei confronti sia dei bambini che degli anziani fragili (Saraceno, 2003). Non è un caso che in Italia le politiche e i servizi di sostegno delle responsabilità familiari rappresentino un ambito di intervento debole, sia perché frammentate ed eterogenee a seconda dei contesti locali, sia perché riguardano prevalentemente interventi pubblici di natura “assistenziale”, che in Italia, almeno fino alla legge quadro 328/2000, si sono configurati come interventi aventi una bassa legittimità sociale.

Sono programmati, finanziati e gestiti a livello locale sia i servizi di cura per gli anziani fragili, sia i servizi per la primissima infanzia (0-3). In questo quadro di debolezza istituzionale vanno segnalate nella storia delle politiche familiari del XX secolo tre parziali eccezioni. La prima riguarda la scuola per l'infanzia (per bambini in fascia 3-6) che, al pari della scuola, ha una copertura quasi universale uniformemente distribuita su tutto il territorio nazionale (Saraceno, 2003). La seconda eccezione è rappresentata dai congedi, prima di maternità e poi quelli genitoriali. L'astensione obbligatoria dal lavoro per maternità, introdotta attraverso la c.d. legge Carcano, nel 1902, ha rappresentato la prima forma di riconoscimento ufficiale dei bisogni e del lavoro di cura a cui si è affiancato, già negli anni '70 del XX secolo, il congedo facoltativo. Una terza, parziale, eccezione è rappresentata dalla *indennità di accompagnamento*, che è prevista per le persone riconosciute del tutto non-autosufficienti, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali.

Quali trasformazioni di *policy* sono avvenute negli ultimi anni in questo campo? È questa la domanda guida a cui si cercherà di dare risposta nei prossimi due sotto-paragrafi.

Politiche di cura nei confronti dell'infanzia

Negli ultimi 10 anni le uniche rilevanti innovazioni nell'ambito delle politiche di cura nei confronti dell'infanzia riguardano la redistribuzione delle responsabilità di cura entro la famiglia, tra padri e madri, e l'allargamento del riconoscimento di queste responsabilità per altri famigliari al di là del primo anno di vita dei bambini. La legge 53 del 2000, infatti, riconosce per la prima volta il diritto-dovere dei padri di dare cura e prevede la possibilità di congedi non solo per i figli ma anche per la cura di altri familiari. Per quanto riguarda il diritto-dovere dei padri, la nuova legge, modificando la normativa del 1971, stabilisce che la titolarità del congedo – facoltativo – spetta in forma individuale sia al padre sia alla madre, che hanno il diritto di astenersi dal lavoro, durante i primi otto anni di vita del bambino, per un periodo di sei mesi ciascuno fino ad un massimo di dieci mesi complessivi per la coppia. Durante il

periodo di astensione dal lavoro ai genitori spetta un'indennità stabilito nella misura del 30% dell'ultimo salario, ma solo per un periodo complessivo di sei mesi per la coppia genitoriale, e solo se il congedo dal lavoro viene preso entro i primi tre anni di vita del bambino. La legge, mentre riserva ai padri una quota di congedo che viene persa se essi non lo prendono, introduce anche un incentivo per loro – un “permesso premio” di un mese di cui potranno beneficiare se fruiranno del congedo per almeno tre mesi.

Anche a causa dello scarso (o nullo, se si superano i sei mesi) compenso previsto, la legge 53 non è riuscita a modificare l'uso di genere dei congedi. Il tasso di utilizzo del congedo genitoriale da parte dei padri nel nostro Paese resta basso, senza contare che trattandosi di una misura “previdenziale” non ne possono beneficiare coloro che non sono nel mercato del lavoro o ne possono beneficiare solo a certe condizioni coloro che si trovano in una posizione “debole” (con un contratto a tempo determinato, come lavoratore autonomo o semi-autonomo, con un contratto di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, ecc). Secondo i dati dell'indagine sulle forze lavoro (Istat, 2011) solo il 6,9% dei padri che ha un figlio sotto gli otto anni ha utilizzato almeno una volta il congedo genitoriale, contro il 45,3% delle madri.

Anche se nella pratica la legge 53/2000 non ha cambiato in modo incisivo i comportamenti dei padri, diverse indagini (Rosina e Sabbadini, 2006; Mencarini e Tanturri, 2009) mostrano che oggi rispetto al passato è aumentata la quota di padri che si occupano quotidianamente dei figli, così come è aumentato il tempo che essi dedicano alla cura della prole. Si tratta tuttavia di cambiamenti ancora molto limitati, anche in termini di attività destinate e/o svolte insieme ai figli (Fine-Davis et al., 2004).

Nel campo delle politiche dell'infanzia non ci sono state altre rilevanti innovazioni legislative. Resta netta la distinzione, per finalità, caratteristiche e livelli di copertura, tra scuola per l'infanzia (fascia 3-6), avente finalità educative e copertura quasi universale, e servizi per la primissima infanzia (nido d'infanzia, fascia 0-3) avente un tasso di copertura basso e molto variabile a livello territoriale. Anche nelle regioni e nei comuni dove la copertura è più elevata,

essa rimane al di sotto della soglia del 33% che, secondo gli accordi del Consiglio Europeo di Barcellona, avrebbe dovuto essere raggiunta nel 2010. Secondo i dati dell'indagine censuaria sugli interventi sociali dei comuni (Istat, 2010a), il tasso di copertura dei nidi d'infanzia pubblici (o finanziati almeno in parte con risorse pubbliche) conteggiando anche i servizi integrativi rivolti ai bambini in fascia 0-2, si attesta nell'anno 2008 intorno al 12,7% a livello nazionale.¹ Restano ampie le differenze territoriali, tra Sud Italia, con percentuali di copertura che variano tra il 2,7% della Calabria e il 9,8% dell'Abruzzo e le regioni del Centro Nord, ove le percentuali variano tra più del 28% in Emilia Romagna e Valle d'Aosta e, rispettivamente, il 14 e il 16% in Piemonte e Lombardia (Istat, 2010a). Negli ultimi anni vi è stata una crescita significativa delle strutture private (Istituto degli Innocenti, 2006, 2009). Tuttavia, come vedremo, quando entrambi i genitori lavorano i nonni sono e restano la principale soluzione di cura e di conciliazione tra famiglia e lavoro (Istat-Cnel, 2003).

Per quanto riguarda i bambini in età scolare, l'universalità della frequenza scolastica nasconde organizzazioni sul piano temporale molto diverse. Il tempo pieno è minoritario a livello nazionale e concentrato nelle grandi città del centro-Nord.² Per molti genitori lavoratori l'ingresso nella scuola dell'obbligo apre più problemi organizzativi di quanti ne risolve.

Politiche per gli anziani non autosufficienti

A partire dagli anni '90, le politiche di cura non sanitarie nei confronti degli anziani fragili in tutti i Paesi occidentali hanno conosciuto un nuovo orientamento in direzione delle "cure domiciliari", nella forma dei "pagamenti per la cura" (Ungerson e Yeandle, 2007). Al pari dei congedi di maternità e genitoriali, i pagamenti per la cura – attraverso trasferimenti monetari, che possono assumere la forma di assegni di cura pagati agli anziani bisognosi di cura o, più

¹ I dati sui nidi sono spesso difformi e non facili da interpretare. Le cifre tendono a variare, non solo a seconda del tipo di fonte utilizzata, ma anche a seconda del calcolo dei tassi. L'inclusione nel calcolo dei nidi privati cambia poi notevolmente il quadro.

² Vedi i dati forniti dal Ministero della Pubblica Istruzione, disponibili: <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/ministero/focus140912>

raramente, ai familiari, o di voucher che danno la titolarità ad una prestazione, – riconoscono il tempo di cura necessario a chi non è autosufficiente. A differenza dei congedi, tuttavia, raramente riconoscono il tempo di cura prestato, salvo quando servono ad acquistarlo, come nel caso dei *voucher*. Inoltre, allorché, come in Italia, l'assegno è pagato all'anziano/a, e a questo e/o alla sua famiglia è lasciata la responsabilità e la decisione su come spenderlo i pagamenti per la cura contribuiscono a complicare la distinzione tra pubblico e privato, tra formale, informale e semi-formale nella produzione di cura.

Nel caso italiano, le politiche di cura per gli anziani, più di quelle per l'infanzia, risultano scarsamente sviluppate e fortemente frammentate tra diversi ambiti di intervento, entro un quadro istituzionale che definisce le responsabilità verso familiari e parenti in modo molto esteso (Millar e Warman, 1996). In questo ambito il nostro Paese mostra un'eccezionale “inerzia” legislativa (Pavolini e Ranci, 2008). Soltanto alcune Regioni hanno introdotto riforme e fondi per il finanziamento degli interventi per la “non autosufficienza”, ma manca un quadro e soprattutto mancano i finanziamenti.³ Non sorprende dunque che i servizi di cura, residenziali e domiciliari, restino limitati. Secondo i dati più recenti, meno del 2% degli anziani sopra ai 65 anni in Italia è ospitato in un istituto (Istat 2010b), contro il 7,5% in Olanda, il 7,2% in Svezia, il 4,3% in Germania (Da Roit e Le Bihan, 2010). Tale limitato grado di istituzionalizzazione **non è tuttavia controbilanciato dalla diffusione dei servizi di tipo domiciliare.** Il tasso di copertura di questi ultimi, infatti, non raggiungeva, con riferimento all'anno 2006, il 2% della popolazione con più di 65 anni. Anche nelle Regioni in cui i tassi di copertura sono più elevati, intorno al 4%, il numero di ore di servizio alla settimana rimane assai limitato (Da Roit e Naldini, 2010). Ne è un indicatore indiretto la spesa media per utente, che è inferiore a 1.650 Euro annuali (Istat 2009, tavola 23.9). Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sembra avere una copertura più ampia, con una media nazionale del 3% nel 2007, ma con percentuali intorno al 7% in alcune regioni (Ministero della Salute,

³ Sul dibattito nazionale e sulle riforme regionali si veda Gori (a cura di) 2008.

2009). Questo servizio, tuttavia, tende ad essere limitato nella durata e nel tipo di attività di sostegno alla cura, quasi esclusivamente di natura sanitaria.

L'unica misura nazionale, a carattere per certi versi universale, a sostegno della cura delle persone adulte dipendenti rimane l'*indennità di accompagnamento*. Si tratta di una misura introdotta nel 1980 a sostegno dei disabili, e successivamente estesa anche agli anziani riconosciuti totalmente non autosufficienti. Essa consiste in un assegno, il cui valore ammonta attualmente a 472 Euro mensili. L'assegno è erogato a tutte le persone che hanno bisogno di cura quotidiana, indipendentemente dalle risorse economiche dell'avente diritto, e non è sottoposto ad alcun vincolo nel suo utilizzo. Il numero di anziani con più di 65 anni che usufruiscono di tale misura è cresciuta negli ultimi anni, tanto che attualmente ne beneficia il 10% degli anziani con più di 65 anni (Micheli e Rosina, 2008). A livello locale alcune Regioni, e all'interno delle stesse alcuni Comuni e/o ASL (Aziende Sanitarie Locali), hanno introdotto l'assegno di cura (e in alcuni casi il *voucher*); ma si tratta di una misura di scarsa entità, ancora poco diffusa e sottoposta frequentemente al "test dei mezzi" (Da Roit, 2007).

L'unica importante novità, introdotta nel 2000,⁴ riguarda la possibilità che i figli adulti-occupati, che abbiano un familiare riconosciuto totalmente invalido possano, anche nel caso non sussista la convivenza, usufruire di tre giorni mensili di permesso retribuito.

Nonostante l'assenza di riforme, o forse proprio a causa di ciò, più di quello dell'infanzia è questo il settore che ha conosciuto una rilevante trasformazione, con crescita, a partire dagli anni '90, del mercato della cura privata a domicilio, alimentato dalle ondate migratorie femminili provenienti da altri paesi. Dalla prima sanatoria legata alla "Bossi-Fini" del 2002 al decreto del 2005, che ha incluso nella programmazione dei flussi in modo esplicito un orientamento selettivo favorevole allo sviluppo, anche a livello normativo, della figura della "badante", le politiche dei flussi migratori, insieme alla mancanza di un'attesa riforma sociale, hanno contribuito a far crescere la quota di donne sul totale di domande di lavoro da parte di

⁴ Legge 53/2000 art. 19, che modifica quanto già previsto dalla legge 104/1992 art. 33.

immigrati (Catanzaro e Colombo, 2009). Le famiglie, e in particolare le donne in esse, restano tuttavia le principali responsabili della cura dei familiari disabili e soprattutto degli anziani fragili, anche nella variante della “famiglia-con donna-migrante”. Sono infatti le famiglie a dover gestire in toto la selezione e impiego delle lavoratrici migranti e a integrarne il tempo/lavoro (Bettio *et al.*, 2006; Naldini e Saraceno, 2008).

3. Le pratiche di genere della cura: uno studio qualitativo

Sullo sfondo di questo contesto istituzionale, vediamo ora in che modo e per quali soggetti la tensione tra lavoro e cura e il problema di “conciliazione” contribuisce a ridefinire i confini di genere della cura. I dati qui presentati riguardanti l’Italia sono tratti da uno studio parte di un progetto di ricerca condotto in sei Paesi europei.⁵ Lo studio si basa su un’indagine qualitativa condotta tra il 2008-2009 a Torino, Milano e Brescia. La ricerca ha riguardato due tipi di famiglie che si trovano in fasi del corso di vita in cui più forti sono le pressioni prodotte dalla necessità di conciliare lavoro e cura: quando i figli sono piccoli e quando i genitori divengono fragili e molto anziani. Lo studio ha raccolto, attraverso interviste semidirettive, della durata media di un’ora, informazioni sulle strategie di conciliazione sia di genitori che lavorano, sia di figli-adulti occupati con genitori anziani fragili o non autosufficienti.⁶

Nel solo caso delle famiglie con figli piccoli uno degli obiettivi della ricerca è stato quello di individuare le principali tensioni presenti nella conciliazione tra lavoro e famiglia dei genitori nel mercato del lavoro post-fordista, quindi in situazioni di occupazione non standard.

⁵ Il progetto europeo dal titolo WOUPS (Worker Under Pressure and Social Care), diretto da B. Le Bihan and C. Martin è stato finanziato dal Ministero del Lavoro francese (MIRE) e dall’agenzia nazionale della ricerca francese (ANR- Agence Nationale de la Recherche). Lo studio include, oltre all’Italia, la Francia, l’Olanda, la Germania, il Portogallo e la Svezia. La ricerca in Italia è stata condotta da Barbara Da Roit, Elisabetta Donati e da Manuela Naldini, che ne ha anche coordinato le varie fasi. Le stesse ricercatrici hanno svolto anche le interviste. Una parte del materiale raccolto con le interviste è stato analizzato prestando attenzione a come funzionano gli scambi tra le generazioni. I risultati di tale analisi sono stati pubblicati in: Donati e Naldini (2012).

⁶ Gli intervistati del primo campione, genitori con figli piccoli, sono stati individuati attraverso contatti diretti con alcune aziende che prevedono orari di lavoro “atipici” (aziende di trasporto, centri commerciali, ecc.) o con professioni che prevedono contratti “atipici” e/o con orari lunghi, ecc.), gli intervistati del secondo campione, figli adulti con genitori fragili, sono stati individuati in parte attraverso conoscenze dirette delle intervistatrici, in parte attraverso contatti diretti con i servizi sociali territoriali.

Il campione di genitori è composto da 22 madri e 4 padri;⁷ in 4 casi si tratta di genitori soli. Le famiglie sono state selezionate in base a tre criteri: presenza di almeno un figlio sotto i 12 anni; entrambi i genitori occupati e almeno uno dei due in forma “atipica” (sotto il profilo degli orari e/o sotto il profilo del contratto di lavoro), o genitori soli occupati; numero di ore di lavoro remunerato superiore (per ciascun genitore) a 20 ore settimanali. La maggior parte delle/degli intervistate/i lavora più di 30 ore alla settimana, con orari e/o contratti di lavoro “non-standard”: lavoro a turni, la sera, il week-end, orari lunghi, orari frammentati, contratti a tempo determinato, collaborazioni coordinate e continuative, lavori a progetto. Per quanto riguarda l’età, la maggior parte dei genitori ha tra i 30 e i 40 anni, e i figli sono in prevalenza figli unici, in maggioranza in età pre-scolare. Le/gli intervistate/i rappresentano un gruppo sociale ampio, sia in termini di tipo di lavoro, che di posizione professionale (dal venditore ambulante, agli autisti di autobus, agli insegnanti, ai liberi professionisti). Le pressioni vissute nell’organizzazione della vita quotidiana dai genitori sono esplorate prestando attenzione sia a fattori di natura più “oggettiva”, che rendono più o meno complicata la conciliazione – età dei figli, orario di lavoro, risorse disponibili (pubbliche e private, formali e informali) costi e orari di apertura dei servizi – sia a fattori di natura più “soggettiva”. In quest’ultimo caso si è fatto riferimento soprattutto ai vissuti degli intervistati, con particolare attenzione allo scarto tra valori, modelli educativi e di genere e pratiche di cura, tra aspettative di carriera professionale e investimenti familiari.

Il campione dei figli/e che hanno responsabilità di cura verso un genitore/suocero/a in condizioni di fragilità è composto da 27 intervistati (22 donne e 5 uomini). Tutte le donne sono occupate ed hanno genitori anziani, in prevalenza madri anziane, che necessitano di cure e di

⁷ La scelta metodologica di avere uno solo dei genitori come testimone privilegiato della conciliazione deriva dalla decisione di intervistare la persona principalmente responsabile della cura. Tale scelta presenta indubbiamente dei limiti. Com’è noto, non è indifferente se la storia è raccontata dalla madre (22 casi) o dal padre (4 casi) non solo per lo scarto tra ciò che viene detto e ciò che viene fatto dall’intervistato/a, ma anche perché il genere influenza la percezione di ciò che si dice a proposito delle attività svolte per la famiglia dall’altro partner. Nonostante questi limiti, la raccolta simultanea dei dati relativi alle pratiche di cura e di organizzazione della vita quotidiana dell’uno e dell’altro genitore consente di analizzare il modo in cui i soggetti (madri e/o padri) contribuiscono a riconoscere, dare senso e in ultima analisi, a costruire modelli di genere sia femminile che maschile.

sostegni nella vita quotidiana. I criteri per la selezione del campione sono stati tre: essere la/il principale *care-giver* di genitori (o familiari) anziani fragili o non autosufficienti (per questo si tratta prevalentemente di donne, prevalentemente figlie); avere un'età superiore ai 40 anni; infine, essere occupati almeno 20 ore settimanali.⁸ Lo spettro di occupazioni e posizioni professionali degli intervistati anche in questo caso è ampio ed eterogeneo. I genitori anziani, in prevalenza madri, nella maggior parte dei casi sono del tutto non autosufficienti (18 su 28 ricevono l'indennità di accompagnamento). L'intervista ha raccolto informazioni nelle stesse aree tematiche previste nel campione di genitori lavoratori con figli, prestando particolare attenzione alle diverse fasi della cura, dall'insorgere del bisogno fino all'attuale organizzazione quotidiana della cura.⁹

4. Lavoro, figli e cura, strategie di genere nel mercato del lavoro atipico

Seguendo Hochschild (1989) le strategie di genere della cura (e della conciliazione) possono essere definite come “piani di azione” che gli individui sviluppano per far fronte allo scarto tra i loro “valori” e le loro “pratiche”, mediando tra i diversi bisogni e le diverse aspettative di cura e di lavoro, entro contesti culturali e istituzionali vincolanti per gli individui sulla base di norme di genere (che attribuiscono ruoli e aspettative differenziate, a madri e padri, a figli e figlie), obbligazioni familiari (di genere e di generazione) e politiche sociali.

⁸ Nel caso della cura dei genitori anziani non si è ritenuto cruciale focalizzare l'attenzione sui lavoratori “atipici”. Innanzi tutto perché nelle “coorti” di lavoratori più “anziani” l'incidenza del lavoro atipico è più limitata che nelle coorti più giovani. In secondo luogo perché l'organizzazione della cura verso gli anziani non autosufficienti conosce fasi imprevedibili e segue logiche assai differenziate, e quando include anche la cura fornita da un servizio si articola in orari non necessariamente più difficili da conciliare con contratti e/o orari di lavoro “atipici” rispetto ad un lavoro “standard”.

⁹ Le interviste (del primo e del secondo tipo di famiglie) sono state integralmente trascritte. Successivamente le informazioni sono state analizzate e ricondotte a quadri sinottici (in lingua inglese) organizzati per temi, in modo da rendere il materiale empirico confrontabile tra i 6 Paesi inclusi nel progetto. I dati raccolti sono stati elaborati in base ad un'analisi del contenuto. I dati a cui facciamo riferimento in questo articolo provengono esclusivamente dalle interviste condotte in Italia.

Come è stato recentemente sottolineato, nell'equilibrio tra famiglia e lavoro non sono cambiate solo le aspettative verso l'occupazione delle donne e le norme di genere, è cambiata anche l'idea dell'infanzia e dei bisogni dei figli (Moen, 2003; Bianchi *et al.*, 2006).

I dati raccolti con le interviste sono particolarmente interessanti per esplorare le strategie di genere messe in atto dai genitori con figli piccoli. Si tratta, infatti, di genitori per certi versi "sotto pressione", non solo perché entrambi (o l'unico presente) hanno un lavoro retribuito, ma anche perché entrambi (o il solo) si trovano ad avere un lavoro che, per orario, impegno o tipo di contratto, non è facile da conciliare con le responsabilità di essere genitore.

L'organizzazione dei tempi di vita quotidiana: dipendenze e divisioni di genere

Nella complessa organizzazione della vita quotidiana dei genitori con lavori non-standard (cfr. anche Piccone Stella, 2007), i nonni emergono, in modo più netto di quanto non risulti dalle ricerche nazionali (Cnel-Istat, 2003; Rosina e Sabbadini, 2006), come la risorsa cruciale e una in certa misura data per scontata. Il ricorso ai nonni è la principale strategia di conciliazione tra i genitori che hanno figli piccoli (sotto i 3 anni), tra quelli che hanno più di un figlio e tra i padri e le madri separati.

Le strategie di conciliazione, come emergono dall'analisi delle interviste, vengono messe in atto non solo sulla base di valori: dei modelli educativi dei genitori, come quello che si esprime attraverso l'idea del tempo che è "bene" che i figli, soprattutto se piccoli, trascorrono con i genitori, *in primis* la madre, e in assenza dei genitori, del tempo che è "bene" che i figli spendano con altre figure familiari e/o professionali. I modelli educativi e quelli della "buona" genitorialità, differenziata per madri e padri, nelle pratiche quotidiane, tuttavia, si scontrano con i vincoli degli orari di lavoro dei genitori. I conflitti tra tempo da dedicare ai figli e tempo da dedicare al lavoro riguardano in primo luogo le madri. Il tipo di orario di lavoro di lei e di lui e come questi si combinano, anche nella forma di desincronizzazione dei tempi, può anche essere una risorsa può essere usato come una strategia di conciliazione alternativa al ricorso a

terzi, *in primis* i nonni, che consente di estendere il tempo in cui i figli hanno almeno un genitore presente. Tuttavia, nella maggior parte dei casi il tipo di orario di lavoro, se “atipico”, si presenta come il principale vincolo per una “buona” conciliazione.

La dimensione di genere nelle pratiche di cura dei genitori può essere colta a partire dall’analisi di alcuni aspetti propri dell’organizzazione della vita quotidiana: 1) il tempo trascorso con i figli, da parte di ogni singolo genitore e dei due insieme (quando c’è la coppia genitoriale) e il significato attribuito a tale tempo; 2) la “dipendenza da terzi”, colta attraverso un’analisi del tempo e del coinvolgimento nelle attività di cura per i figli da parte di “terze” persone, al di là del tempo che i bambini passano all’asilo, a scuola o in altre attività strutturate.¹⁰ Le pratiche di cura tra lavoro e famiglia sono anche colte con riferimento alle aspettative sulla partecipazione della madre nel mercato del lavoro. Sulla base di queste dimensioni, l’organizzazione della vita quotidiana tra lavoro e cura nelle famiglie con occupazioni “non-standard” può essere ricondotta a 4 modelli di genere della conciliazione.

Il primo è quello “*dell’autonomia nella parità di genere*”. Si tratta di una strategia che si basa sulla condivisione e autosufficienza ed è individuabile in soli 4 casi su 26. I genitori non delegano ad altri (al di fuori dei servizi) se non in minima parte e in casi di “emergenza” (malattia o durante le vacanze). Essi assumono in modo diretto come coppia genitoriale la responsabilità e le attività di cura dei figli nell’arco della giornata, ricomponendo i tempi e coordinando gli orari del lavoro e dei servizi (o della scuola). La partecipazione al mercato del lavoro delle madri è continua e non è messa in discussione. Troviamo qui coppie diverse per profilo professionale e livello di istruzione.

Per Luciano, ricercatore universitario (int. 21) e la moglie, giornalista e *free lance*, due bimbe (2 e 4 anni) il lavoro, oltre che prevedere futuri sviluppi e prospettive di carriera, presenta

¹⁰ Come detto, in 22 casi su 26 è la madre che ci informa sui tempi, sulle attività e sul coinvolgimento del padre. Nonostante ciò, queste informazioni, insieme a quelle sull’organizzazione complessiva della vita quotidiana e al significato attribuito dagli intervistati (in prevalenza madri) alle pratiche di cura e alla condivisione offrono un quadro inedito sulla costruzione di genere delle strategie di conciliazione messe in atto dai genitori con lavori atipici.

anche un certo grado di flessibilità e autonomia nell'orario di lavoro, anche se richiede impegni serali, che costituiscono il terreno fertile entro cui avviene la condivisione. Una certa interscambiabilità e flessibilità dei ruoli tra Luciano e la “compagna” e l'utilizzo dei servizi per l'infanzia costituiscono gli assi portanti della loro organizzazione familiare. Tuttavia, non mancano divergenze sui modi di intendere la cura per i figli, sul ruolo del “buon padre” e della “buona madre”, sul tempo da dedicare ai figli.

“Io non mi sono mai posto particolari problemi nel mandarli al nido, questo infatti è stato spesso un terreno di conflitto con la mia compagna [...]. Lei, ad esempio, se la prende [la figlia più piccola] un giorno che non ha lavoro, piuttosto che stare a casa a leggere o riposare e lasciarla all'asilo, se la prende e vanno a fare una passeggiata... arrivando poi in genere la sera “sclerata”. [...] Adesso da circa un anno abbiamo rinunciato alla baby-sitter. Ogni tanto forse... più io torno a chiedermi se non sarebbe il caso di riprenderla; ma la mamma si sente in colpa e preferisce fare i salti mortali e rinunciare alla baby-sitter... pensa di farcela lei, poi non ci riesce e allora devo subentrare io.” (Luciano, int. 21)

Il lavoro “a turno” sia di lei che di lui è la strategia di conciliazione adottata da Daniela e dal marito. Daniela (int. 20) ha due figli (11 e 6 anni) e lavora, come il marito, a turni in una fabbrica della provincia di Torino, alternarsi è una strategia di cura, adottata per “scelta”, quando le aziende offrono al lavoratore uno spazio di manovra per definire il calendario dei turni. Tale strategia è esplicitamente giustificata da una volontà di “autonomia” dai propri genitori (i nonni). Si tratta anche di una strategia di genere. Per Daniela, infatti, i turni sono stati la condizione per una divisione più equa e “giusta” del lavoro domestico e di cura, che nelle sue parole è del “50-50”.

Il secondo modello è quello della “autonomia nella disparità” (presente in 6 casi su 26). Si tratta di una soluzione tra lavoro e cura a forte conduzione femminile, con richiami al modello della “madre sola”, sia in termini di tempo passato con i figli (alcune madri hanno a tal fine

richiesto il part-time) sia in termini di guida e responsabilità della cura e dell'organizzazione tra famiglia e lavoro. Questo modello può essere l'esito sia dell'assenza di risorse di rete (mancanza dei nonni, o di altre figure parentali) e/o della scarsa partecipazione maschile sia di specifiche strategie e definizioni di genere femminile del lavoro fuori e dentro la famiglia. Rosa (int. 3) ha studiato da parrucchiera, ha fatto l'operaia in varie aziende, ha lasciato il lavoro quando è arrivata la figlia, ora, ha ripreso a lavorare. Oggi il suo lavoro di ispettrice in un supermercato la costringe a lavorare a turni e nei giorni festivi, ma se potesse ne farebbe a meno. A proposito del suo lavoro Rosa dice: *“Non ho nessuna ambizione sul lavoro; lavoro perché abbiamo bisogno di soldi, ma se potessi resterei a casa”*. (Rosa, int. 3)

Il terzo modello è quello della *“dipendenza da terzi a leadership materna”* (8 casi). Ciò che distingue questo modello è il fatto che i genitori dipendono dai nonni o da terze persone. In questo caso le madri tendono ad avocare a sé il ruolo di principali *care-giver*, organizzando la propria sostituzione, gestendo i rapporti con i nonni, supervisionando e dirigendo il lavoro della baby-sitter. I padri dal canto loro tendono a contribuire alla costruzione della *“leadership materna”*, attraverso il sostegno all'idea di una complementarietà dei ruoli genitoriali e familiari. Differenti sono i tipi di famiglie che ricadono sotto questa strategia di conciliazione. Vi si trovano soprattutto le madri i cui orari di lavoro, nonché la scarsa condivisione da parte dei padri del lavoro di cura, aprono la strada alla presenza, intensa, e talvolta *“interferente”* dei nonni. È il caso di Cristina (int. 18) tre figli (7, 5 e 2 anni) con turni di lavoro: mattina (7-15) o pomeriggio (15-23). Il marito di Cristina non ha una posizione stabile sul mercato del lavoro. Dopo aver cambiato diversi lavori, si è messo in proprio e ora fa il venditore ambulante, con orari di lavoro che iniziano molto presto, a seconda di quanto lontano è il luogo in cui avviene il mercato. L'organizzazione della cura dei figli è in gran parte delegata ai nonni paterni. Cristina inoltre paga ad ore una colf *“per stare di più con i figli senza avere lo stress delle pulizie”*.

Il racconto di Andrea, ragioniere, 48 anni, una figlia di 10 anni, re-inseritosi, dopo la crisi dell'Olivetti, nel mondo del lavoro come consulente (“precario”, come si autodefinisce) nel ramo tessile, sposato ad una ragioniera il cui apporto al reddito familiare è più consistente e sicuro del suo, evidenza non solo lo scarto tra il modello di dipendenza da terzi (in questo caso da una zia materna) e modello ideale di organizzazione familiare preferita (poter contare sui nonni, avere una moglie che lavora più vicino a casa, avere un posto di lavoro sicuro) ma anche la parte giocata dai padri nella costruzione della leadership materna.

Nel descrivere l'organizzazione della cura della figlia dice: *“Io mi occupo della parte scolastica, clownesca, di farla giocare, lei si occupa più della parte pratica, siccome è molto precisa, nel vestire, nella cura, però un po' più freddina... Io ritengo di essere molto più il compagno di giochi. A livello di organizzazione delle visite mediche fa tutto lei.”* (Andrea, int. 14).

Infine, troviamo genitori con pratiche di cura di *“dipendenza condivisa”*. In questo modello non è fondamentale solo la presenza dei nonni, ma appunto la condivisione, tra padre e madre. Si tratta di un modello che troviamo prevalentemente tra le coppie in cui lei ha un profilo educativo e professionale elevato. Silvia (int.11) ricercatrice precaria, separata da 4 anni, una figlia di 7 anni, può continuare a lavorare e sperare in una carriera grazie all'aiuto della madre che vive nell'appartamento di fronte. Ma in questo caso l'ex-marito condivide con la madre la responsabilità di essere genitore, non solo in termini formali, avendo Silvia e l'ex-marito scelto l'affidamento “congiunto” già prima dell'arrivo della nuova legge,¹¹ ma anche in termini pratici.

Queste quattro soluzioni di conciliazione e cura, tra autonomia e dipendenza, si fondano su strategie di coppia e di genitorialità che possiamo collocare in un quadrante attraversato da due linee, in cui la linea orizzontale – maggiore-minore parità di genere – si interseca con quella verticale – maggiore-minore dipendenza da “terze persone”. Nel mettere in campo l'una o

¹¹ Legge 54/2006, che ha introdotto l'istituto “dell'affidamento condiviso”.

l'altra strategia giocano un ruolo di rilievo i seguenti vincoli: la disponibilità dei nonni, il numero, l'età e bisogni dei figli, gli orari e il tipo di richieste provenienti dal lavoro di lui e di lei. Infine, giocano un ruolo di rilievo i seguenti atteggiamenti, norme e valori: l'importanza e il significato attribuito al lavoro di lei, il modello educativo prevalente, le norme di genere e quanto esse lascino spazio alla partecipazione dei padri nella cura. A questo riguardo è interessante notare che, mentre nella prima strategia di genere, "l'autonomia nella parità", è il coinvolgimento del padre che consente l'autonomia, nel secondo modello, "l'autonomia nella disparità", la conciliazione tra lavoro e famiglia è possibile solo grazie al ridimensionamento del lavoro di lei oppure alla riduzione del numero di figli.

Nel terzo e quarto modello la dipendenza dai nonni si costruisce entro strategie di divisione di genere (con le madri che si definiscono le principali responsabili della cura e i padri che partecipano meno, o interpretano il proprio ruolo come complementare a quello della madre) o di condivisione e di flessibilità nella coppia.

In tutti e 4 i modelli uno degli aspetti più critici dell'organizzazione tra lavoro e famiglia per le coppie con lavori ad orari non-standard, oltre alla rigidità o inadeguatezza dei tempi dei servizi, è la mancanza di sincronizzazione dei tempi di vita familiare (e di coppia) di genitori e figli, anche quando la de-sincronizzazione è scelta intenzionalmente come strategia di conciliazione. L'assenza di uno dei genitori durante il week-end è l'aspetto che sembra interferire di più con la vita familiare.

5. Genitori anziani, cura e lavoro

A differenza della cura per i figli, nel caso di genitori anziani non solo chi dà cura ma anche chi la riceve appartiene per lo più al genere femminile. In 24 casi su 27 chi riceve cura è la madre anziana. Se la maggiore presenza di madri tra chi ha bisogno di cura ha cause demografiche, la maggiore presenza di figlie tra chi la fornisce risponde a specifiche logiche di genere. L'analisi

sia delle “carriere” di cura, sia delle strategie della cura dei *care-giver* segnala non solo come le aspettative di cura siano differenziate a seconda del genere di appartenenza, ma anche che figlie e figli sono sottoposti a un diverso grado di “pressione”.

Strategie di genere nelle pratiche di cura verso i genitori anziani

L’analisi delle interviste su conciliare famiglia-lavoro in presenza di genitori anziani con gravi bisogni di cura permette di individuare – nell’ambito delle 27 interviste a quelli che sono stati definiti i “principali” *care-giver*, 4 diversi tipi di soluzioni così distribuiti: *patchworking* 6 casi (tutte figlie); *esternalizzazione semi-completa* della cura a domicilio 12 casi (10 figlie e 2 figli); *ri-coabitazione* 4 casi (3 figlie e una nuora); *accoglienza in strutture* 5 casi (2 figli maschi, 1 nipote maschio, e 2 figlie).¹²

La prima strategia di cura, quella del *patchworking*, consiste nella ricomposizione di un quadro frammentato di risorse, da quelle formali (servizi a pagamento per qualche ora al giorno o alla settimana e/o qualche ora di assistenza domiciliare o di servizio sanitario a domicilio) a quelle informali (in primo luogo, se presente e in buona salute, l’altro genitore, ma soprattutto, sorelle e fratelli). Questa strategia è adottata soprattutto durante la prima fase, quando i bisogni di cura sono “leggeri”. Si tratta di una soluzione vissuta dalle intervistate come temporanea e instabile. La strategia del *patchworking* presenta alcune caratteristiche che la rendono una pratica di cura tendenzialmente femminilizzata. Le intervistate nel nostro caso svolgono prevalentemente un lavoro di attivazione e mobilitazione della rete di ricomposizione dei tempi della cura. In questo tipo di pratica è cruciale la capacità organizzativa e di gestione della complessa, variabile e articolata rete di cura, composta da vari soggetti (in alcuni casi sono presenti anche i servizi sociali, dunque, stante le regole di accesso vigenti in Italia, l’anziano e la sua famiglia si trovano anche in una situazione di ridotte risorse economiche).

¹² Queste 4 strategie di cura sono state individuate, a partire da una prospettiva di analisi del materiale raccolto che mira ad individuare le ricadute della cura sul lavoro e sulla vita personale dei *care-givers* da Da Roit e Naldini (2010).

La seconda strategia di cura, che possiamo definire anche una soluzione di conciliazione tra lavoro e famiglia, consiste nell'*esternalizzazione semi-completa* della cura a domicilio. Essa si basa sul ricorso al mercato privato, attraverso la figura di una "badante". È la soluzione di conciliazione più diffusa tra i nostri *care-giver* (12 su 27). La badante, che in molti casi vive con il genitore anziano, per 24 ore al giorno, 6, talvolta 7 giorni alla settimana, secondo i racconti dei *care-giver* si occupa un "po' di tutto": dalla cura personale alla somministrazione di farmaci, dai lavori domestici alla spesa, dai rapporti con i servizi sanitari ad attività di compagnia. I *care-giver*, le figlie-adulte o i figli-adulti (in questo caso su 12 *care-giver* 2 sono uomini) svolgono anche il ruolo di datore di lavoro, sia in termini di selezione, assunzione e responsabilità circa il pagamento dello stipendio, sia di coordinamento e controllo sulle attività svolte. Tra le figlie, oltre alle attività di coordinamento e organizzazione, l'assunzione diretta delle attività di cura può essere ampia anche in presenza di figli piccoli.

È il caso di Rosmara, che lavora come OSS (Operatrice Socio Sanitaria) presso un istituto, 41 anni, 2 figli minori, di cui uno in affidamento, una madre gravemente disabile con bisogni di assistenza continua e un padre che si prende cura della moglie durante la notte. Rosmara racconta:

"... quando ci sono dei problemi, che la badante non c'è o che ha bisogno di un'ora, la sostituisco io. E poi io vado quasi tutte le sere se non capita qualche cosa.[...] Nelle situazioni di crisi e di emergenza c'è il panico, cioè, se io non ci sono c'è il panico perché mio papà telefona qui, se qui non trova nessuno telefona sul cellulare nonostante che ci sia questa badante [...]" (Rosmara, int. 11)

La terza soluzione al problema di cura e di riconciliazione famiglia-lavoro è la "ri-coabitazione", ossia, il vivere sotto lo stesso tetto. Mentre una delle caratteristiche ricorrenti è la prossimità abitativa tra genitori anziani e figli *care-givers*, la ri-coabitazione è presente nel nostro campione in un numero limitato di casi (4). Questa soluzione si presenta come una pratica di cura, al pari del *patchworking*, fortemente femminilizzata, per tipo di coinvolgimento

diretto nelle attività di cura e di continuità nella presenza richiesta. Non a caso, dalle interviste emerge che questa è una delle soluzioni di cura meno desiderabile. Valeria, che è infermiera e lavora a turni, vive con il marito, il secondo figlio e la madre, descrive la situazione come quella di una famiglia che oramai è agli “arresti domiciliari” (int. 14).

Infine, l'*istituzionalizzazione* è l'ultima strategia di cura, vista un po' come una tappa finale, a cui solo pochi giungono, una soluzione quando non si vedono altre vie d'uscita e in presenza di alti livelli di dipendenza. È una soluzione di cura ben più radicale, in termini di delega, del ricorso alla badante. Va osservato, tuttavia, che questa soluzione, che pur sembra mettere fine ai problemi di conciliazione lavoro-cura, viene vista come indesiderabile dalla maggior parte delle/dei *care-givers* del nostro campione. A ciò contribuisce anche l'immagine negativa associata all'istituzionalizzazione nel nostro Paese. Si tratta comunque di una soluzione più “maschile” che “femminile”: sono prevalenti i *care-giver* maschi (3, due figli e un nipote) sulle figlie femmine (2). La storia di Adriano, che pur si definisce *care-giver* principale perché in grado, più del fratello, di prendere decisioni immediate durante la storia di malattia della madre, mostra non solo la difficoltà di reggere una impegnativa soluzione domiciliare, ma anche la sofferenza legata alla decisione finale.

“Dopo l'evento ischemico è cominciato il “cosa facciamo” con mio fratello. Abbiamo cominciato a alternarci io e lui con l'aiuto di mia figlia e con l'aiuto anche di una badante moldava, a casa della mamma. Praticamente la mia vita era: mamma, scuola, scuola mamma, mamma scuola Roma, mamma scuola scuola mamma [...] Siamo arrivati all'idea della RSA in quanto non ci siamo ritenuti capaci di seguire 24 ore al giorno la mamma e soprattutto non abbiamo avuto fiducia nella persone che potevamo mettere accanto alla mamma per 24 ore al giorno, intendo le classiche badanti. Questa scelta mi ha causato due mesi di notevoli problemi psicologici” [...] (Adriano, int. 22)

L'interpretazione circa la condizione di mancanza di alternative sembra basarsi su criteri diversi per i figli maschi rispetto alle figlie femmine. Per i primi è più probabile che la

valutazione di mancanza di alternative coincida, o la si faccia coincidere, con l'assenza di una donna nella rete familiare. I figli maschi diventano *care-giver* principalmente in assenza di altre alternative. Nelle 5 storie di *care-giver* maschili (4 figli e un nipote) non è l'assenza di fratelli che fa la differenza, ma quella di sorelle. Per le *care-giver* donne è soprattutto l'essere figlie uniche a rendere difficile alla lunga reggere situazioni di grave dipendenza.

Le quattro diverse soluzioni di cura (e di conciliazione cura-lavoro) si presentano come tappe nel corso della storia di cura: si transita dalla prima alla seconda, dalla seconda alla terza, e in qualche caso alla quarta, a fronte di eventi che hanno un alto livello di imprevedibilità. Si tratta anche di traiettorie diversificate a seconda dei gradi di dipendenza e decorso della malattia del genitore. Ma le tappe e i tempi si diversificano anche in base al genere del *care-giver*.

Diventare *care-giver* del proprio genitore non più autonomo presenta caratteristiche proprie delle “carriere morali” (Finch and Mason, 1993) fortemente differenziate per figli e figlie. Queste ultime descrivono il come e il perché sono diventate le principali *care-giver* in termini di una “evoluzione naturale”, anche tenuto conto delle loro precedenti esperienze di cura e della presenza di altre responsabilità familiari. Emanuela (int.27) sposata, senza figli, lavora come coordinatrice dei servizi sociali nella sua città. Pur vivendo a tre ore di treno dalla madre malata di Alzheimer, va ogni fine settimana da ormai quattro anni a sostituire la “badante”. Emanuela spiega le ragioni del suo essere diventata la principale *care-giver* con queste parole: *“sono la sorella più grande e fin da piccola sono sempre stata quella che si prendeva cura ed ero la più responsabile [...] Mia sorella, pur vivendo nella stessa città, ha figli piccoli e non può occuparsi di mia madre”*. (Emanuela, int. 27) .

6. Conclusioni

Nonostante l'innovazione istituzionale introdotta dalla legge sui congedi genitoriali e familiari (L.53/2000), la cura per i figli rimane prevalentemente una responsabilità femminile. La

mancanza di una rete familiare/parentale, un maggior impegno di lavoro di lei sono le principali condizioni che sembrano incoraggiare l'attivazione di strategie di cura condivise tra padri e madri. Le politiche di cura per l'infanzia, soprattutto la scarsa disponibilità e accessibilità dei servizi per la primissima infanzia ed orari scolastici ridotti, rafforzano il ricorso a terze persone e la dipendenza dall'unica risorsa flessibile e gratuita disponibile: i propri genitori. Il ricorso ai nonni è una strategia di genere della conciliazione, non solo perché grazie ad essa le madri possono mantenere progettualità e investimento nel lavoro anche quando arrivano i figli, ma anche perché essa, richiedendo frequenti negoziazioni e mediazioni tra i diversi soggetti coinvolti nella cura e una complessa organizzazione delle attività e dei tempi tra lavoro e famiglia, richiede un lavoro relazionale, oltre che una integrazione dei tempi, svolti quasi sempre dalla madre. Tuttavia, la dipendenza dai/lle nonni/e si traduce anche in diseguali opportunità per le famiglie senza rete familiare di prossimità, specie se non hanno adeguate disponibilità economiche per ricorrere a personale a pagamento.

Sull'altro versante della cura, quello verso i genitori anziani, le politiche pubbliche, divise tra inerzia legislativa nel campo delle politiche sociali e regolamentazioni attraverso leggi ad "hoc", che creano spazio per il lavoro, spesso non protetto, svolto dalle donne migranti, contribuiscono a rafforzare l'idea che la cura è un lavoro "da donna" e perciò non professionalizzato. In effetti, oggi le donne migranti, a prescindere dal loro livello di istruzione e dal loro profilo professionale, trovano facilmente lavoro nel nostro Paese proprio e principalmente in questo settore. Benché vi siano anche badanti uomini, questi costituiscono una piccola minoranza (Catanzaro e Colombo, 2009 p. 23).

La divisione di genere nella cura degli anziani resta netta anche perché le politiche, privilegiando i sussidi invece dei servizi, incoraggiano, pur entro un modello di esternalizzazione parziale della cura, la tradizionale visione della cura come questione privata e familiare. Anche se in questo caso, a differenza di quello della cura dei bambini, i figli adulti, ma soprattutto le figlie adulte ricorrono all'aiuto di un'altra donna (la badante) per non

rinunciare alla propria vita professionale e lavorativa in una fase del corso di vita in cui ci si attendeva di poter essere più liberi dalle opposizioni tra lavoro e famiglia. È pur sempre una figura femminile entro la rete parentale, che organizza, gestisce, coordina le attività, si occupa della selezione, assunzione e tiene i rapporti con le prestatrici di cura a pagamento. I servizi, il medico di base, così come altre figure professionali sono per lo più assenti nel ruolo di valutazione dei bisogni, coordinamento tra servizi, mediazione in caso di conflitti tra i soggetti coinvolti nella cura, organizzazione e gestione delle attività quotidiane.

I servizi sociali, quando presenti, intervengono solo se gli anziani hanno ulteriori bisogni, economici o sanitari. Pertanto, i servizi formali come soluzione di cura sono fortemente inadeguati a coprire anche solo una parte dei bisogni degli anziani gravemente dipendenti. La presenza dei servizi domiciliari, inoltre, richiede sempre una presenza attiva e una capacità di mobilitazione della rete, attraverso la presenza di una figura che faccia da regista nell'intricata tela dei rapporti e delle relazioni tra soggetti. L'unica politica che sembra riconoscere i bisogni di cura e conciliazione tra famiglia e lavoro nelle fasi più mature del corso di vita, e che costituisce una parziale eccezione agli assunti di genere delle politiche di cura per gli anziani, è la legge 104 del 1992. Essa consente di far fronte alle emergenze e/o ai bisogni diversificati dei genitori non autosufficienti attraverso il riconoscimento della figura del principale responsabile della cura e viene utilizzata di fatto sia dai figli (anche se solo nel caso non ci sia una figlia disponibile) che dalle figlie.

Come nelle politiche, anche nella pratica le interviste mettono in evidenza come le aspettative e gli assunti circa chi entro la famiglia debba prendersi cura dei propri genitori anziani contribuiscono a disegnare "carriere" di cura, differenziate per figli e figlie. Le pratiche di cura anche in questo ambito rimangono ancorate a strategie di genere, con le figlie più coinvolte in soluzioni di cura che mettono "sotto pressione", come nel caso di *patchworking* e *ricoabitazione*. Al contrario i figli, oltre a divenire i principali *care-giver* solo se non vi è una

donna disponibile nella rete, si trovano più legittimati a soluzioni di cura che richiedono meno tempo e meno responsabilità quotidiane, come nel caso del ricorso a strutture residenziali.

Bibliografia

- Bettio, F., Simonazzi, A. e Villa, P. (2006) *Change in Care Regimes and Female migration: the "Care Drain" in the Mediterranean*, in «Journal of European Social Policy», vol. 16, no 3, pp. 271-285.
- Bianchi, S.M., Robinson, J.P., e Milkie, M.A. (2006) *Changing rhythms of American family life*, New York, Russell Sage Foundation.
- Catanzaro, R. e Colombo, A. (2009) (a cura di) *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna, il Mulino.
- Crouch, C. (1999) *Social Change in Western Europe*, Oxford, Oxford University Press.
- Donati, E. e Naldini, M. *Generazioni e scambi di cura*, in: Naldini, M., Solera, C. e Torrioni, M.P. (a cura di), *Corsi di vita e generazioni*, Bologna, Il Mulino.
- Da Roit, B. (2007) *Gli assegni di cura in Italia*, in Pasquinelli, S. (a cura di), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie. Assegni di cura e voucher sociali*, Roma, Carocci, pp. 37-62.
- Da Roit, B. e Bihan, B. (2010) Similar and yet so different: cash-for care in six european countries' long-term care, In «*Milbank Quarterly*», vol. 88, 3, pp. 286-309.
- Da Roit, B. e Naldini, M. (2010) *Should I stay or should I go? Combining work and care for an older parent in Italy*, in «*South European Society & Politics*», vol.15, no 4, pp. 531-551.
- Fine-Davis, M., Fagnani, J., Giovannini, D., Hojgaard, L. e Clarke, H. (2004) *Fathers and Mothers: Dilemmas of Work-life Balance*, Kluwer Academic Publisher, 2004 (trad. 2007, *Padri e madri: i dilemmi della conciliazione famiglia-lavoro. Studio comparativo in quattro paesi europei*, Bologna, il Mulino).
- Finch, J. e Mason, J. (1993) *Negotiating Family Obligations*, London, Routledge.
- Gori, C. (2008) (a cura di) *Le riforme regionali per la non-autosufficienza*, Roma, Carocci.

- Gornick, J. e Meyer, M. K. (2009) *Institutions that Support Gender Equality in Parenthood and Employment*, in Gornick, J. e Meyer, M.K. (a cura di) *Gender Equality. Transforming Family Divisions of Labor. The Real Utopias Project*, pp. 3-64, London/New York, Verso.
- Hochschild, A. (1989) *The Second Shift: Working Parents and the Revolution at Home*, London, Piatkus.
- Innocenti, Istituto degli (2006) *I nidi d'infanzia e gli altri servizi educativi per i bambini e le famiglie*, Quaderno n. 36, Centro documentazione analisi per l'Infanzia e per l'adolescenza, Firenze.
- Innocenti, Istituto degli (2009) *Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, rapporto al 30/06/2009*, Centro documentazione analisi per l'infanzia e l'adolescenza.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New York, Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: UP Oxford, trad. It. *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- Istat (2009) *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2006*, Roma, disponibile al: http://www.istat.it/dati/dataset/20090817_00/.
- Istat (2010a) *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno scolastico 2008/2009. Statistiche in Breve*, Roma, 14 giugno 2010, disponibile al: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100614_00/testointegrale20100614.pdf.
- Istat (2010b) *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale. Anno 2006*, Roma, disponibile al: http://www.istat.it/dati/dataset/20100211_00/

- Istat (2011) *La conciliazione fra lavoro e famiglia* (Statistiche Report, 28-12-11). Disponibile:
<http://www.istat.it/it/archivio/48912>
- Istat-Cnel (2003) *Maternità e partecipazione delle donne al mercato del lavoro tra vincoli e strategie di conciliazione*, Roma, 2 dicembre 2003, in Atti del convegno, Documenti 49, disponibile al: http://www.cnel.it/53?shadow_documenti=10798 .
- Jacobs, J.A. e Gerson, K. (2004) *The Time Divide. Work, Family, and Gender Inequality*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kittay, E.F. (1999) *Love's Labour: Essays on Women, Equality and Dependency*, New York, Routledge.
- Lewis, J. (1992) *Gender and the Development of Welfare Regimes*, in «Journal of European Social Policy», vol. 2, no 3, pp.159-173.
- Lewis, J. (2006) *Employment and Care. The Policy Problem, Gender Equality and the Issue of Choice*, in «Journal of Comparative Policy Analysis», 2006, vol. 8, no 2, pp.103-114.
- Lewis, J. e Daly, M. (a cura di) (1998) *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, London, Ashgate.
- Mencarini, L., e Tanturri, M.L. (2009) *Fathers' involvement in daily childcare activities in Italy: does a work-family reconciliation issue exist?* in «CHILD Working Paper», no 22, http://www.child-centre.it/papers/child22_2009.pdf
- Micheli, G.A. e Rosina, A. (2008) *Venticinque anni di indennità di accompagnamento in Italia: bilancio demografico e linee di tendenza*, in C. Ranci (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci.
- Millar, J. e Warman, A. (1996) *Family Obligations in Europe*, London, Family Policy Studies Centre.
- Ministero della Salute (2009) *Sistema informativo del Servizio Sanitario Nazionale*, disponibile al: http://www.disabilitaincifre.it/indicatori/indi_testo.asp?cod_ind=sal04

- Moen, P. (a cura di) (2003) *It's About Time: Couples and Careers*, Ithaca/NY, Cornell University Press.
- Naldini, M. e Saraceno, C. (2008) *Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen But Far From Structured Reforms*, in «Social Policy & Administration», vol. 42, p. 733-753.
- Naldini, M. e Saraceno, C. (2011), *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Bologna, Il Mulino.
- OECD (2005) *Babies and Bosses, Reconciling Work and Family Life*, vol. 4, Paris, OECD.
- Orloff, A.S. (1993) *Gender and the Social Rights of Citizenship the Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare State*, in «American Sociological Review», vol. 58, pp.303-328.
- Pavolini, E. e Ranci, C. (2008) *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, in «Journal of European Social Policy», vol. 18, no. 3, pp. 246-259.
- Piccone Stella, S. (a cura di) (2007), *Tra un lavoro e l'altro. Vita di coppia nell'Italia postfordista*, Roma, Carocci.
- Pfau Effinger, B. e Geissler, B. (a cura di) (2005) *Care and social integration in European Societies*, Bristol, Policy Press,.
- Rosina, A. e Sabbadini, L.L. (a cura di) (2006) *Diventare padri in Italia*, Collana Argomenti no 31 Roma, ISTAT.
- Saraceno, C. (2003) *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Tronto, J. (1993) *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, London, Routledge.
- Ungerson, C. e Yeandle, S. (a cura di) (2007) *Cash for Care in Developed Welfare State*, Palgrave Macmillan.