

## Donne, famiglia e cura

Dolors Comas d'Argemir

L'importanza sociale della cura<sup>1</sup>

Chiamiamo lavoro di cura le attività legate alla gestione e mantenimento quotidiano della vita, della salute e del benessere delle persone. La famiglia è la principale istituzione assistenziale, cui la società delega la protezione e il benessere dei suoi membri, e le donne sono le principali responsabili della cura. Questo accade sia in famiglia in maniera non retribuita sia nei lavori di assistenza.

Joan Tronto fornisce una definizione di cura che va oltre l'intimità delle mura domestiche fino a includere la maggior parte delle attività in cui gli esseri umani si impegnano a mantenere la vita. La cura, ci dice, è «l'attività tipica della specie umana che comprende tutto ciò che facciamo al fine di mantenere, continuare o riparare il nostro mondo, per vivere nel miglior modo possibile». Questo mondo include i nostri corpi, le nostre individualità e il nostro ambiente, che cerchiamo di tenere insieme in una rete complessa che sostiene la vita<sup>2</sup>. Due riflessioni: 1) il lavoro di cura non serve solo a mantenere la vita, ma anche a garantire il benessere; 2) la cura si basa su legami sociali, costruisce la società.

Nel quotidiano predomina l'idea di prenderci cura gli uni degli altri, è la definizione di autocura nelle parole di Eduardo Menéndez<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Questo articolo si basa su due progetti di ricerca. Il primo è *L'impegno degli uomini nella cura a lungo termine. Genere, generazioni e culture della cura*, Progetti I+D+I del Ministero dell'Economia. (FEM2017-83517-R). Il secondo *La cura conta. Impatto di genere su assistenti di persone anziane e lavoratori dipendenti in tempo di Covid-19*, Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE.

<sup>2</sup> Tronto, 1993.

<sup>3</sup> 1992.

Ma nelle situazioni di malattia, incapacità o perdita di autonomia, così come nell'infanzia, c'è bisogno di terze persone che intervengano a risolvere le necessità basiche della vita quotidiana. È ciò che Mary Daly e Jane Lewis chiamano cura sociale, definendola come «l'insieme di attività e relazioni che intervengono nel soddisfare le necessità emotive e fisiche di adulti non indipendenti e bambini, e i quadri normativi, economici e sociali in cui esse si collocano e si sviluppano». Oltre alla famiglia, come principale istituzione assistenziale, la cura è fornita anche dai servizi pubblici e dai servizi forniti dal mercato. La necessità di incorporare il settore comunitario in questo schema sostituisce al triangolo del benessere il diamante della cura, come rappresentazione dell'architettura istituzionale dell'assistenza<sup>4</sup>. Famiglia, Stato, mercato e comunità sono quindi gli attori che forniscono le cure. Il ruolo di ciascuno di essi dipende dalla forza delle politiche pubbliche, così i paesi con politiche di cura deboli devono ricorrere più spesso alla solidarietà familiare e intergenerazionale<sup>5</sup>.

Il lavoro di cura non solo è importante a livello esistenziale, lo è anche in termini quantitativi: la maggior parte del lavoro umano è quello di cura (retribuito o non) e la maggior parte delle volte è svolto da donne. Sono le donne a occuparsi della cura in famiglia, e sono le donne che predominano chiaramente nei lavori in ambito sanitario, sociale, di assistenza e di educazione. E va rilevato che, indipendentemente dal livello di qualifica e istruzione richiesto, il lavoro che consiste nell'occuparsi di altre persone è svalutato e meno retribuito di altre attività<sup>6</sup>.

Diverse discipline accademiche hanno affrontato il tema della cura, ma va sottolineato l'apporto dell'economia femminista, perché ha contribuito a dare visibilità all'invisibile e questo ha dato un forte impulso a livello accademico. Tutto il lavoro di cura quotidiano è la parte sommersa dell'iceberg, che è la metafora per rappresentare l'insieme del sistema economico e sociale. La cura si trova nella parte dell'iceberg che non vediamo, è quello che non viene chiamato lavoro anche se occupa del tempo, è quello che non è conteggiato nel budget, che

---

<sup>4</sup> Razavi, 2007.

<sup>5</sup> Saraceno, 2010.

<sup>6</sup> Razavi e Staab, 2010.

non è retribuito (ma che dobbiamo pagare se lo compriamo sul mercato). Manda avanti il sistema e ne è la base, ma non si politicizza perché mascherato in obblighi morali e affettivi<sup>7</sup>. A tal proposito oggi, a prescindere dalle politiche pubbliche esistenti, il peso maggiore della cura ricade sulle famiglie, e sulla punta dell'iceberg appare solo la cura che viene trasferita a servizi dello Stato o del mercato (senza che le famiglie perdano il loro ruolo di responsabilità e controllo).

La recente letteratura accademica sul lavoro di cura, con grandi contributi dall'America Latina, focalizzata nel campo della teoria politica<sup>8</sup>, dell'economia femminista<sup>9</sup>, della sociologia<sup>10</sup> o dell'antropologia<sup>11</sup>, ci propone concetti e teorie nuove che sottolineano le ingiustizie di genere e sociali sottintese al modo in cui sono organizzate le attività di cura, costellate di disuguaglianze di genere, di razza e di origini. Grazie al suo carattere trascendente la cura oggi è una componente fondamentale per l'equità di genere e per la giustizia sociale nazionale e transnazionale.

### La crisi del lavoro di cura

L'attuale modello di cura basato in gran parte sulla famiglia e soprattutto sugli sforzi delle donne, pone oggi serie difficoltà e inizia a scontrarsi con grandi cambiamenti nella struttura, nelle aspettative e nei comportamenti sociali. I grandi processi sociodemografici, da un lato, insieme ai profondi cambiamenti sociali e culturali, ci stanno portando a un riassetto delle condizioni in cui finora si realizzavano la solidarietà intergenerazionale e le relazioni di genere in ambito di cura. È ciò che la letteratura accademica ha identificato come «crisi della cura»<sup>12</sup> e che riflette la tensione tra capitale, lavoro, riproduzione umana e lavoro di cura.

---

<sup>7</sup> Carasco et al., 2011.

<sup>8</sup> Tronto, 2013.

<sup>9</sup> Carrasco, 2006; Durán, 1988, 2018; Esquivel, 2011; Pérez-Orozco, 2006, 2014.

<sup>10</sup> Araujo e Hirata, 2021; Batthyány, 2015; Faur, 2014; Federici, 2013; Mandell, 2010.

<sup>11</sup> Comas-d'Argemir, 2020; Esteban, 2017; González e Guizardi, 2021; Thelen, 2015.

<sup>12</sup> Pérez-Orozco, 2006; Benería, 2008.

L'aumento della longevità – insieme alla diminuzione della natalità – ha provocato un cambiamento sostanziale nelle dinamiche demografiche. Siamo passati da un regime di alta mortalità e alta natalità, a un altro in cui si invertono le variabili: si riduce la mortalità (specialmente tra le persone con più di cinquantacinque anni) e diminuisce la natalità. In altre parole: viviamo più a lungo e facciamo meno figli.

Effettivamente la speranza di vita alla nascita è cresciuta sostanzialmente in pochissimi anni in tutti i paesi del mondo. Confrontando gli anni 1960 e 2019, si nota che l'Argentina è passata dai 65,1 anni di aspettativa di vita ai 76,7; il Brasile dai 54,2 ai 75,9; il Cile dai 57,3 anni agli 80,2; la Colombia dai 57,2 ai 77,3; l'Ecuador dai 53 ai 77; il Messico dai 57,1 ai 75,1.<sup>13</sup> In Spagna nel XX secolo c'erano solo 34 anni di aspettativa di vita alla nascita, fino ai 69,1 anni nel 1960 e 83,6 anni nel 2019, diventando uno dei primi paesi al mondo in questo ambito<sup>14</sup>. Questa diminuzione della mortalità, che rappresenta un trionfo a livello storico e una democratizzazione della sopravvivenza, apre a sua volta importanti sfide relazionate alle necessità di cura, che aumentano e diventano più complesse nel tempo. E questo è uno degli aspetti demografici che incide nella crisi della cura.

L'altro aspetto è il calo delle nascite, anch'esso su scala mondiale. L'indice di fertilità della Spagna nel 2019 è stato di soli 1,2 figli per donna, molto lontano dal tasso di ricambio della popolazione (2,1 figli per donna). Sono sotto questo tasso di ricambio anche paesi come il Brasile (1,7); Cile (1,6) e Colombia (1,8); Messico (2,1) e Argentina (2,2) lo sfiorano appena<sup>15</sup>. Anche se in alcuni paesi questa riduzione è stata dovuta a politiche specifiche, la bassa natalità è un'espressione della crisi della cura, per le difficoltà di rendere la maternità compatibile con le attività sociali, politiche e di lavoro<sup>16</sup>. Come ha fatto notare Alva Myrdal, Premio Nobel per la Pace, «quello che deve essere protetto non è tanto il diritto al lavoro delle donne sposate quanto il di-

---

<sup>13</sup> Dati della Banca Mondiale: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>.

<sup>14</sup> García, 2015.

<sup>15</sup> Dati della Banca Mondiale: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>.

<sup>16</sup> Esteve et al. 2016.

ritto delle donne lavoratrici a sposarsi e avere figli», facendo appello a logiche di conciliazione che non risolvono tali questioni<sup>17</sup>.

Siffatti cambiamenti demografici sono stati accompagnati da sostanziali cambiamenti nelle famiglie, che hanno contribuito a diminuirne il potenziale di cura: ogni generazione ha meno figli della precedente, le case sono diventate più piccole e la famiglia allargata si è ridotta considerevolmente. Le donne pretendono uguaglianza nei comportamenti familiari, partecipano al mercato del lavoro e non vogliono abbandonarlo, perciò sono meno disponibili alla cura. Gli uomini invece si sono avvicinati timidamente alla cura dei figli e in minor misura alla cura di anziani e di persone non autonome<sup>18</sup>. A ciò si aggiunge la diversità delle forme di convivenza esistenti oggi (famiglie ricomposte, monogenitoriali, coppie di fatto, coppie omosessuali...), che modifica il contenuto dei vincoli di parentela e gli obblighi associati a essi<sup>19</sup>. Sono cambiate sostanzialmente anche le forme di solidarietà familiare tra generazioni, come frutto della longevità e del desiderio di autonomia economica e personale tanto degli adulti come dei più giovani<sup>20</sup>.

Nonostante questi cambiamenti demografici e culturali, che rendono impraticabile un sistema di cura basato sul modello tradizionale, in cui la cura avviene all'interno delle case<sup>21</sup>, la famiglia continua a essere il punto di riferimento su cui si basa l'organizzazione sociale della cura. Certo è che in molti paesi si sono sviluppate politiche pubbliche di assistenza, per somministrare prestazioni e servizi (pubblici e privati) e per salvaguardare il tempo (politiche di conciliazione). Sono però politiche che vanno solo a completare il lavoro svolto dalla famiglia.

La crisi del lavoro di cura, che si basa su questa centralità della famiglia nella cura e nelle sue difficoltà nel fornirla, ha favorito il ricorso a lavoratrici domestiche, i cui bassi salari e il mancato riconoscimento dei diritti, le rendono un'opzione alla portata di molte famiglie. La crescente globalizzazione e mercificazione della cura di anziani e bam-

---

<sup>17</sup> Torns, 2005.

<sup>18</sup> Comas-d'Argemir e Soronellas, 2019.

<sup>19</sup> Roigé e Soronellas, 2018.

<sup>20</sup> Conlon et al., 2016; Soronellas et al., 2020.

<sup>21</sup> Durán, 1988.

bini in ambienti domestici ha ravvivato dinamiche di inferiorità, razzializzazione e sfruttamento delle donne migranti<sup>22</sup>. Nell'ambito della femminizzazione delle migrazioni a livello globale e di una nuova divisione internazionale del lavoro riproduttivo<sup>23</sup>, l'esternalizzazione della cura mediante questo tipo di contrattazione non risolve, ma porta una transnazionalizzazione della crisi sulla base del potere.

Famiglia e cure. Gli obblighi morali hanno un genere

Genere e parentela si configurano come variabili significative nell'attribuzione delle responsabilità di cura. La letteratura accademica ha sottolineato il ruolo del genere e mostrato ampiamente la responsabilità delle donne nei lavori di cura e i suoi effetti sulle disuguaglianze di genere, così come la varietà di risposte, negoziazioni e ruoli delle donne che si generano nel contesto dei cambiamenti generazionali e delle condizioni socioeconomiche relazionate all'età, alla classe sociale o all'etnia. Ma la cura è anche parentela. Le donne che si occupano di cura non lo fanno solo perché sono donne, lo fanno in qualità di madri, di mogli, di figlie o anche in quanto parenti acquisite (suocere, nuore, cognate). Le famiglie gerarchizzano i loro membri a partire da una struttura secondo cui il genere, la posizione genealogica e la generazione si uniscono per distribuire le responsabilità di cura di ciascuno. Sono relazioni che generano affetto, obblighi, solidarietà, ma anche conflitti, tensioni e sfruttamento.

Le norme di genere e di parentela contribuiscono a marcare gli obblighi, il comportamento considerato socialmente appropriato<sup>24</sup>. Non siamo solo donne o uomini, madri o padri, ma ci comportiamo come tali. È «fare genere» e «fare parentela»<sup>25</sup> da una concezione performativa di entrambi i concetti. E sottolineo entrambi i concetti perché, a differenza del genere, la parentela è stata molto poco considerata nelle analisi sulla cura, si da per scontata e si naturalizza.

---

<sup>22</sup> Anderson, 2000; Glenn, 2000; Bofill-Poch e Márquez, 2000; López Estrada, 2021.

<sup>23</sup> Sassen, 2003.

<sup>24</sup> Finch, 1989.

<sup>25</sup> Comas-d'Argemir e Soronellas, 2019.

Le relazioni di parentela, come quelle di genere, sono costruzioni sociali. Hanno come elemento distintivo rispetto ad altri tipi di relazioni sociali il fattore della morale, da cui si stabiliscono il dovere, l'obbligo e la responsabilità di curare. È quello che Sahlins<sup>26</sup> ha chiamato *mutuality being*, questo vivere, sentire e morire attraverso gli altri («*relatives live each other's lives and die each other's deaths*»).

Come ho esposto in un'altra sede<sup>27</sup>, nel contesto familiare convivono tre regimi morali in relazione alla cura: la cura come dono, la cura come reciprocità e la cura come merce.

a) La cura ha le caratteristiche del dono, ovvero implica dare senza aspettarsi nulla in cambio, anche se, in riferimento alla logica del dono<sup>28</sup>, il dare è condizionato al ricevere e al restituire, generando così vincoli sociali. Gli oggetti della donazione sono le attività per far fronte alle necessità della persona accudita e il tempo necessario per realizzarle.

b) La reciprocità è il dono differito nel tempo. Dare, ricevere e restituire cure si iscrive in un circuito di reciprocità intergenerazionale. La circolazione della cura tra famiglie e generazioni è connessa ai cambiamenti sociali ad ampio raggio che modificano le forme di dare e di ricevere assistenza.

c) La cura è anche una merce quando si delegano altre persone pagate per lavori di assistenza. Questa delega si basa sulla divisione concettuale tra attività tecniche o strumentali di cura (vestire, nutrire, igiene personale, mobilità, ecc.) e le dimensioni emotive, affettive e morali da cui si assume la responsabilità di cura (accompagnare e gestire). Questa dualità permette di delegare gli aiuti tecnici e pagare un'altra persona che se ne occupi, mentre la responsabilità della cura e l'affetto si considerano propri dell'ambiente familiare.

Quindi nel lavoro di cura si alternano doni e salari, ma entrambe le dimensioni, quella morale e quella economica, non agiscono per forza separate. La cura è un lavoro, indipendentemente dal fatto che venga pagato o meno, e può essere considerata un dono anche quando si paga per riceverla. Aver cura dell'ambiente familiare ha una forte ca-

---

<sup>26</sup> 2013.

<sup>27</sup> Comas-d'Argemir, 2017.

<sup>28</sup> Mauss, 1991.

rica emozionale e soggettiva, che contribuisce a essenzializzare il lavoro interpretandolo sotto il codice morale della parentela, che obbliga (soprattutto le donne) a “curare per amore”. Questo è un meccanismo efficace per rendere invisibile la cura come lavoro, per nascondere la durezza e le situazioni di disuguaglianza che comporta, per spogiarla della sua logica economica e continuare a vincolarla a un determinato tipo di femminilità.

Le basi morali della cura hanno significati distinti per uomini e per donne e ne riflettono la posizione nella divisione sessuale del lavoro e nel ciclo vitale. Non si regala, o dona, liberamente. Deve avere a che fare con ciò che si considera appropriato dalle basi morali del genere e della parentela. Per questo diciamo che il dono e la reciprocità hanno un genere quando si parla di cura.

Chi fa cosa dentro casa?

Prendersi cura di bambini, di bambine e di persone anziane in situazioni di non autonomia è molto faticoso come attività e impiego di tempo, condiziona la vita delle famiglie, modifica lo spazio domestico e influisce sul lavoro retribuito nella vita di donne e uomini, con particolare incidenza nelle donne. Di seguito ci concentreremo su come si distribuisce il lavoro domestico e di cura negli ambienti domestici tra uomini e donne, prendendo in considerazione il fatto che nella cura intervengono anche altri fattori, secondo il grado di esternalizzazione delle attività, la disponibilità di servizi pubblici o privati e le agevolazioni fornite dalle città come spazi in cui si concentrano servizi e attrezzature. Daremo particolare rilievo alla misura in cui gli uomini si inseriscono nella cura delle famiglie, fatto che esprime le dinamiche mutevoli che si verificano oggi<sup>29</sup>.

Famiglia, mercato, Stato e comunità sono gli attori che intervengono nella cura sociale, come abbiamo anticipato prima. L'insieme di risorse provenienti da questi quattro attori è complesso e potrebbe essere un lungo lavoro incasellarli (si devono fare i salti mortali, afferma

---

<sup>29</sup> Comas-d'Argemir, 2016.

Leonor Faur<sup>30</sup>). Formano quello che abbiamo chiamato un “mosaico di risorse per la cura”, che è l'insieme di misure e di servizi utilizzati per l'assistenza, che siano di tipo familiare, comunitario, prestazioni pubbliche, lavoratrici domestiche così come servizi di cura pubblici o privati<sup>31</sup>. La capacità di mobilitare risorse dipende dal capitale economico, sociale e culturale delle famiglie. Nella disponibilità di servizi fa differenza anche vivere in una zona urbana o rurale. La cura di bambini o di adulti non autosufficienti ha dinamiche diverse, anche se in alcune occasioni convivono nello stesso ambiente familiare.

La cura di bambini e di bambine: distribuzione del lavoro

Per l'infanzia la cura familiare ha un'enorme importanza, così come il tempo che vi si dedica e la sua distribuzione tra donne e uomini. Le inchieste realizzate in Spagna<sup>32</sup> mostrano che l'ideale di famiglia si realizza quando entrambi i genitori abbiano lavori retribuiti in maniera simile e condividano le incombenze domestiche e i lavori di cura. Ma quando si verifica chi si occupa delle diverse faccende domestiche, la bilancia pende dalla parte delle donne e le differenze rispetto agli uomini aumentano quando si hanno figli. Come afferma Sandra Escapa<sup>33</sup> «il miraggio dell'uguaglianza scompare appena si fanno dei figli». Hochschild<sup>34</sup> battezzò rivoluzione stagnante l'aumento di donne con doppia giornata lavorativa (a lavoro e a casa), non accompagnata da un aumento equivalente della partecipazione maschile alla sfera domestica.

Le donne sono inoltre coloro che si occupano maggiormente delle incombenze dell'educazione, come è emerso in numerosi studi<sup>35</sup>. Il coinvolgimento dei padri è cresciuto negli ultimi anni, e si sa che questo è un bene per il benessere dei figli. Tuttavia, ci sono differenze tra

---

<sup>30</sup> 2014.

<sup>31</sup> Soronellas et al.

<sup>32</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas, 2017.

<sup>33</sup> 2021.

<sup>34</sup> 1989.

<sup>35</sup> Durán, 1988; Esquivel et al., 2012; Faur, 2014; Julià e Escapa, 2014; Wainerman, 2007.

paesi e gruppi sociali, per cui possiamo evidenziare tale tendenza senza però generalizzare. Sono rilevanti le ricerche realizzate in America Latina, focalizzate sulle nuove forme di paternità e cura dell'infanzia<sup>36</sup>, che riflettono la tendenza per cui, a poco a poco, aumentano le famiglie con un maggiore coinvolgimento dei padri. Inoltre si deve tenere presente che le famiglie hanno molte forme di convivenza, che incidono sui diversi modelli di cura. Così, tra le famiglie ricomposte a causa di un divorzio, la distribuzione della cura può differenziarsi in determinati giorni della settimana o del mese, secondo gli accordi della custodia dei figli. Le famiglie monogenitoriali, invece, concentrano la responsabilità di cura in una sola persona, con le difficoltà che ciò comporta.

Possiamo distinguere tre modelli di conciliazione tra uomini e donne:

- ruoli tradizionali, in cui i padri sono poco coinvolti. In questo caso le donne fanno meno ore di lavoro salariato o abbandonano il lavoro, considerandolo un'occupazione secondaria;
- maggiore coinvolgimento dei padri, anche se le donne dedicano più tempo alla cura. In questo caso gli uomini non cambiano vita né mettono a rischio il loro lavoro. Evitano i conflitti e danno una mano nella cura, specialmente nelle attività interattive, legate all'ozio e allo sport;
- tendenza a un'elevata corresponsabilità, in cui i padri sono intercambiabili con le madri. Questo maggiore coinvolgimento maschile non fa diminuire la dedizione delle donne, che si mantiene comunque elevata, e avviene quando entrambi condividono l'importanza della genitorialità positiva<sup>37</sup>.

Come il coinvolgimento della madre nella cura appare obbligatorio, quello del padre è opzionale, dipende dalla volontà. Nella nostra ricerca a riguardo<sup>38</sup>, abbiamo dimostrato che è molto importante l'atti-

---

<sup>36</sup> Aguayo et al., 2016; Lorena, 2007; Olavarría, 2005; Rebolledo, 2008; Salguero, 2007; Salguero e Pérez, 2008.

<sup>37</sup> Julià e Escapa, 2014.

<sup>38</sup> Comas-d'Argemir, 2017.

tudine delle donne al momento di negoziare tali questioni e spingere alla partecipazione maschile. Di solito l'ambiente gioca contro, specialmente quello lavorativo, ma anche quello delle amicizie maschili.

Se abbiamo potuto osservare, in ogni caso, una tendenza generalizzata tra i padri più giovani a non voler riprodurre la figura del padre assente e autoritario, a differenza delle donne non hanno riferimenti con cui confrontarsi. Gli uomini sono stati iniziati alle incombenze domestiche e di cura dalle loro compagne donne, passando spesso da un divieto di realizzare queste attività da parte delle loro madri a un obbligo da parte delle mogli, cui attribuiscono la conoscenza e l'esperienza nei lavori domestici e di cura. Gli accordi di coppia e le agevolazioni da parte delle imprese facilitano una maggiore partecipazione degli uomini nella cura dei bambini<sup>39</sup>. Anche i permessi genitoriali uguali e trasferibili promuovono il coinvolgimento maschile<sup>40</sup>, ma la loro adozione troppo recente in Spagna non permette di valutarne l'impatto nella distribuzione delle responsabilità.

Per la cura dell'infanzia, le famiglie sono abituate a contare sull'appoggio della famiglia allargata, in cui il ruolo dei nonni e delle nonne è protagonista. Lo studio *Grandparenting in Europe*<sup>41</sup> afferma che in Spagna il 17% dei nonni si occupa della cura intensiva dei nipoti, svolta senza alcuna retribuzione, per l'obbligo morale di aiutare i propri figli e le proprie figlie. Tuttavia, nei paesi in cui la popolazione emigra in cerca di lavoro e si configurano famiglie transnazionali, il ruolo dei nonni diventa ancora più forte. Quando emigrano le madri, la sostituita per eccellenza è la nonna, soprattutto materna, della quale ci si fida pienamente sulla base dei principi di genere e parentela e per avere già fornito prova delle sue capacità di cura. Secondo Gail Mummert<sup>42</sup> questo è un fenomeno frequente in America Latina, dove confluiscono le migrazioni delle madri e una radicata pratica di circolazione dei figli tra parenti.

Oltre alle ore che i bambini passano nei centri scolastici, dobbiamo aggiungere altri aiuti esterni alla cura: gli accordi comunitari di ti-

---

<sup>39</sup> Abril et al., 2015; Bogino et al., 2021; Scambor e Gärtner, 2021.

<sup>40</sup> Castro-García, 2016; Castro-García e Pazos-Morán, 2015.

<sup>41</sup> Glaser et al., 2020.

<sup>42</sup> 2019.

po informale (amicizie, vicinato), le attività extrascolastiche, le attività ricreative e sportive. Nel caso dell'infanzia predomina la cura di famiglia, della famiglia allargata e delle reti comunitarie, mentre il lavoro di cura salariato è minoritario, limitato alle famiglie con maggiori risorse (*nannies*) o resta comunque una pratica saltuaria e sporadica (*au pairs*, o *canguros*).

La cura di persone anziane e non autonome: distribuzione del lavoro

Affrontare le necessità di cura delle persone anziane è una sfida per le società odierne<sup>43</sup>. Come fa notare Silvia Federici<sup>44</sup>, la cura in vecchiaia, a differenza dell'infanzia, ha lo stigma di non portare valore. Il modello di cura è molto centrato sulla famiglia e sul ruolo della donna. Gli uomini svolgono l'attività di cura quando possono conciliarla con il lavoro, sono pensionati o non hanno alternativa. Oltre al genere, anche la prossimità di residenza predispone alla cura familiare, così come l'essere single o l'essere figli unici<sup>45</sup>.

Assistere una persona non autosufficiente in casa può diventare totalizzante e impegnativo, specialmente quando si prolunga per molti anni e la persona richiede sempre più attenzioni. In più, l'attività di cura si svolge spesso con scarse risorse e i pezzi del mosaico sono difficili da incastrare. Si ha bisogno di aiuto esterno e le situazioni più complesse richiedono la conoscenza di tecnologie e saperi specifici. Nel caso della Spagna, i servizi di assistenza domiciliare compiono queste funzioni, con personale specializzato e preparato a operare in determinate situazioni, ma questi servizi (quando sono pubblici) sono totalmente insufficienti. L'appoggio della famiglia allargata e quello comunitario, anche se saltuari, sono essenziali. Lo è anche l'assistenza telematica e dei centri diurni, che non sono utili solo per la persona che ne usufruisce, ma concedono respiro anche all'accudente. I centri residenziali sembrano l'ultima risorsa per la cura di perso-

---

<sup>43</sup> Buch, 2015; Tobío et al., 2011.

<sup>44</sup> 2015.

<sup>45</sup> Comas-d'Argemir e Soronellas, 2019.

ne adulte non autonome. Non è un'opzione desiderata, ma necessaria quando si arriva a situazioni che è impossibile portare avanti in casa. La mancanza di servizi pubblici di cura e l'elevato costo di quelli privati è stata una costante in Spagna e ha favorito l'impiego di donne migranti come lavoratrici domestiche, con salari e condizioni lavorative molto precarie, fattore potenziato dalle politiche migratorie, poiché comporta notevoli risparmi nella spesa sociale anche se elevati costi personali<sup>46</sup>.

Per quanto riguarda la partecipazione maschile alla cura di anziani e di persone non autonome, possiamo distinguere tre situazioni, a partire dalla nostra ricerca in Spagna<sup>47</sup>:

- mariti che accudiscono le mogli. Sono il gruppo maschile che pratica la maggiore attività di cura diretta, anche se molto poco visibile. Questa situazione si verifica quando uomini e donne invecchiano in coppia. In questi casi il coinvolgimento maschile aumenta con l'età e gli uomini con più di ottanta anni sono coinvolti il 52% in più rispetto alle donne, come mostra l'inchiesta da noi condotta a Barcellona<sup>48</sup>. Il fatto di essere in pensione rende possibile l'assistenza, anche se questi uomini non sono stati educati alla cura;
- figli che assistono i genitori, sia perché entrambi hanno bisogno di aiuto, sia perché uno dei due manca. Sono comunque una minoranza, considerando che gli uomini tendono a delegare la cura diretta alle sorelle femmine, anche se può verificarsi una negoziazione relativamente all'impegno richiesto, come avviene tra le coppie meno disposte a occuparsi dei suoceri. Essendo i figli ancora nel mercato del lavoro, tendono a esternalizzare la cura diretta e assumono le proprie responsabilità in forma di gestione e supervisione. Nei nuovi modelli familiari le relazioni intergenerazionali si sono modificate profondamente, come anche i ruoli di genere che mettono in discussione la tradizionale distribuzione della cura;
- padri che assistono figli, figlie o adulti in situazioni di non autosufficienza a causa di disabilità o infermità mentale. In questo caso la fi-

---

<sup>46</sup> Anderson, 2012.

<sup>47</sup> Comas-d'Argemir y Soronellas, 2019.

<sup>48</sup> Julià, 2021.

gura dell'uomo accidentale in sostanza sparisce, mentre le donne non cedono di fronte a situazioni dure o difficili da gestire. Gli uomini di solito si rifugiano nel lavoro e, in caso svolgano attività di cura, lo fanno attraverso enti o associazioni che difendono i diritti delle persone con vulnerabilità.

### Pandemia e cura nelle famiglie

La pandemia ha messo in luce fino a che punto la famiglia continua a essere una parte fondamentale nel fornire assistenza. Mentre lo Stato ha assunto il ruolo sanitario della pandemia, ha attribuito alle famiglie il resto della lotta contro di essa<sup>49</sup>. L'isolamento, che ha obbligato a non uscire da casa, ha comportato un sovraccarico per le famiglie e ha preteso dalle persone, specialmente dalle donne, uno sforzo e una dedizione straordinari. Di fatto la famiglia è stata il pilastro sociale che ha affrontato la pandemia, cosa di cui si è taciuto. La cura si basa su principi morali e affettivi, e i poteri pubblici, coscienti che questi principi avrebbero funzionato efficacemente, non hanno esitato a chiudere scuole e servizi di assistenza. La cura si è rifamiliarizzata e sono state le donne ad assorbire lo shock pandemico, senza poter contare su aiuti di cura esterni.

L'impatto della pandemia sulle attività di cura ha provocato la riorganizzazione della cura e la ricomposizione dei mosaici di risorse esistenti. Le famiglie hanno dovuto assorbire i lavori domestici e di cura che negli ultimi decenni erano stati esternalizzati. Questo sovraccarico, in molti casi, è stato asfissiante, stressante e angosciante, specialmente se coincideva con il dover badare a figli, a figlie e a persone anziane non autonome.

Gli studi condotti sul comparto di lavoro non retribuito ai tempi della quarantena rivelano che il carico maggiore è ricaduto sulle donne, per cui, salvo alcune eccezioni, non si sono fatti progressi nella corresponsabilità né nella rivalutazione delle incombenze domestiche. Quando si è potuto lavorare da remoto, le donne hanno gestito la situazione esercitando una doppia presenza simultanea e lunghe gior-

---

<sup>49</sup> Durán, 2021.

nate di lavoro piene di interruzioni, mentre gli uomini hanno mantenuto la loro disponibilità lavorativa risultando più produttivi, senza percepire le interferenze dell'ambito domestico<sup>50</sup>.

C'è chi ha potuto lavorare da remoto. Se c'erano minori in casa, si sommava alla scuola da remoto, all'aiuto con i compiti, a comprare e a preparare i pasti per tutta la famiglia, a intrattenere i bambini. Si sono interrotte le reti di aiuto, retribuite (lavoratrici domestiche, baby sitter) e non (nonni, familiari, amicizie), con un carico di lavoro extra sulle spalle delle donne. Le persone anziane, se prima erano di supporto nella cura dei nipoti e delle nipoti, sono diventate una fonte di preoccupazione in quanto categoria fragile durante la pandemia<sup>51</sup>.

Nel caso dell'assistenza a persone anziane in situazioni di non autosufficienza, la situazione nelle famiglie è stata drammatica. In Spagna sono stati sospesi gli aiuti dell'Amministrazione (come l'assistenza a domicilio e i centri diurni) e tra la maggior parte delle donne che già accudivano un familiare, questo lavoro extra è stato considerato naturale, anche se sono state tolte risorse a chi ne aveva diritto. Ma le situazioni più difficili sono sorte a causa del ritorno a casa di persone che si trovavano nelle case di cura. Alcuni hanno deciso di portare il familiare a casa, cambiando la loro vita. Ma se il familiare rimaneva in casa di cura, prevaleva la sofferenza per non poterlo visitare né assistere, così come la paura di non poterlo salutare in caso di morte.

Anche il lavoro di cura della comunità è scomparso. I gruppi di appoggio alle persone accidentate, le visite degli amici, il contatto con il vicinato, le attività di laboratorio, le spese e le passeggiate in giro per il paese o per il quartiere sono state interrotte all'improvviso, provocando un importante disagio fisico e cognitivo nelle persone che accudivano e in chi era accudito. Ci sono stati poi stanchezza e malesseri emozionali provocati dall'isolamento e dal sovraccarico di cura.

---

<sup>50</sup> Borrás y Moreno, 2021.

<sup>51</sup> Jabbaz, 2020.

## Cura, genere e città

Che cosa ha a che fare la cura con le tematiche urbane al centro di questa pubblicazione? Terminerò l'articolo con una breve riflessione a riguardo e che altri testi analizzano più nel dettaglio. Il collegamento è semplice: la cura si realizza principalmente dentro le case e la città è il contesto che le ospita. Quindi ha senso domandarci in che tipo di città viviamo e fino a che punto essa facilita o complica le attività di cura. In altre pubblicazioni ho sviluppato idee legate a queste dimensioni<sup>52</sup>.

Per agevolare le attività di cura servono infrastrutture di appoggio alla vita quotidiana, un ambiente pubblico sicuro, servizi adeguati e modelli di mobilità che tengano conto delle facilità di accesso e del tempo urbano. Il distinto coinvolgimento di uomini e donne nei lavori di cura è una delle principali differenze che condizionano l'uso dello spazio urbano. Le donne sono utenti chiave della città nella loro veste di gestrici della vita quotidiana e sono anche produttrici chiave di ambienti residenziali, con il loro ruolo di leadership comunitaria e organizzazione di reti di vicinato. Perciò, le loro esperienze e prospettive sono indispensabili per la pianificazione e lo sviluppo urbano orientati a promuovere una città inclusiva.

Da quale modello di città dobbiamo allontanarci, perché non facilita il benessere quotidiano? Il nemico della cura è la città neoliberista, frammentata o con forte segregazione spaziale e grandi distanze tra centri urbani e aree periferiche, in cui i tragitti sono unidirezionali e spesso dipendenti dal trasporto privato (automobile), per cui il tempo da destinare agli spostamenti è esagerato. La relazione tra mobilità, trasporti e povertà si coniuga drammaticamente nelle grandi città latinoamericane, poiché le minori possibilità di mobilità nelle aree periferiche più lontane dai centri urbani fanno in modo che i settori più sfavoriti non solo abbiano più difficoltà ad accedere ai servizi di cura, ma anche ad inserirsi nella vita sociale e lavorativa<sup>53</sup>. Quindi lo sviluppo sociale è oggi connesso all'accessibilità e al tempo urbano<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> Comas-d'Argemir, 2017; 2021.

<sup>53</sup> Redondo, 2013.

<sup>54</sup> Hernández e Rossel, 2012.

La città compatta, al contrario, è più favorevole al benessere, perché in essa si trovano integrate le funzioni di lavoro, commercio, abitazione, cura e intrattenimento, il che permette una maggiore accessibilità e autonomia grazie alla prossimità degli spazi in cui si realizzano le attività della vita quotidiana. Favorisce, a sua volta, la soddisfazione di diversi obiettivi nello stesso percorso e permette di risparmiare tempo. Inoltre, nelle grandi città ciò può concretizzarsi nei quartieri, dove siano presenti i servizi necessari e si possa accedervi con facilità. Significa costruire città dentro la città<sup>55</sup>.

Perciò proposte riguardanti la costruzione di “città della cura” sono interessanti perché ci pongono nell’ambito di centri che distribuiscono benessere, agevolano la vita quotidiana e favoriscono la cura. Il progetto *La Ville Du Quart d’Heure* (La città dei quindici minuti), per esempio, è stata una proposta dell’attuale sindaca di Parigi Anne Hidalgo per riorganizzare la città con due obiettivi: favorire le attività quotidiane e diminuire la contaminazione ambientale. La premessa è «avere tutto il necessario a meno di quindici minuti da casa» senza dover utilizzare l’auto. La proposta è stata elaborata dal ricercatore franco-colombiano Carlos Moreno, che punta su una città di prossimità basata sul concetto di crono-urbanistica e mostra in alcuni testi degli esempi pionieristici nell’applicazione del modello: Ottawa, Melbourne, Portland, Barcellona, Milano, Nantes e Mulhouse<sup>56</sup>. La ricerca di una città più umana e sostenibile è stata posta come una sfida urgente a partire dalle conseguenze del Covid-19, e la città dei quindici minuti basata sulla crono-urbanistica si configura come una delle proposte più interessanti e nuove per avvicinarvisi<sup>57</sup>, modello che sicuramente era già stato sollevato dall’urbanistica femminista<sup>58</sup>. Una delle lezioni della crisi del coronavirus è che ha mostrato la nostra fragilità e interdipendenza in quanto esseri umani, rivelando nel contempo che i lavori di cura, resi invisibili e svalutati dal sistema, sono fondamentali. Il ripristino della centralità sociale che è stata negata alla cura è, oggi

---

<sup>55</sup> Horelli, 2006.

<sup>56</sup> Garnier e Moreno, s.d.

<sup>57</sup> Mardones-Fernández, et al., 2020.

<sup>58</sup> Muxí et al. 2011; Valdivia, 2018.

più che mai, necessario, urgente e inevitabile<sup>59</sup>. Un altro insegnamento del Covid è che servono città democratiche e inclusive, che facilitino il benessere e la cura dei cittadini.

## Bibliografia

- AA.VV., *Ideales igualitarios y planes tradicionales: análisis de parejas primerizas en España*, in «REIS, Revista Española de Investigaciones Sociológicas», 150, 2015, pp. 3-22.
- AA.VV., *¿Cómo interactúan la orientación personal, los acuerdos de pareja y la cultura organizacional en el logro de paternidades cuidadoras?*, in «EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales», 51, 2021, pp. 125-152.
- AA.VV., *Women (re)negotiating care across family generations: Intersections of gender and socioeconomic status*, in «Gender & Society», 8, 2014, pp. 729-751.
- AA.VV., *¿Qué aporta la perspectiva de género al urbanismo?*, in «Feminismo/s», 17, 2011, pp. 105-129.
- AA.VV., *Hombres, cuidados y ancianidad: un bricolaje de ayudas, un mosaico de recursos de cuidados*, in *Ganarse la vida: la reproducción social en el mundo contemporáneo*, UNAM, Messico.
- AA.VV., *Grandparenting in Europe: family policy and grandparents' role in providing childcare*, Grandparents Plus, Dondon 2013.
- AA.VV., *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Fundació la Caixa, Barcellona 2011.
- F. Aguayo, G. Barker, E. Ekimelman, *Paternidad y cuidado en América Latina: Ausencias, presencias y transformaciones*, in «Masculinities and Social Change», 5, 2016, pp. 98-106.
- B. Anderson, *Doing the dirty work?: The global politics of domestic labour*, Zed Books, Londra 2000.
- B. Anderson, *¿Quién los necesita? Trabajo de cuidados, migración y política pública*, in «Cuadernos de Relaciones Laborales», 30, 2012, pp. 45-61.
- N. Araujo Guimarães, H. Hirata, *Care and Care Workers. A Latin American Perspective*, Springer Nature, 2021.
- K. Batthyány, *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*, CEPAL, Nazioni Unite, 2015.
- L. Benería, *Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación*, in «Nómadas», 24, 2006, pp. 8-21.
- L. Benería, *The Crisis of Care. International Migration and Public Policy*, in «Feminist Economics», 14, 2008, pp. 1-21.

---

<sup>59</sup> Moré, 2020.

- S. Bofill-Poch, R. Márquez, *Indefensión, injusticia y merecimiento en el colectivo de trabajadoras del hogar: análisis de casos judicializados*, in «Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia», 24, 2020, pp. 225-244.
- V. Borràs Català, S. Moreno Colom, *La crisis de la covid-19 y su impacto en los trabajos: ¿una oportunidad perdida?*, in «Anuario IET de Trabajo y Relaciones Laborales», 7, 2021, pp. 187-209.
- E. Bush, *Anthropology of aging and care*, in «Annual Review of Anthropology», 44, 2015, pp. 277-293.
- C. Carrasco, *La paradoja del cuidado: necesario pero invisible*, in «Revista de Economía Crítica», 5, 2006, pp. 39-64.
- C. Carrasco, C. Borderías, E. Torns, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid 2011.
- C. Castro García, *Potencialidad género-transformativa de las políticas públicas. El caso de los permisos por nacimiento en Europa*, in «Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas», 1, 2016, pp. 108-140.
- C. Castro-García, M. Pazos-Moran, *Parental leave policy and gender equality in Europe*, in «Feminist Economics», 22, 2015, pp. 51-73.
- D. Comas-d'Argemir, *Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes. Psicoperspectivas*, in «Individuo y Sociedad», 15, 2016, pp. 10-22.
- D. Comas-d'Argemir, *Cuidados, género y ciudad en la gestión de la vida cotidiana*, in *La erosión del espacio público en la ciudad neoliberal*, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, 2017, pp. 59-90.
- D. Comas-d'Argemir, *El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados*, in «Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia», 22, 2017, pp. 17-32.
- D. Comas-d'Argemir, *La democratització dels treballs de cura. Per què la implicació dels homes en la cura?*, nel ciclo di attività *Homes cuidadors. Barreres de gènere i models emergents*, Barcellona 2017.
- D. Comas-d'Argemir, M. Soronellas, *Men as Carers in Long-Term Caring. Doing Gender and Doing Kinship*, in «Journal of Family Issues», 40, 2019, pp. 315-339.
- D. Comas-d'Argemir, *Cuidados, derechos y justicia*, in M. Aramburu, S. Bofill (a cura di), *Sentidos de injusticia, sentidos de crisis: tensiones conceptuales y aproximaciones etnográficas*, Barcellona 2020.
- D. Comas-d'Argemir, *De la ciudad neoliberal a la ciudad cuidadora. Lecciones de la Covid-19*, in *Ciudad y coronavirus: una visión global*, ed. FLACSO, Ecuador 2021.
- M. Daly, J. Lewis, *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*, in «The British Journal of Sociology», 51, 2000, pp. 281-298.
- M.A. Durán, *La riqueza invisible del cuidado*, Universitat de Valencia 2018.
- M.A. Durán, *Pandemia y cuidados*, Conferenza al Palau Macaya il 21/01/2021, nel ciclo *Envel·liment i necessitats de cura. Una qüestió social i política*, organizzato dall'Universitat de Barcelona e dall'Universitat Rovira i Virgili.
- M.A. Durán, *De puertas adentro*, Madrid 1988.

- S. Escapa, *¿Quién hace qué dentro de casa? La redistribución del trabajo y los tiempos de la vida cotidiana*, Barcellona 2021.
- V. Esquivel, *La economía del cuidado en América Latina. Poniendo los cuidados en el centro de la escena*, ed. PNUD, Panama 2011.
- V. Esquivel, E. Faur, E. Jelin, *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, ed. IDES, Buenos Aires 2012.
- M.L. Esteban, *Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología*, in «Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia», 22, 2017, pp. 33-48.
- A. Esteve, D. Devolder, A. Domingo, *La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!*, in «Perspectives», 1, 2016, pp.1-4.
- E. Faur, *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una Sociedad desigual*, Buenos Aires 2014.
- S. Federici, *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, ed. Traficantes de Sueños, Madrid 2013.
- S. Federici, *Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo*, in «Nueva Sociedad», 256, 2015, pp. 45-62.
- J. Finch, *Family obligations and social change*, ed. Polity Press, Cambridge 1989.
- J. García, *La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009*, CIS, Madrid 2015.
- N. Garnier, C. Moreno, *La ville du ¼ d'heure. Du concept a la mise en œuvre*. <http://chaire-eti.org/wp-content/uploads/2020/11/Livre-blanc-ville-du-quart-d-heure.pdf>
- E.N. Glenn, *Creating a caring society*, in «Contemporary Sociology», 29, 2000, pp. 84-94.
- H. González Torralbo, M. Guizardi, *Las trincheras del cuidado comunitario. Una etnografía sobre mujeres mayores en Santiago de Chile*, ed. Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile 2021.
- D. Hernández, C. Rossel, *Tiempo urbano, acceso y desarrollo humano*, in *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*, Uruguay 2012.
- A.R. Hochschild, *The Second Shift. Working Families and the Revolution at Home*, Avon Books, New York 1989.
- L. Horelli, *La gestión del tiempo y el espacio de la vida cotidiana en el contexto nórdico*, in *Urbanismo y género. Una visión necesaria para todos*, Diputación de Barcelona, Barcellona 2006.
- M. Jabbaz, *¿Por qué el teletrabajo no es sinónimo de conciliación laboral?*, in «El Mercantil Valenciano», 2020.
- A. Julià, S. Escapa, *Mares sobrecarregades. Factors que causen més dedicació de les mares en el treball domèstic*, in «Papers», 99, 2014, pp. 235-259.
- A. Julià, *Factors associats als tipus de cures domiciliàries de les persones en situació de dependència funcional a Barcelona*, in «Arxiu d'Etnografia de Catalunya», 22, 2021, pp. 19-42.
- S. López Estrada, *Afectos, emociones y relaciones sociales en el trabajo transfronterizo de cuidados en la región Tijuana–San Diego*, in *El cuidado de mayores y*

- dependientes: avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, ed. Icaria, Barcelona 2021.
- O. Lorena, *Criar a los hijos y participar en las labores domésticas sin dejar de ser hombre: un estudio generacional en la ciudad de México*, in *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidad en México*, El Colegio de México, México 2007.
- B.R. Mandell, *The crisis of caregiving. Social welfare policy in the United States*, ed. Palgrave Macmillan, New York 2010.
- N. Mardones-Fernández de Valderrama, J. Luque-Valdivia, I. Aseguinolaza-Braga, *La ciudad del cuarto de hora, ¿una solución sostenible para la ciudad post COVID-19?*, in «Ciudad y Territorio», 205, 2020, pp. 653-664.
- M. Mauss, *Ensayo sobre los dones. Motivo y forma del cambio en las sociedades primitivas*, in Mauss, M. *Sociología y antropología*, Tecnos, Madrid 1991 (1923-24).
- E. Menéndez, *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*, in *La Antropología Médica en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1992.
- P. Moré, *Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida*, in «Revista Española de Sociología (RES)», 29, 2020, pp. 737-745.
- G. Mummert, *La segunda madre: La naturalización de la circulación de cuidados entre abuelas y nietos en familias transnacionales latinoamericanas*, in «AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana», 14, 2019, pp. 515-540.
- J. Olavarría, *¿Dónde está el nuevo padre? Trabajo doméstico: de la retórica a la práctica*, in *Familia y vida privada. ¿Transformaciones, tensiones, resistencias y nuevos sentidos?*, FLACSO-Chile, CEDEM, UNFPA, Santiago 2005.
- A. Pérez Orozco, *Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico*, in «Revista de Economía Crítica», 5, 2006, pp. 7-37.
- A. Pérez Orozco, *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Traficantes de Sueños, Madrid 2014.
- S. Razavi, S. Staab, *Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado*, in «Revista Internacional del Trabajo», 29, 2010, pp. 449-467.
- S. Razavi, *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, in *Gender and Development Programme*, paper n. 3, United Nations Research Institute for Social Development, 2007.
- L. Rebolledo, *Del padre ausente al padre próximo. Emergencia de nuevas formas de paternidad en el Chile actual*, in *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, FLACSO, Quito 2008.
- S.P. Redondo, *Movilidad, transporte y pobreza en el área metropolitana de Buenos Aires: ¿pensando en la inclusión?*, in «Meridiano. Revista de Geografía», 2, 2013, pp. 209-224.
- X. Roigé, M. Soronellas-Masdeu, *Veillissement, divorce et recomposition familiale. Nouveaux défis dans les relations d'aide aux personnes âgées*, in «Ethnologie française», 171, 2018, pp. 465-478.

- M. Sahlins, *What kinship is – and is not*, The University of Chicago Press, Chicago 2013.
- A. Salguero, G. Pérez, *La paternidad en los varones: Una búsqueda de identidad en un terreno desconocido. Algunos dilemas, conflictos y tensiones*, in «La manzana. Revista Internacional de estudios sobre masculinidades», 3, 2008, pp. 1-18.
- A. Salguero, *Preguntarse cómo ser padre es también preguntarse cómo ser hombre: reflexiones de algunos varones*, in *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidad en México*, El Colegio de México, Mexico 2007.
- C. Saraceno, *Social inequalities in facing old-age dependency: A bigenerational perspective*, in «Journal of European Social Policy», 20, 2010, pp. 32-44.
- S. Sassen, *Contra-geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*, Traficantes de Sueños, Madrid 2003.
- E. Scambor, M. Gärtner, «*Why Should I Care?*» *Men as Agents and Beneficiaries of a Gender Equal Division of Care*, in *El cuidado de mayores y dependientes: avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social*, ed. Icaria, Barcelona 2021.
- M. Soronellas, D. Comas-d'Argemir, X. Roigé, *New families, new aging, new care. Rethinking kinship through the involvement of men in family care*, in *Plural kinship spaces: qualitative approaches of contemporary public and intimate (re)configurations*, Academia-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve 2020.
- T. Thelen, *Care as social organization: Creating, maintaining and dissolving significant relations*, in *Anthropological Theory*, 15, 2015, pp. 497-515.
- T. Torns, *De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos*, in «Cuadernos de Relaciones Laborales», 23, 2005, pp. 15-33.
- J.C. Tronto, *Caring democracy: Markets, equality, and justice*, NYU Press, New York 2013.
- J.C. Tronto, *Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care*, Routledge, London 1993.
- B. Valdivia, *Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora*, in «Hábitat y Sociedad», 11, 2018, pp. 65-84.
- C. Wainerman, *Conyugalidad y Paternidad ¿Una revolución estancada?*, in *Género, familias y trabajo: Rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*, CLACSO, Buenos Aires 2007.