

Tre indagini sul tema della cura e la questione di genere: aspetti strutturali ed effetti della pandemia

INTRODUZIONE

Questa nota raccoglie i principali risultati di tre indagini, effettuate a cavallo tra il 2021 e il 2022, in occasione della stesura del sesto Rapporto IRPET sulla condizione economica e lavorativa delle donne in Toscana¹, dedicato al tema della cura. Le rilevazioni si concentrano sui problemi di conciliazione, ripercorrendo anche gli effetti della pandemia sui tempi di vita e di lavoro.

La prima indagine riguarda le madri residenti in Toscana con figli minori di 14 anni. Si tratta della fascia d'età in cui i bambini sono ancora dipendenti dagli adulti, devono essere accuditi e seguiti e quindi richiedono una presenza genitoriale più assidua. Il questionario indaga la divisione del lavoro di cura tra padri e madri, valutando gli effetti della pandemia, dopo una ricostruzione delle variabili strutturali di tipo socio-demografico e occupazionale. Si pone attenzione anche ai servizi di cura esterni eventualmente utilizzati e a quali, non presenti, potrebbero migliorare la situazione familiare.

La seconda indagine si concentra sulle famiglie toscane che si prendono cura di persone non autosufficienti, cercando di identificare i cosiddetti *caregiver primari*, ossia coloro su cui ricade il maggior onere della cura all'interno del nucleo. L'obiettivo dell'analisi è rilevare le condizioni di vita di queste persone, esplorando anche le ricadute della pandemia e i cambiamenti intervenuti nell'organizzazione familiare.

La terza e ultima indagine è rivolta al personale sanitario toscano, con l'intento, anche in questo caso, di capire meglio come la pandemia abbia modificato l'organizzazione vita-lavoro dei dipendenti e delle loro famiglie, in un settore in prima linea nella cura delle persone, messo sotto pressione dall'emergenza sanitaria.

I risultati raccolti offrono uno spaccato delle attività di cura, svolte in netta prevalenza dalle donne, sia nel mercato del lavoro che in famiglia, evidenziando come la pandemia abbia spesso aggravato il peso, già consistente, di tali compiti sulle spalle femminili. Le politiche di conciliazione vita-lavoro, in assenza di una effettiva condivisione dei compiti di cura all'interno della famiglia, non hanno risolto il nodo della cura non retribuita, che rappresenta ancora per molte donne un ostacolo allo svolgimento di un lavoro a tempo pieno e alla propria realizzazione professionale, se non la principale ragione della caduta nell'inattività. Inoltre, la cura dei familiari bisognosi emerge come una "questione privata", la cui organizzazione avviene prevalentemente all'interno della famiglia – sempre meno numerosa –, laddove i servizi pubblici e di comunità non appaiono in grado di alleggerire e apportare un reale aiuto sia nel caso dei figli minori di 14 anni, che degli adulti non autosufficienti.

Emergono quindi con forza alcune debolezze strutturali della nostra organizzazione sociale, che contribuiscono decisamente alla permanenza dei divari di genere, come (a) l'assenza, all'interno della gran parte delle famiglie, di una reale condivisione della cura, ancora sostenuta da una divisione tradizionale tra lavoro retribuito e non retribuito; (b) un'organizzazione del mercato del lavoro poco flessibile, che penalizza coloro che debbono anche occuparsi di familiari bisognosi; (c) un'offerta di servizi pubblici per i minori – in primis la scuola dell'obbligo – e le persone non-autosufficienti non ancora adeguata alle esigenze reali della cittadinanza e ben lontana dalla concezione della cura come bene pubblico collettivo.

¹ <http://www.irpet.it/archives/63701>

1. LA CURA DEI FIGLI PICCOLI: CONCILIAZIONE O CONDIVISIONE? I RISULTATI DI UN'INDAGINE SUGLI EFFETTI DELLA PANDEMIA²

Nei mesi di ottobre e novembre 2021 è stata svolta un'indagine su un campione rappresentativo di 2000 donne con figli minori di 14 anni, residenti in Toscana³. L'obiettivo era, dopo aver rilevato alcune variabili strutturali di tipo socio-anagrafico e occupazionale delle madri e degli eventuali partner, indagare (a) gli effetti della pandemia sulle scelte di lavoro retribuito e non delle madri, (b) se e come la divisione del lavoro di cura all'interno delle famiglie si è modificata, anche a seguito della pandemia, (c) l'utilizzo dei servizi esterni, pubblici e privati, relativi alla cura dei figli.

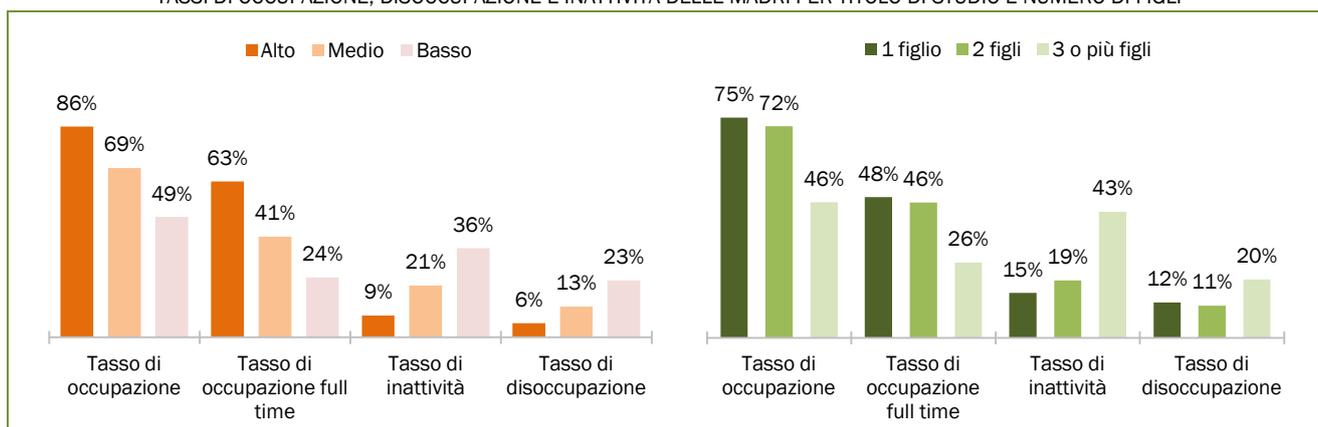
1.1 Le caratteristiche socio-anagrafiche e occupazionali delle madri

Le caratteristiche del campione rispecchiano abbastanza fedelmente quelle dell'universo di riferimento, composto, nel 2019, da circa 318mila madri toscane con figli minori di 14 anni.

Circa l'80% delle madri intervistate vive in coppia con il padre dei propri figli. Il 68% dei bambini ha un'età compresa tra i 6 e i 14 anni, cosicché i minori di 6 anni rappresentano soltanto il 32% del totale dei figli dichiarati.

Per quanto riguarda lo stato occupazionale delle madri, si conferma una relazione diretta tra tassi di occupazione e titolo di studio e un aumento dell'inattività al crescere del numero dei figli a carico (Fig. 1). La quota dei padri laureati è più bassa rispetto a quella delle madri, mentre in media quasi il 90% di essi lavora full-time. Al momento dell'intervista il 91% dei padri e l'80% delle madri lavoravano in presenza, mentre la quota delle lavoratrici in *smart working* o in modalità mista (casa e lavoro) ammontava al 17% rispetto al 9% dei padri.

Figura 1.
TASSI DI OCCUPAZIONE, DISOCCUPAZIONE E INATTIVITÀ DELLE MADRI PER TITOLO DI STUDIO E NUMERO DI FIGLI



Alle madri che lavorano *part-time* e a quelle inattive è stato chiesto di specificare il motivo principale di tale condizione. Ben il 75% delle madri con *part-time* volontario o inattive si trova in questa condizione occupazionale per poter accudire i figli, mentre il 65% vorrebbe lavorare o lavorare più a lungo, se trovasse soluzioni alternative alla gestione dei minori. Ciò significa che, con una maggiore offerta di servizi e una maggiore condivisione dei compiti di cura, si potrebbero recuperare almeno le madri inattive disposte a lavorare, cosicché il tasso di occupazione femminile passerebbe dal 69% all'85%.

Tabella 2.
QUOTA MADRI PART-TIMER O INATTIVE, MOTIVO DELLA CONDIZIONE OCCUPAZIONALE E VOLONTÀ DI LAVORARE

Part-time volontario o inattive	34%
Il principale motivo per cui non lavora o ha un part-time volontario è per dedicare tempo alla cura dei figli	75%
Se trovasse soluzioni alternative, vorrebbe lavorare o lavorare più a lungo	65%

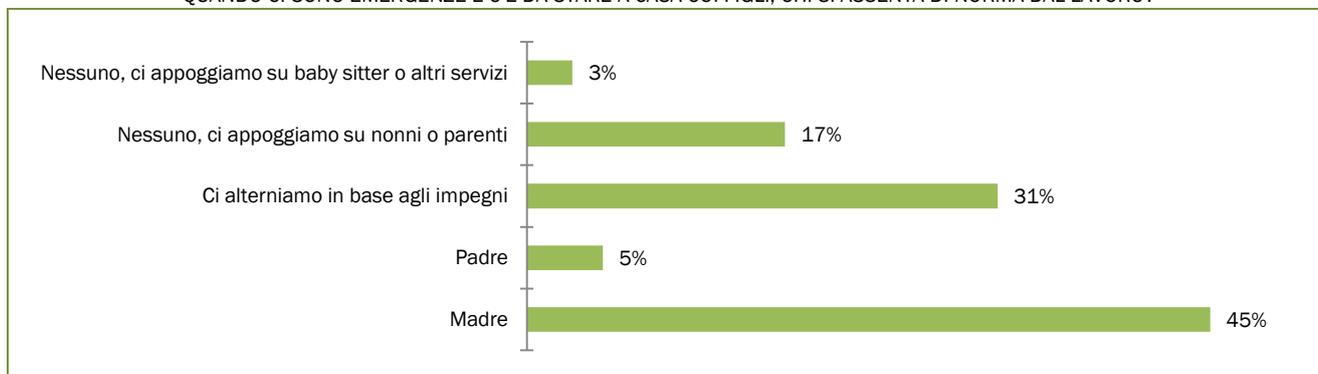
Del resto, il peso della cura dei figli continua a ricadere prevalentemente sulle spalle delle madri. Alla domanda relativa a chi rimane coi figli in caso di emergenza, nel 45% dei casi le intervistate rispondono se stesse, mentre solo il 5% dei padri può essere definito il principale *caregiver*. Un 31% delle coppie si

² La Nota è tratta dal Rapporto sulla condizione economica e lavorativa delle donne. 2021: <http://www.irpet.it/archives/63701>

³ La rilevazione è stata condotta da B&C S.r.l Marketing Experience.

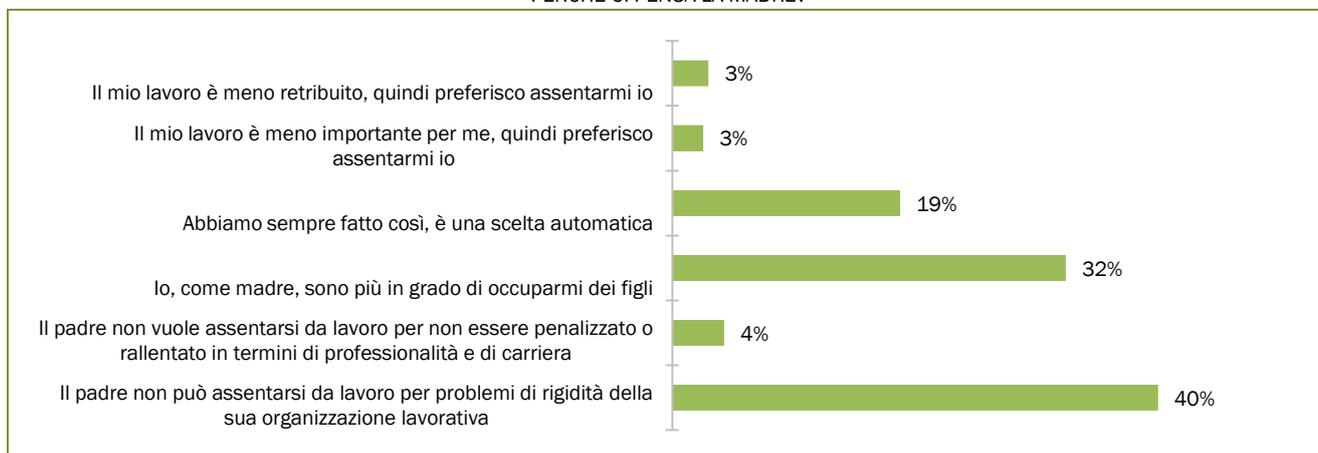
alternano secondo i propri impegni, mentre ai nonni si appoggia il 17% delle famiglie con figli minori. L'utilizzo dei servizi privati rimane invece una soluzione di nicchia, che riguarda soltanto il 3% dei casi. A spostare la gestione delle emergenze verso una maggiore condivisione dei ruoli all'interno della coppia è un più alto titolo di studio della madre, in particolare la laurea, e una fascia d'età tra i 35 e 40 anni, in cui, probabilmente, si concentrano le laureate stesse e le donne più orientate a perseguire una propria carriera.

Figura 3.
QUANDO CI SONO EMERGENZE E C'È DA STARE A CASA COI FIGLI, CHI SI ASSENTA DI NORMA DAL LAVORO?



Quando è sempre la madre a rimanere a casa con i figli in casi di emergenza, risulta elevata la quota di donne che si ritiene più adatta ad occuparsi della prole (32%), dato che aggiunto all'abitudine di non condividere con i padri la cura dei figli (19%), denota un ostacolo culturale ancora ben presente, che affida dei ruoli precostituiti all'interno della famiglia: la cura alle donne, il lavoro agli uomini (Fig. 4). Tuttavia, la principale barriera alla condivisione dei ruoli di cura, risiede nella scarsa flessibilità degli orari di lavoro dei padri (40%). Non è chiaro quanto essa sia determinata da una maggiore rigidità effettiva propria delle professioni maschili o da una sorta di tabù nel concepire una presenza meno assidua degli uomini sul luogo di lavoro. In ogni caso le madri dichiarano l'impossibilità dei padri di assentarsi dal lavoro.

Figura 4.
PERCHÉ CI PENSA LA MADRE?



1.2 La condivisione del ruolo di cura e gli effetti della pandemia

Per comprendere meglio gli effetti della pandemia sulle scelte occupazionali delle donne, concentriamoci sul periodo del *lockdown* dal marzo al maggio 2020, come esplicitativo di un momento di emergenza che ha costretto le famiglie con figli minori a riorganizzarsi, a seguito della chiusura delle scuole e delle attività pomeridiane e in base alle differenti situazioni lavorative⁴. Seppure tale periodo possa essere ritenuto una parentesi negli ormai due anni di pandemia, esso è senz'altro indicativo della divisione dei ruoli dentro le famiglie e può avere influito sulla condizione lavorativa femminile.

⁴ Ricordiamo che dal mese di marzo, a seguito del DPCM del 22 marzo 2020, le attività lavorative definite non essenziali furono chiuse, con la sola possibilità di lavorare da casa.

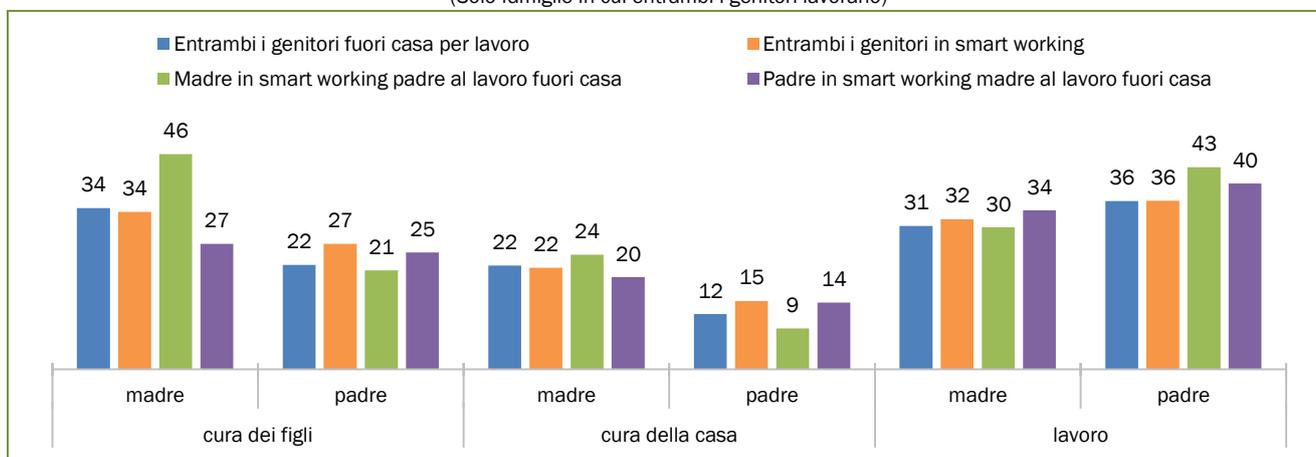
Nei mesi tra marzo e maggio 2020, la condizione occupazionale delle madri toscane era quella riportata in tabella 5. Più della metà delle famiglie (57%) durante il *lockdown* aveva almeno un genitore a casa. Questa percentuale diminuisce drasticamente al momento dell'intervista (ottobre-novembre 2021), con il 76% di padri e madri al lavoro in presenza.

Tabella 5.
SITUAZIONE LAVORATIVA DI PADRI E MADRI DURANTE IL LOCKDOWN E AL MOMENTO DELL'INTERVISTA.
(Solo famiglie in cui entrambi i genitori lavorano)

	Durante il <i>lockdown</i>	Al momento dell'intervista
Entrambi i genitori fuori casa per lavoro	43%	76%
Entrambi i genitori in <i>smart working</i>	29%	6%
Madre in <i>smart working</i> padre al lavoro fuori casa	18%	12%
Padre in <i>smart working</i> madre al lavoro fuori casa	10%	6%

Come sono stati suddivisi i compiti di cura durante questi mesi del 2020, durante i quali anche la presenza dei padri in famiglia è stata più assidua, oltre ad aumentare il tempo dedicato ai figli, a causa della chiusura delle scuole e dell'impossibilità, per molti, di affidare i bambini ai nonni?

Figura 6.
ORE SETTIMANALI DEDICATE ALLA CURA DEI FIGLI, DELLA CASA E AL LAVORO DA MADRI E PADRI DURANTE IL LOCKDOWN.
(Solo famiglie in cui entrambi i genitori lavorano)



In generale, anche durante il *lockdown*, il carico di lavoro non retribuito è ricaduto sulle spalle delle madri, sia per quanto riguarda la cura dei figli che le faccende domestiche, e ciò a fronte di un monte ore di lavoro retribuito femminile comunque mai inferiore, in media, alle 30 ore. Il peso della cura è stato particolarmente gravoso per le lavoratrici in *smart working* con il partner fuori casa (barre in verde), che hanno dovuto occuparsi praticamente da sole dei figli (spesso impegnati nella didattica a distanza), pur continuando a lavorare in remoto.

I casi in cui i padri hanno partecipato di più alla cura dei minori e della casa sono stati quelli in cui entrambi i genitori erano in *smart working* (barre rosse), oppure la madre lavorava fuori casa, occupata in una professione classificata come essenziale (barre viola). Anche in queste situazioni, però, l'apporto delle madri rimane ben superiore a quello dei padri e questi ultimi non rinunciano a lavorare in media 38 ore a settimana, a testimonianza di come la situazione di emergenza non abbia intaccato di molto la differenziazione sociale di genere basata sul modello *male breadwinner*.

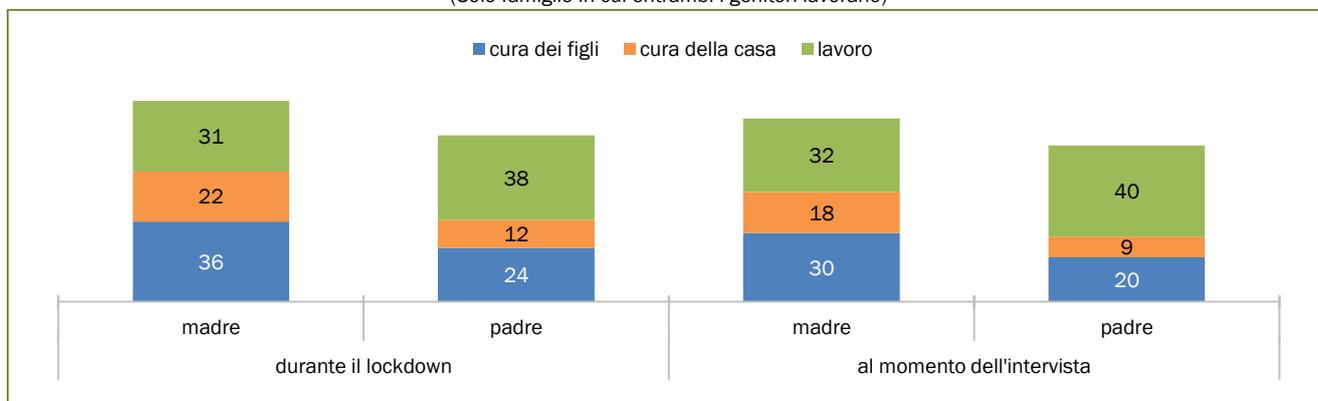
Nonostante ciò, una maggiore presenza a casa dei padri, durante il *lockdown*, ha favorito in talune situazioni una loro più ampia partecipazione, segno che un'organizzazione del lavoro meno tradizionale, incentrata sull'autonomia individuale e gli obiettivi da raggiungere piuttosto che sull'assidua presenza in sede, potrebbe incentivare il coinvolgimento degli uomini nella vita domestica e liberare il tempo delle donne, favorendone una più alta occupazione.

Il confronto tra il periodo del *lockdown* e quello successivo, alla fine del 2021, appare un ritorno all'asimmetria nella condivisione dei compiti di cura, tipica dell'era pre-Covid⁵. Se durante il blocco delle

⁵ Questi dati raccolti nell'indagine sulle madri toscane di figli minori, non sono comparabili con quelli riportati nella prima parte del rapporto (Fig. 2.16), tratti dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana" del 2016 dell'Istat. Questi ultimi, infatti, non distinguono tra tempo dedicato alla cura dei figli e alla cura della casa e non riguardano esclusivamente le famiglie con figli minori di 14 anni, dove i carichi di cura sono naturalmente più pesanti.

attività, il peso del lavoro non retribuito è notevolmente aumentato, e proporzionalmente di più per le madri, con il ritorno ai tempi di vita standard, le ore passate con i figli e ad accudire la casa diminuiscono per entrambi i genitori, rimanendo però evidente lo squilibrio di genere (Fig. 7).

Figura 7
 ORE SETTIMANALI DEDICATE ALLA CURA DEI FIGLI, DELLA CASA E AL LAVORO, DA MADRI E PADRI DURANTE IL LOCKDOWN (MARZO-MAGGIO 2020) E AL MOMENTO DELL'INTERVISTA.
 (Solo famiglie in cui entrambi i genitori lavorano)

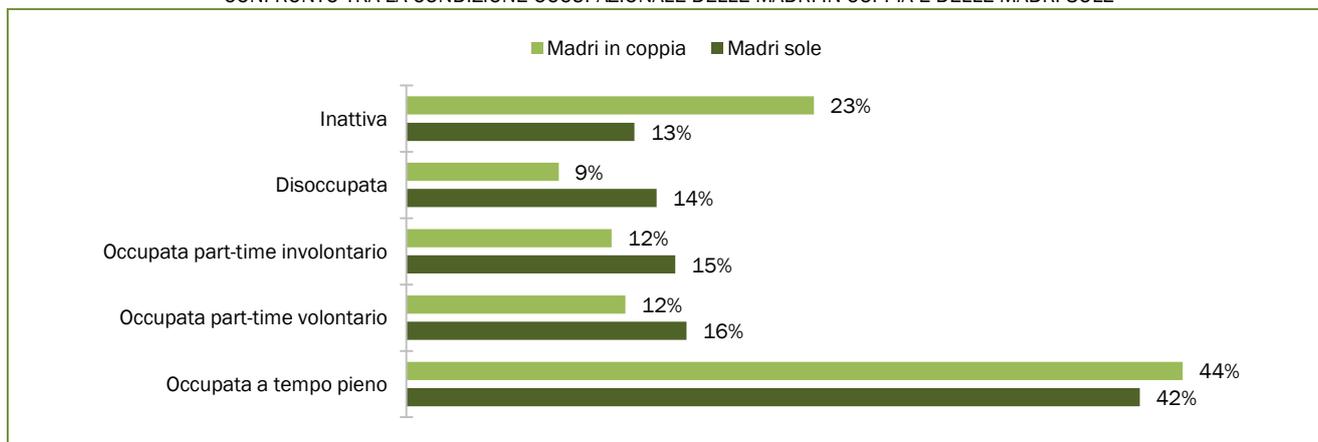


Se un miglioramento c'è stato negli ultimi anni, esso può essere attribuito soprattutto al consolidamento di una partecipazione dei padri – in particolare nelle coppie in cui entrambi i genitori sono occupati e la madre ha un titolo di studio medio-alto – all'accudimento dei figli, piuttosto che alle faccende domestiche e, in generale, in una diminuzione del tempo dedicato alla casa da parte delle madri. Rimane però ancora forte l'asimmetria nelle attività di cura e, nel caso delle madri lavoratrici, il tempo dedicato al lavoro retribuito si somma ad esso, rappresentando un carico notevole, che può condurre a una minore partecipazione al mercato del lavoro.

1.3 Le madri sole

Circa il 19% delle madri non abita con il padre dei figli minori. Le caratteristiche di questo gruppo sono degne di nota, perché le famiglie monoparentali coincidono spesso con quelle economicamente più in difficoltà e il cui rischio di povertà è alto. In effetti, il confronto con le altre donne mostra un maggior desiderio/bisogno di lavorare delle madri sole, come si evince dalla minore quota di inattive, ma che non corrisponde nella stessa entità delle madri in coppia a un'occupazione a tempo pieno. Le madri sole mostrano infatti una maggiore probabilità di avere un lavoro part-time e di essere disoccupate (Fig. 8).

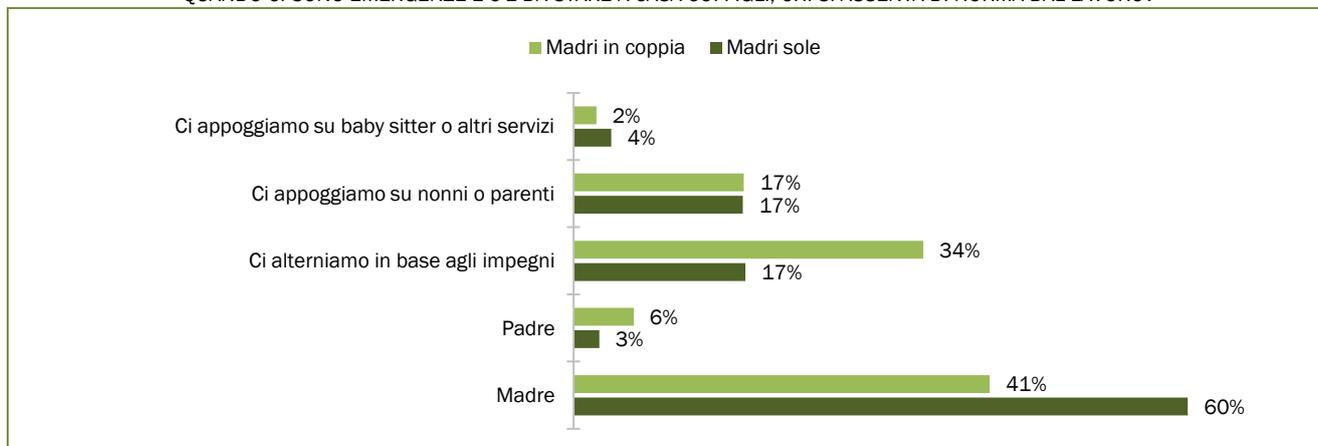
Figura 8.
 CONFRONTO TRA LA CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DELLE MADRI IN COPPIA E DELLE MADRI SOLE



Probabilmente queste maggiori difficoltà occupazionali sono dovute a una minore condivisione dei compiti di cura, che ricadono ancora di più sulle madri sole, impedendo una partecipazione più ampia al mercato del lavoro, anche laddove ci fosse comunque un'esigenza di tipo economico importante. Nel 60% dei casi sono infatti le madri sole a dover rimanere a casa con i figli in caso di emergenza, mentre

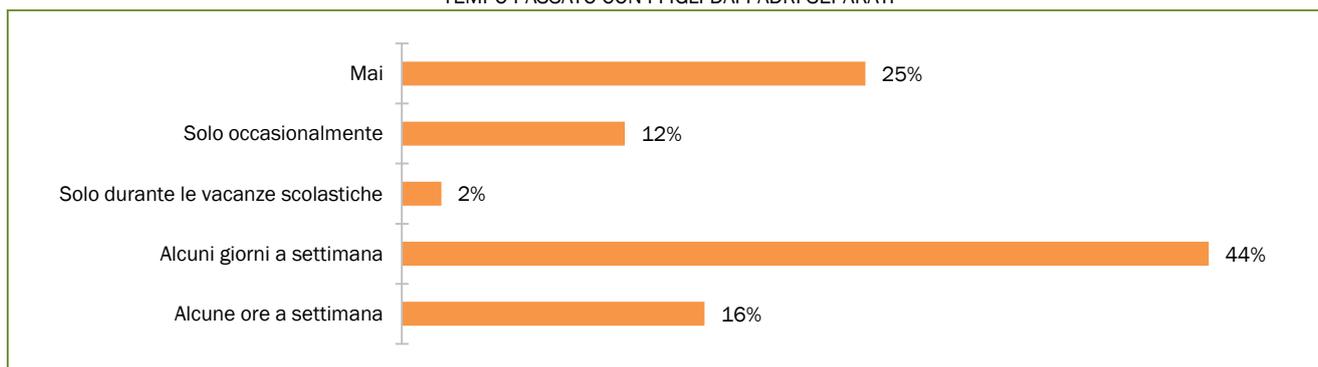
la possibilità di alternarsi con i rispettivi padri rispetto, alle coppie conviventi, praticamente si dimezza (dal 34% al 17%), così come l'impegno dell'altro genitore (dal 6% al 3%). Raddoppia il ricorso a *babysitter* e servizi privati, con maggiori spese da sostenere.

Figura 9.
QUANDO CI SONO EMERGENZE E C'È DA STARE A CASA COI FIGLI, CHI SI ASSENTA DI NORMA DAL LAVORO?



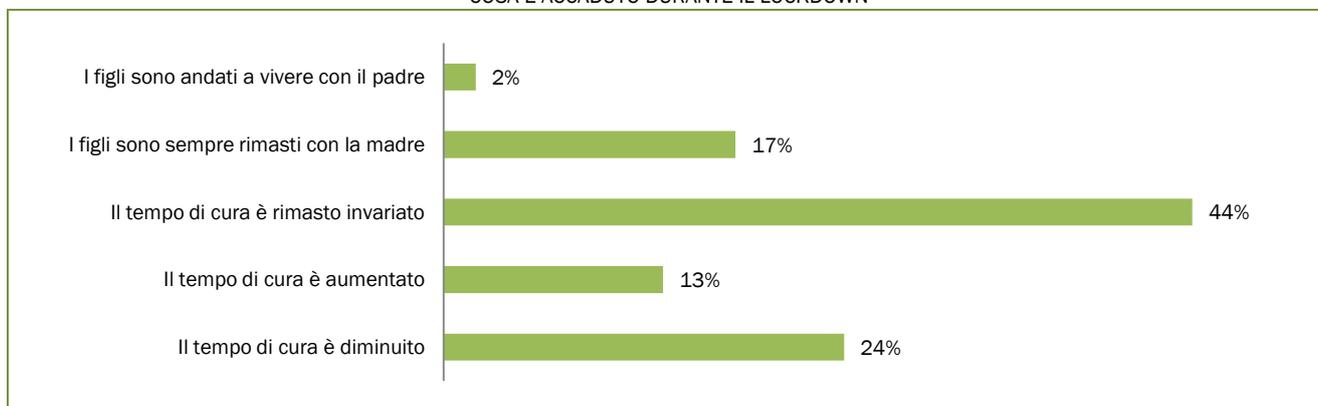
Per quanto riguarda le famiglie separate, soltanto nel 44% dei casi sembra esserci una condivisione settimanale del tempo dedicato ai figli. Generalmente è la madre a occuparsi prevalentemente dei minori, con un 25% di donne che dichiara la totale assenza dei padri (Fig. 10).

Figura 10.
TEMPO PASSATO CON I FIGLI DAI PADRI SEPARATI



Durante il *lockdown* la situazione è rimasta invariata nel 44% dei casi (Fig. 11). Il 17% delle madri dichiara di essersi presa cura dei figli da sola, mentre il 24% afferma che per il padre il tempo di cura è diminuito.

Figura 11.
COSA È ACCADUTO DURANTE IL LOCKDOWN

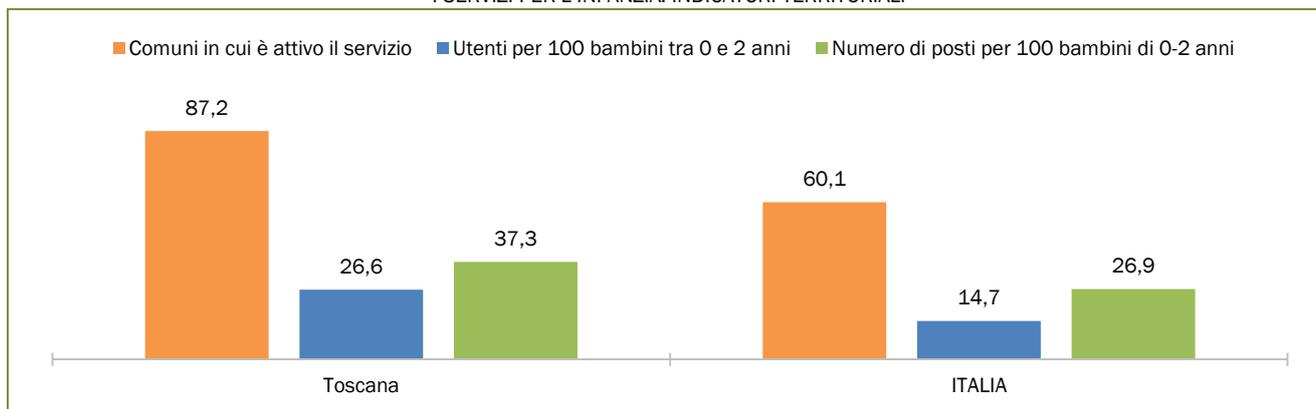


1.4 L'utilizzo dei servizi di cura da parte delle famiglie: quali prospettive per il futuro?

Se, come abbiamo visto, lo squilibrio di genere all'interno delle coppie con figli rimane alto, oscillando tra quello massimo delle madri che rinunciano al lavoro e quello comunque pesante delle madri lavoratrici, un altro aspetto da tenere in considerazione è l'utilizzo dei servizi di cura da parte delle famiglie.

In primo luogo, lo sguardo va alle scuole, dagli asili nido a quelle dell'obbligo. Secondo i dati Istat del 2019, la Toscana presenta una quota elevata di Comuni in cui sono attivi asili nido e una capienza ben più alta del valore nazionale. Tuttavia i bambini che poi frequentano effettivamente il nido risultano una quota inferiore ai posti disponibili, nonostante la permanenza di liste di attesa. Ciò avviene per una combinazione di fattori, che riguardano la distribuzione territoriale dei servizi, la propensione delle famiglie nei confronti della frequenza dei nidi, ma anche l'effetto combinato di rinunce al posto dopo averlo ottenuto, di dimissioni dopo aver iniziato la frequenza, di una irregolarità nel pagamento delle rette.

Figura 12.
I SERVIZI PER L'INFANZIA. INDICATORI TERRITORIALI



Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT

Anche i dati della nostra indagine mostrano una frequenza importante dei nidi, che si rafforza con la scuola d'infanzia. Sono le donne che lavorano *full-time* e quelle con titoli di studio più elevati che scelgono i servizi per l'infanzia. È necessario infatti sottolineare come la disponibilità di tali servizi non costituisca soltanto un supporto alla custodia dei figli, sostenendo così la fertilità e la partecipazione femminile al mercato del lavoro, ma dal momento che si valorizza l'offerta educativa, essi divengono uno strumento di promozione della crescita e della formazione dei piccoli, i cui effetti permangono nel tempo, contribuendo a interrompere il circolo vizioso della trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze⁶.

In generale, appare notevole la richiesta del tempo pieno, esigenza che cresce e diventa ancora più evidente per scuola primaria e scuola media. Escludendo la quota di coloro che scelgono volontariamente il tempo parziale, la percentuale di bambini che non riesce a frequentare il tempo pieno perché non disponibile corrisponde all'8% per le primarie e ben al 26% per le medie. Non dimentichiamo inoltre che, ad oggi, con il costante decremento delle nascite, ci troviamo in una situazione in cui i bambini tra gli 0 e i 2 anni vanno in proporzione diminuendo, così da dare maggiore rilevanza agli altri minori.

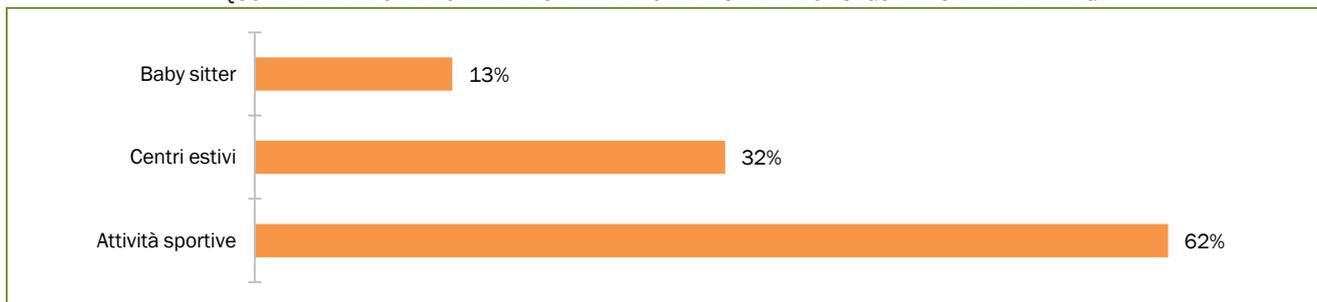
Tabella 13.
UTILIZZO DEI DIFFERENTI ORDINI SCOLASTICI DA PARTE DELLE MADRI DI FIGLI MINORI DI 14 ANNI

	Asilo nido	Scuola d'infanzia	Scuola primaria		Scuola media	
Tempo pieno	27%	48%	Tempo pieno	65%	Tempo ordinario per scelta	58%
Tempo parziale	12%	13%	Tempo parziale per scelta (moduli)	27%	Anche mensa e attività pomeridiane perché disponibili	16%
Mai frequentato	61%	39%	Tempo parziale perché il tempo pieno non è/era disponibile (moduli)	8%	Tempo ordinario perché mensa e altre attività non disponibili	26%

⁶Del Boca D. (2002) "The effect of child care and part time opportunities on participation and fertility decisions in Italy", JPopul Econ 15, 549-573. <https://doi.org/10.1007/s001480100089>; Heckman J. (2008), "The Case for Investing in Disadvantaged Young Children", ifo DICE Report, ifo Institute - Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich, vol. 6(02).

A corollario dell'assenza di servizi pomeridiani gestiti direttamente dalle scuole di ogni ordine, in particolare per le fasce di età 6-14 anni, risulta molto elevato l'utilizzo da parte delle famiglie delle attività sportive, così come, con la chiusura delle scuole, dei centri estivi. Più limitato, invece, è l'utilizzo di servizi privati di *babysitting*.

Figura 14.
QUOTA DI MADRI CHE DICHIARA DI UTILIZZARE O AVER UTILIZZATO I SEGUENTI SERVIZI PER I FIGLI



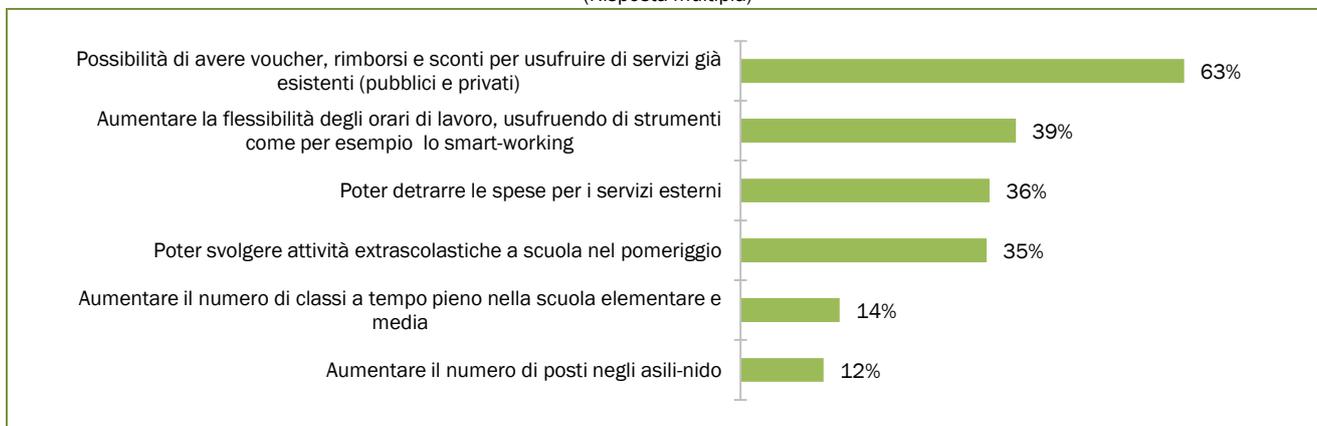
L'anello mancante nella gestione dei figli minori è, infine, costituito dal ricorso al cosiddetto welfare informale, incarnato principalmente dai nonni. Ben il 37% delle famiglie si affida, infatti, al loro aiuto quotidianamente o comunque molto spesso, fino ad arrivare a quota 67% se si aggiungono coloro che ne fanno un utilizzo occasionale. Nel 25% di famiglie che non affida i propri figli ai nonni è più elevata la quota delle madri disoccupate o inattive.

Figura 15.
QUOTA DI MADRI CHE DICHIARA O MENO DI FAR RICORSO ALL'AIUTO DEI NONNI



Per concludere questo excursus sull'utilizzo dei servizi dedicati ai minori di 14 anni, commentiamo la posizione delle madri rispetto a quali interventi potrebbero migliorare la conciliazione vita-lavoro (Fig. 16).

Figura 16.
PRENDENDO SPUNTO DALLA SUA ESPERIENZA FAMILIARE, QUALI INTERVENTI POTREBBERO MIGLIORARE LA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO?
(Risposta multipla)



Il 63% di loro auspicherebbe un aumento dei sostegni economici – sotto forma di voucher, rimborsi o sconti – per usufruire dei servizi già esistenti, il cui costo sembra pesare significativamente sui bilanci familiari.

In second'ordine, possiamo identificare tre tipi di politiche gradite a circa un terzo delle madri: l'aumento della flessibilità degli orari di lavoro; la possibilità di detrarre le spese per i servizi di cura; l'offerta da parte delle scuole di attività extrascolastiche pomeridiane. L'aumento delle classi a tempo pieno e dei posti in asili nido riguardano, rispettivamente, il 14% e il 12% delle risposte.

Si configura quindi un modello in cui le madri chiedono di poter dedicare tempo alla cura dei figli, sostenute da un'organizzazione del lavoro più flessibile, ma al tempo stesso esprimono l'esigenza, soprattutto al di fuori degli orari scolastici classici, di poter usufruire di servizi esterni, i quali, essendo in gran parte a pagamento, richiedono un surplus di reddito.

1.5 In sintesi

L'indagine sulle madri toscane di figli minori di 14 anni, rappresenta un universo di quasi 320mila donne. Più numerosi risultano i nuclei con figli dai 6 ai 14 anni, rispetto alle famiglie con bambini in età prescolare.

La cura dei figli piccoli emerge ancora una volta come principale motivo per cui le donne hanno un'occupazione part-time o rinunciano del tutto a lavorare. Questo perché gran parte delle ore dedicate alla cura ricade sulle spalle delle madri, anche se lavoratrici. Tra le variabili che favoriscono una maggiore condivisione del ruolo di accudimento con i padri, sembrano avere un peso il titolo di studio medio-alto delle donne e il fatto di possedere un lavoro *full-time*, a cui probabilmente non si può o non si vuole rinunciare.

Rimane relativamente diffusa l'idea che le madri siano più adatte a curare i figli e l'abitudine, in casi di emergenza, di riservare alla donna il compito di provvedere. Del resto, l'opinione che i padri non possano assentarsi dal lavoro per la scarsa flessibilità degli orari riguarda il 40% delle madri. Difficoltà ancora maggiori hanno le madri sole, tra le quali aumenta il bisogno di lavorare, ma diminuisce la possibilità di farlo a tempo pieno per la pesantezza del carico di cura, vissuto spesso in solitudine.

Durante la pandemia, più della metà delle famiglie di occupati con figli minori aveva almeno un genitore a casa in *smart working*. In questo periodo il carico di cura è nettamente aumentato per entrambi, a causa delle scuole chiuse e, in generale, delle misure di *lockdown*, ma è ricaduto di più sulle donne. Il ritorno al lavoro in presenza non sembra aver modificato l'asimmetria nella condivisione dei compiti di cura, già ampiamente documentata in questi decenni.

Nonostante ciò, l'esperienza del *lockdown* testimonia che le famiglie in cui la condivisione è cresciuta sono state proprio quelle in cui la presenza del padre a casa è risultata maggiore. Intervenire sull'organizzazione del lavoro, favorendo una maggiore flessibilità per i padri e non solo per le madri, potrebbe incentivare il coinvolgimento degli uomini nella vita domestica e liberare il tempo delle donne, favorendone una più alta occupazione.

Per quanto riguarda i servizi di cura, sembra emergere l'esigenza di una maggiore attenzione al percorso di crescita dei bambini e delle bambine, mediante servizi educativi di qualità, non solo limitatamente alla fascia d'età 0-2 anni - sulla quale ricade di solito la maggiore attenzione - ma anche in riferimento a un sistema scolastico finalmente integrato fino alle scuole secondarie inferiori, in grado di offrire supporto alle famiglie, liberare il tempo delle madri e garantire un'offerta educativa a 360 gradi.

Un investimento consistente in questa direzione non solo favorirebbe l'occupazione femminile, aumentando l'autonomia economica delle famiglie, ma avrebbe un impatto significativo sulle disuguaglianze sociali e sull'apprendimento delle nuove generazioni.

2. L'INVISIBILITÀ DEI CAREGIVER. UN'INDAGINE SULLA CURA DEI FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI E GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA⁷

In Italia la cura delle persone non autosufficienti, prevalentemente anziane, è ancora una questione familiare. Secondo uno studio dell'OCSE⁸, anche negli altri Paesi europei il ruolo della famiglia rimane cruciale, ma nel nostro i carichi di cura gestiti dalla rete parentale risultano più intensi. A questa peculiarità, derivante dalle caratteristiche strutturali del welfare italiano⁹, si somma l'effetto di genere, ossia la prevalente ricaduta degli oneri di cura sulla componente femminile della popolazione, sia all'interno della rete familiare, sia all'esterno, ogni qualvolta si fa affidamento su un'assistente, nella maggioranza dei casi a sua volta donna.

Nonostante la crescente rilevanza della questione della non autosufficienza nelle società occidentali, la figura del *caregiver familiare* non è in Italia giuridicamente riconosciuta, né in alcun modo tutelata. Tutto ciò, penalizza in modo particolare le donne, visto che ancora oggi la stragrande maggioranza di coloro che prestano assistenza informale è di genere femminile.

A livello legislativo, i *caregiver familiari* aspettano da tempo l'approvazione di una legge che riconosca il loro lavoro e lo tuteli. Attualmente gli unici riferimenti al *caregiver familiare* si trovano nella Legge del 27 dicembre 2017, n. 205 (la legge di bilancio per il 2018).

Nell'agosto del 2019 è stato depositato in Senato un disegno di legge organico (n. 1461)¹⁰ che raccoglie i precedenti, ma che non ha ancora concluso il proprio iter.

Un'indagine dell'ISTAT, realizzata sulla base dei dati del modulo *ad hoc* europeo "Reconciliation between work and family life" inserito nella Rilevazione sulle Forze di Lavoro, fornisce alcune stime secondo le quali in Italia, nel 2018, erano 2 milioni 746mila (7,7%) le persone tra i 18 e i 64 anni che si prendevano cura regolarmente di figli o altri parenti di 15 anni e più perché malati, disabili o anziani. Secondo una ricerca IRPET datata 2005¹¹, che aveva indagato, tramite questionario, le caratteristiche delle famiglie con almeno un membro non autosufficiente, in Toscana la loro quota era stimata intorno al 20% della popolazione complessiva. In effetti, l'identificazione del *caregiver primario* risulta problematica, perché può dipendere, oltre che dalle condizioni (comunque non necessariamente stabili) della persona cara non autosufficiente, da molti altri fattori: la composizione della rete familiare e la divisione dei ruoli al suo interno, la disposizione a prendersi cura, la disponibilità finanziaria, la condizione occupazionale, la capacità organizzativa.

Nel mese di novembre 2021 abbiamo condotto una rilevazione sulla popolazione maggiorenne residente in Toscana, in merito alle condizioni di vita dei cittadini che assistono familiari bisognosi di cure¹². Sul numero complessivo di 4.466 contatti andati a buon fine, strutturati secondo un piano di campionamento adeguato a garantirne la rappresentatività, sono state condotte 682 interviste focalizzate sui *caregiver primari*, corrispondenti al 15% delle famiglie toscane, quota vicina a quella già rilevata nella precedente ricerca IRPET.

2.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche dei caregiver primari e dei familiari assistiti

Anche in Toscana, la stragrande maggioranza delle persone che si prendono cura in prima istanza di familiari non autosufficienti è donna. Dalle risposte raccolte emerge infatti che il 72% dei *caregiver* è femmina, a fronte di un 28% di *caregiver* maschi. La distribuzione per classi d'età non differisce molto per genere, prevalendo in entrambi i casi la fascia tra i 46 e i 64 anni (Fig. 17).

⁷ La nota è tratta dal *Rapporto sulla condizione economica e lavorativa delle donne*. 2021: <http://www.irpet.it/archives/63701>

⁸ OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

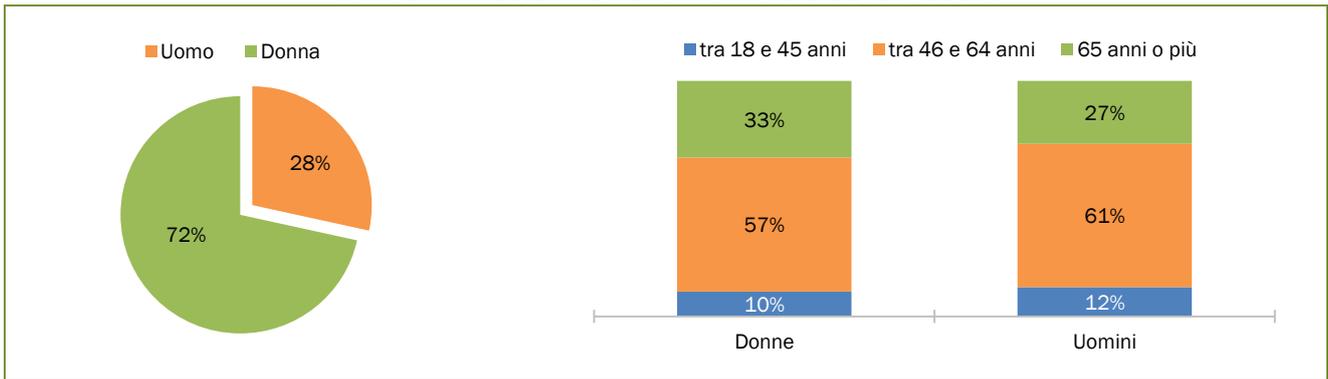
⁹ Esping Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Policy Press, New York.

¹⁰ Nel disegno di legge 1461 depositato in Senato si modifica in parte la definizione di *caregiver familiare* contenuta nella legge 205, descrivendolo come "la persona che gratuitamente assiste e si prende cura in modo continuativo del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n.76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, anche oncologica, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata".

¹¹ Baldi P., Lemmi L., Sciclone N. (a cura di) (2005), *Ricchezza e povertà. Condizioni di vita e politiche pubbliche in Toscana*, Franco Angeli, Milano.

¹² La rilevazione è stata condotta da Demopolis S.r.l.

Figura 17.
CARATTERISTICHE DEL CAREGIVER PRIMARIO: GENERE E CLASSE D'ETÀ



Ciò è dovuto anche alla natura della non autosufficienza della persona cara, che nel 73% dei casi è ultra-settantacinquenne e donna (65%), nonché genitore del caregiver (58%) o del relativo partner (3%) (Tab. 18).

Tabella 18.
PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

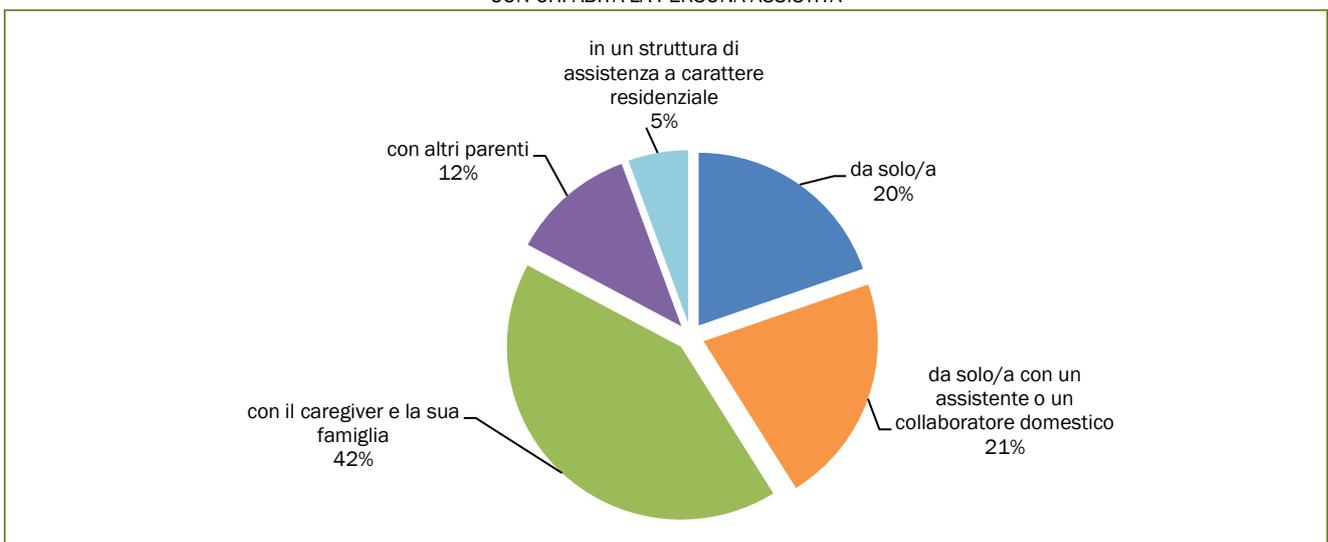
	% su totale dei casi
Più di 75 anni	73
Donna	65
Genitore del caregiver	58

In sintesi, l'identikit prevalente di chi presta cura a un familiare non autosufficiente è quello di una donna di mezza età che assiste un familiare anziano (soprattutto genitori o suoceri) non più in grado di badare a sé stesso. Se guardiamo al caregiver di sesso maschile, pur rimanendo prevalenti i genitori, pesano maggiormente rispetto alla componente femminile i casi in cui il familiare da curare è la moglie o la compagna.

2.2 Le principali caratteristiche della persona assistita

In poco meno della metà dei casi (42%) la persona assistita coabita con il caregiver e la sua famiglia, ma sono numerose anche le situazioni in cui essa vive da sola (20%) oppure con un assistente o collaboratore domestico (21%). Inoltre, nel 73% dei casi, si tratta di un bisogno assistenziale che precede il marzo 2020, data dell'inizio del primo lockdown a causa della pandemia.

Figura 19.
CON CHI ABITA LA PERSONA ASSISTITA

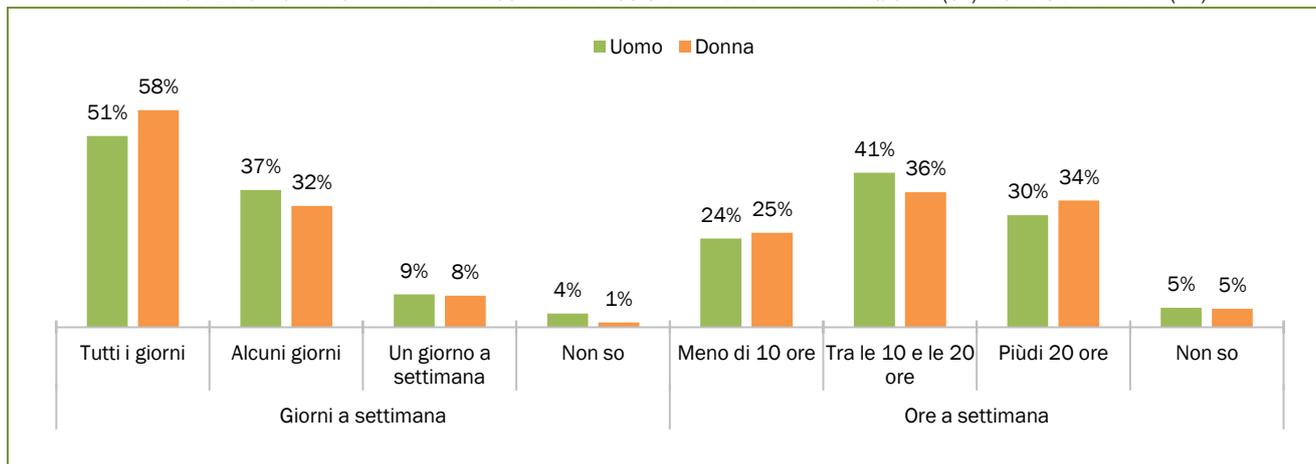


2.3 Il carico di cura

Che tipo di impegno richiede l'assistenza di un familiare bisognoso di cure?

Secondo i risultati della nostra indagine, il 56% dei *caregiver* dedica quotidianamente del tempo alla persona da assistere. Nel confronto di genere la distribuzione dei giorni non varia significativamente, anche se è il 58% delle donne a dichiarare "tutti i giorni", rispetto al 51% degli uomini. Lo stesso vale per le ore settimanali dedicate: tra chi risponde "20 ore e più" troviamo il 34% di donne a fronte di un 30% di uomini. In generale, il dato rilevante che emerge è la consistenza del carico di cura per i *caregiver*, che appare pesante, sia in termini di giorni che di ore settimanali.

Figura 20.
TEMPO DEDICATO ABITUALMENTE ALLA CURA E ALL'ASSISTENZA DEL FAMILIARE. GIORNI (SX) E ORE SETTIMANALI (DX)



L'impegno per assistere il familiare non autosufficiente viene comunque condiviso – per il 64% dei rispondenti – con altri componenti della rete familiare, che aiutano in questa attività.

Le persone che accudiscono un familiare non autosufficiente dichiarano, nel 57% dei casi, di incontrare difficoltà nel conciliare l'attività di cura con il proprio lavoro, indipendentemente dal fatto di essere uomo o donna (Tab. 21). Nello specifico, però, le percentuali di risposta delle donne lavoratrici risultano sempre più alte, se si precisa il tipo di limitazione imposta dal ruolo di *caregiver* primario: il 40% ha sacrificato la propria carriera, rispetto al 35% degli uomini; il 36% ha dovuto ridurre l'orario di lavoro, rispetto al 30% degli uomini; il 18% può lavorare solo saltuariamente, rispetto al 14% degli uomini; il 17% sta pensando di lasciare il lavoro (vs 12%), mentre il 15% non lavora proprio a causa del tempo dedicato al familiare non autosufficiente (vs 13%).

Lo stesso schema si ripete per il tempo libero, che viene sacrificato da più dell'80% dei *caregiver*, ma la rinuncia nello specifico ad amicizie, hobby, attività culturali e viaggi, cura di sé e rapporti con familiari, risulta più intensa per le donne.

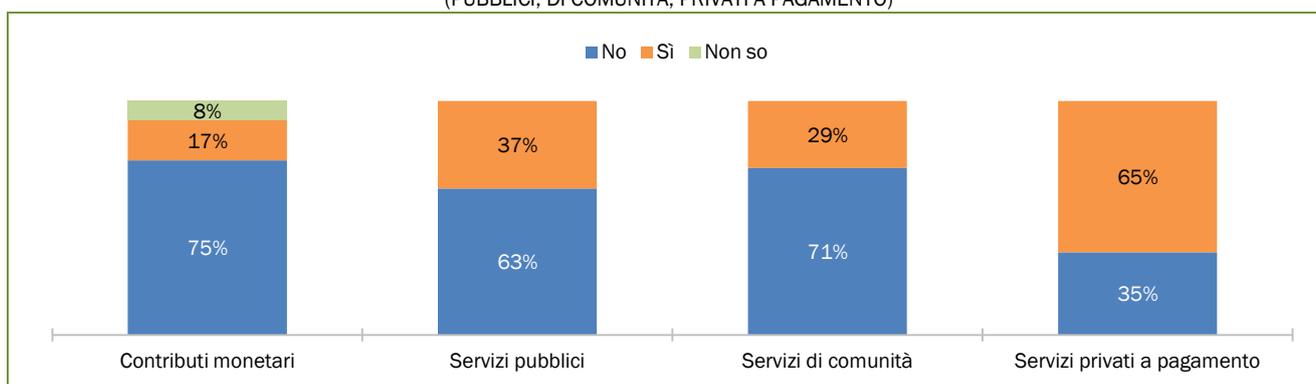
Tabella 21.
LIMITAZIONI CHE IL TEMPO DEDICATO ALLA CURA DEL FAMILIARE BISOGNOSO CAUSA AL CAREGIVER
NEL LAVORO E NEL TEMPO LIBERO
Percentuali di rispondenti

		Uomo	Donna
Lavoro	Ho difficoltà a conciliare l'attività di cura con quella lavorativa	57%	57%
	Non ho potuto sviluppare la mia carriera	35%	40%
	Ho dovuto ridurre l'orario di lavoro	30%	36%
	Posso lavorare solo saltuariamente	14%	18%
	Sto pensando di lasciare il lavoro	12%	17%
	Non lavoro a causa del tempo dedicato al familiare non autosufficiente	13%	15%
	Tempo libero	Ho poco tempo libero	80%
<i>Devo limitare molto:</i>			
amicizie, hobby, interessi culturali, viaggi	46%	55%	
la cura di me stesso/a	19%	29%	
i rapporti con gli altri familiari	15%	23%	

2.4 Il ricorso a servizi esterni

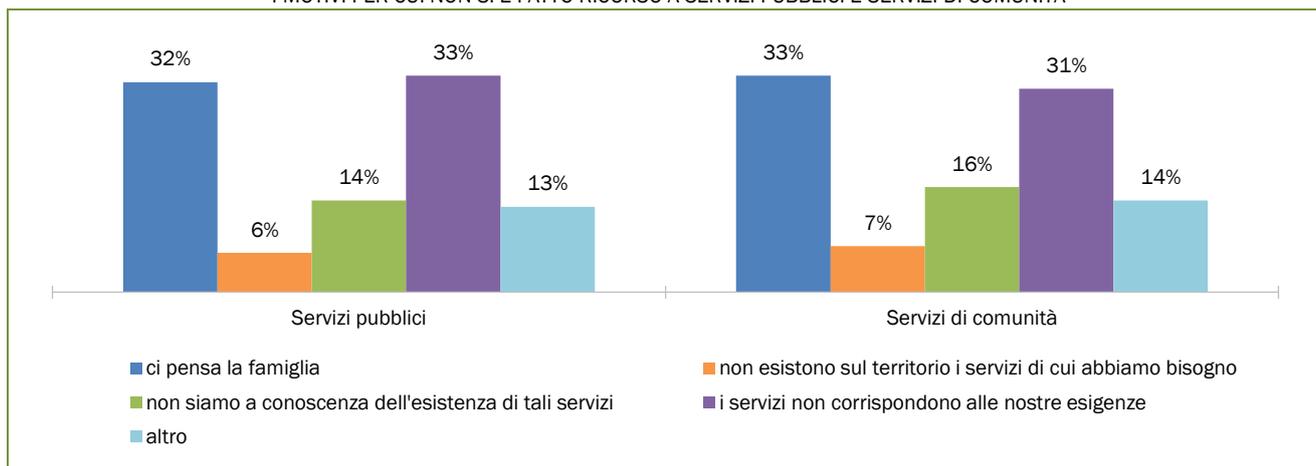
Più del 74% delle famiglie non usufruisce, né ha usufruito in passato, di contributi monetari pubblici (statali, regionali o comunali) per la cura del parente non autosufficiente. Per quanto riguarda l'utilizzo di servizi pubblici relativi all'assistenza, si rileva ancora una maggioranza di rispondenti che non ne usufruiscono per niente (il 63%). Un dato simile, ma leggermente più alto (71%) emerge in relazione alla domanda sul ricorso ai servizi di comunità, erogati da associazioni di volontariato, circoli, parrocchie, ecc. Elevata, invece, appare la quota di coloro che stanno utilizzando personale privato a pagamento (42%), a cui si aggiunge un 23% delle famiglie che ne hanno usufruito in passato (Fig. 22).

Figura 22.
FAMIGLIE CHE HANNO USUFRUITO O MENO DI CONTRIBUTI MONETARI E SERVIZI DI CURA ESTERNI
(PUBBLICI, DI COMUNITÀ, PRIVATI A PAGAMENTO)



Nell'utilizzo dei servizi esterni la variabile di genere non pare rilevante, mentre emerge in generale un basso ricorso ad essi, soprattutto nel caso di servizi pubblici e di comunità, a fronte di un maggior uso di quelli a pagamento. In altre parole, ci si affida prevalentemente alla rete familiare, coordinata dal caregiver principale, considerando la cura della persona cara come una "questione privata". Le risposte relative alle motivazioni del mancato uso dei servizi pubblici e di comunità, confermano questa idea, almeno per una parte della popolazione (Fig. 23). Nonostante l'impegno richiesto dai compiti di cura sia significativo, come abbiamo ricordato in precedenza, l'idea che non ci sia bisogno di aiuti esterni alla famiglia rimane diffusa. L'altro motivo importante, per cui non si ricorre a tali servizi sembra invece essere la mancata corrispondenza con le proprie esigenze.

Figura 23.
I MOTIVI PER CUI NON SI È FATTO RICORSO A SERVIZI PUBBLICI E SERVIZI DI COMUNITÀ



Entrando nello specifico del tipo di servizi, per le famiglie che ne usufruiscono, tra quelli pubblici prevale l'assistenza domiciliare, fornita da personale socio-sanitario, che riguarda il 25% delle famiglie. Meno diffuso il ricorso a centri diurni (7%) e a ricoveri di sollievo (4%)¹³. Del 28,5% delle famiglie che si appoggia a servizi di comunità, la maggior parte si rivolge ad associazioni di volontariato (16%) e a operatori sociali, come quelli del servizio civile (11%).

¹³ Il 7% delle risposte rimanente appartiene alla categoria residuale "altro".

Per quanto riguarda invece i servizi a pagamento, la figura prevalente (68%) è l'assistente familiare (colf o badanti) e, in seconda battuta, il personale socio-sanitario specializzato (35%).

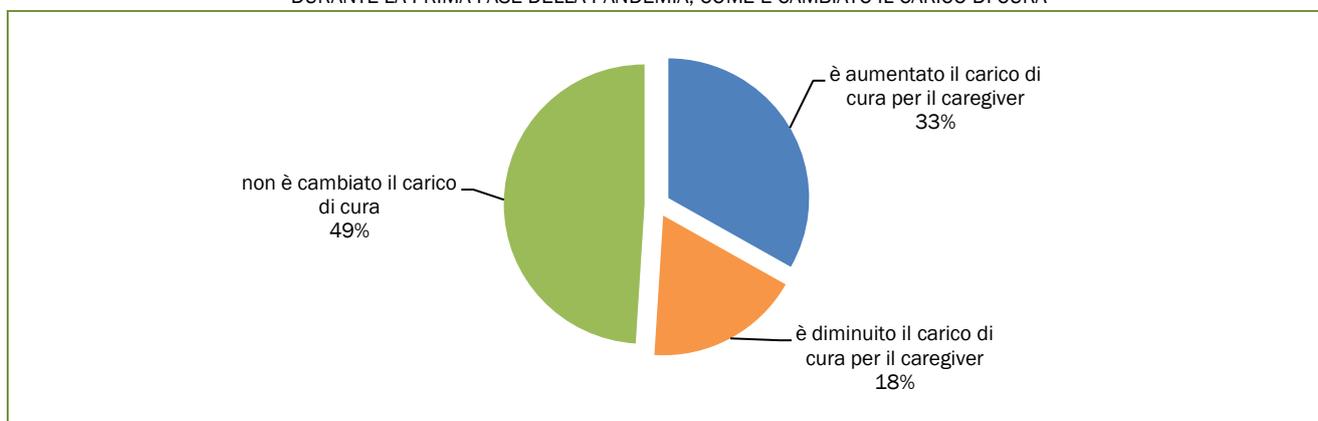
2.5 Gli effetti della prima ondata pandemica

Cosa è accaduto durante la prima ondata pandemica¹⁴, che ha visto la chiusura o la riduzione di molti servizi, l'impossibilità di visitare i parenti anziani, l'isolamento nelle rispettive abitazioni?

Come abbiamo specificato, la maggior parte delle famiglie coabita con la persona bisognosa di cura e se ne prende cura in prevalente autonomia; inoltre la condizione di non autosufficienza risale per il 73% dei casi a prima del marzo 2020. Alla luce di queste caratteristiche prevalenti, si comprendono meglio le risposte relative alla domanda sul tempo dedicato al familiare da assistere (Fig. 24).

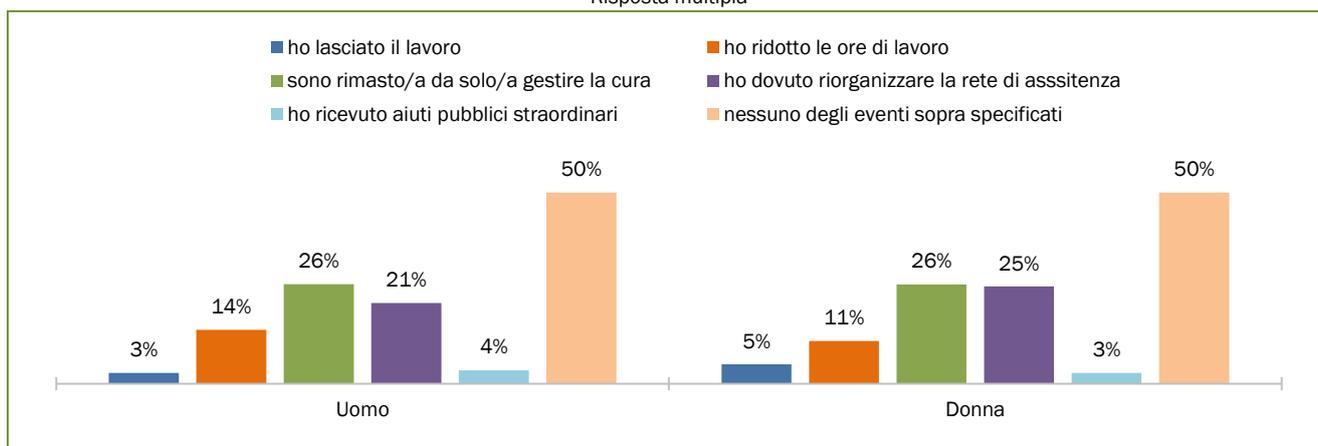
La maggioranza delle famiglie (49%) non ha vissuto particolari cambiamenti, mentre il 33% ha visto aumentare il tempo dedicato alla cura della persona cara, in ragione dell'impossibilità di accedere a servizi esterni. Solo per il 18% dei *caregiver* è diminuito il carico di cura a causa delle restrizioni degli spostamenti, quota che riguarda le famiglie in cui la persona da assistere vive in un'altra abitazione o struttura. Anche in questo caso non emergono particolari differenze legate al genere.

Figura 24.
DURANTE LA PRIMA FASE DELLA PANDEMIA, COME È CAMBIATO IL CARICO DI CURA



Coerenti con le risposte appena analizzate appaiono anche quelle relative a particolari eventi che potevano accadere durante la pandemia, elencati nella figura seguente (Fig. 25). In questo caso le differenze tra *caregiver* uomo e donna sembrano, in certi casi, un poco più rilevanti.

Figura 25.
DURANTE LA PRIMA FASE DELLA PANDEMIA, PER CURARE LA PERSONA ASSISTITA...
Risposta multipla



Premesso che per metà delle famiglie gli eventi specificati non si sono verificati, per l'altra metà la pandemia ha rappresentato un momento veramente difficile, che, nel 26% dei casi ha lasciato il

¹⁴ Le domande del questionario si riferiscono ai mesi di marzo-maggio 2020, caratterizzati dal *lockdown* delle attività non classificate come essenziali.

caregiver a gestire il carico di cura in solitudine e a riorganizzare la rete di assistenza (21% per il *caregiver* uomo; 25% per il *caregiver* donna). È la donna, rispetto ai *caregiver* maschi, che più si è vista costretta a lasciare il lavoro (5% vs 3%), mentre questi ultimi hanno in misura maggiore diminuito le ore lavorate (14% vs 11%).

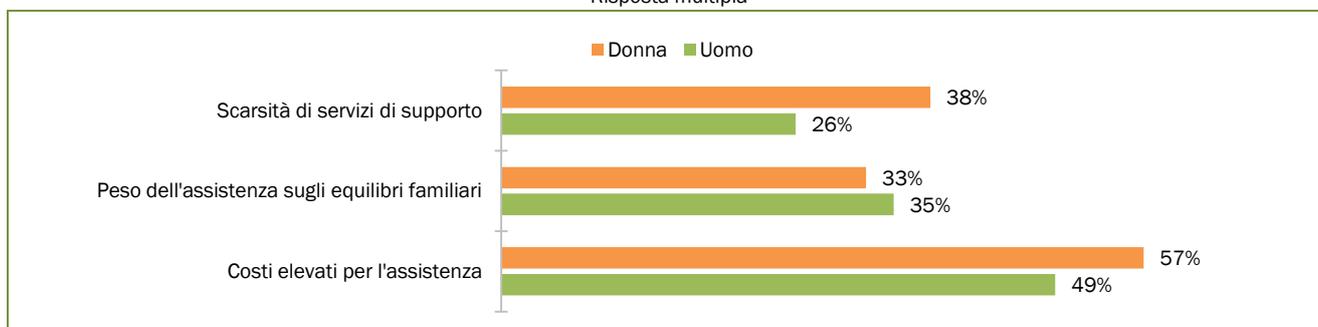
In questi casi, chi usufruiva di servizi esterni ha visto soprattutto diminuire la disponibilità di assistenza domiciliare, ma hanno subito chiusure o restrizioni anche strutture di accoglienza come centri diurni o ricoveri di sollievo. Inoltre, le misure di contenimento e di distanziamento legate all'emergenza sanitaria hanno aggravato, nel 68% dei casi, le condizioni della persona assistita, aumentandone il bisogno di cura. In particolare il 34% delle famiglie sottolinea la mancanza di relazioni e di socialità, ma anche il peggioramento delle condizioni fisiche (9%) o di entrambi gli aspetti (25%).

2.6 L'opinione dei caregiver

Nell'ultima sezione del questionario è stato chiesto agli intervistati di identificare le principali difficoltà nella cura del familiare bisognoso e in che modo potrebbero essere aiutati le famiglie che si prendono cura di una persona non autosufficiente.

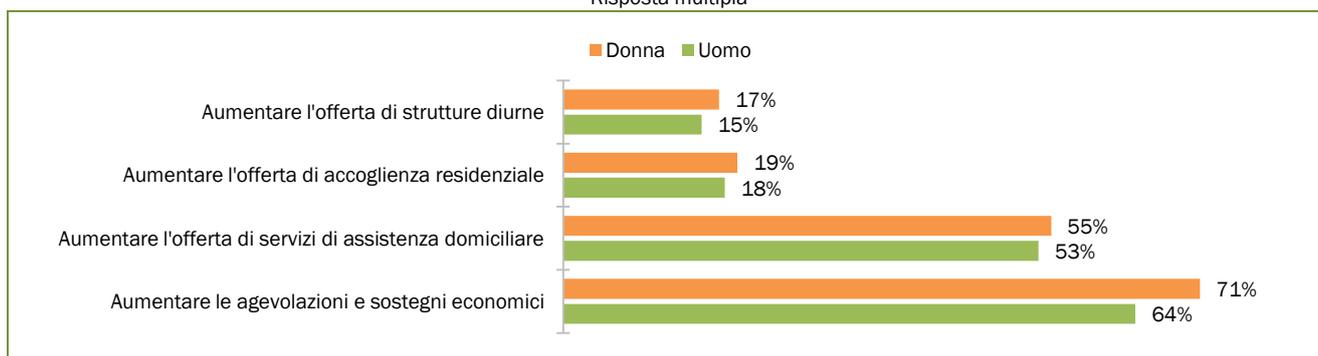
I principali problemi incontrati riguardano gli elevati costi sostenuti per l'assistenza, la scarsità dei servizi di supporto e anche il peso della cura, che incide sugli equilibri familiari. Le famiglie con *caregiver* donna sono più sensibili ai problemi economici e alla scarsa presenza di servizi sul territorio.

Figura 26.
LE PRINCIPALI DIFFICOLTÀ PER I CAREGIVER
Risposta multipla



I suggerimenti per le politiche, rispondono alle difficoltà precedentemente denunciate: si richiederebbe infatti un maggior supporto economico (anche qui sono più numerose le *caregiver* donna) e un aumento dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare.

Figura 27.
SUGGERIMENTI PER LE POLITICHE
Risposta multipla



2.6 In sintesi

L'indagine sulle condizioni di vita delle persone che assistono familiari non autosufficienti, assumendosi i principali oneri della loro cura (*caregiver primari*), rileva in prima istanza che tale condizione riguarda, seppure con intensità differenti, il 15% delle famiglie toscane.

Indipendentemente dal genere del *caregiver primario*, la cura costante e quotidiana di una persona cara bisognosa rappresenta un onere pesante, limita le possibilità di lavoro, costringe a organizzare

attentamente le giornate, impone di sacrificare il proprio tempo libero, i propri interessi e, in certi casi, anche la cura di sé stessi, mettendo a dura prova gli equilibri familiari.

Al tempo stesso, la cura della non autosufficienza – che è principalmente quella dell'anziano ultra-settantacinquenne che perde autonomia – emerge come una questione privata, in gran parte auto-organizzata, con scarso utilizzo sia di servizi pubblici e di comunità che di contributi monetari. Diffuso è invece il ricorso a personale privato a pagamento, coincidente soprattutto con la figura della badante. Sembra prevalere l'idea che l'assistenza al familiare bisognoso debba essere gestita all'interno della famiglia, senza attendersi particolari aiuti dall'esterno. Solo il 37% delle famiglie si affida a servizi esterni, in prevalenza assistenza domiciliare, mentre ben il 75% non usufruisce né ha mai usufruito di contributi monetari pubblici.

Premesso ciò, il carico di cura delle persone non autosufficienti ricade nel 72% dei casi sulle spalle delle donne, che risultano in netta maggioranza (89%) di età superiore ai 45 anni e occupate nel 53% dei casi, una percentuale al di sotto della media toscana dell'occupazione femminile. Di queste, il 18% può lavorare solo saltuariamente e il 17% sta pensando di dimettersi.

Le *caregiver* donna, sembrano più in difficoltà sul piano finanziario e anche maggiormente alla ricerca di servizi di supporto sul territorio. Il tipo di assistenza esterna più richiesta, oltre a quella finanziaria, riguarda una maggiore offerta di servizi domiciliari, che potrebbero andare meglio incontro alle esigenze degli assistiti e alleggerire il carico di cura per i familiari e quindi, ancora una volta, soprattutto per le donne.

3. TRA CURA COME PROFESSIONE E CURA DELLA FAMIGLIA. UN'INDAGINE SUL TEMA DELLA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO PER IL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE¹⁵

Nei mesi di gennaio e febbraio 2022 si è svolta un'indagine rivolta al personale dipendente del sistema sanitario toscano¹⁶. L'obiettivo principale era indagare gli effetti della pandemia sui tempi di vita e di lavoro, con particolare attenzione a coloro che devono curare figli minori di 14 anni e/o familiari non autosufficienti. Come è stata vissuta l'esperienza dell'emergenza sanitaria? Essa ha modificato l'organizzazione vita-lavoro dei dipendenti e delle loro famiglie?

Sappiamo che i lavoratori della sanità in prima linea durante la pandemia sono stati sottoposti a forti pressioni, oltre a mettere a rischio, in molti casi, la propria salute.

L'aspetto della conciliazione vita-lavoro riguarda un sottogruppo di operatori sanitari e in particolare le donne che sono mediamente più coinvolte nella cura dei familiari, rappresentando anche la maggioranza dei dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (SSR). È importante quindi comprendere se e come questo aspetto abbia costituito un elemento di ulteriore stress e, più in generale, le indicazioni che possono scaturire da un'indagine di questo tipo, utili a migliorare le condizioni di lavoro nel prossimo futuro.

3.1 Il personale dipendente del sistema sanitario regionale e la partecipazione all'indagine

In Toscana, il personale dipendente del Sistema Sanitario Regionale ammonta a più di 56mila unità, distribuite in 9 enti, suddivisi in tre aziende sanitarie locali (preponderanti in termini di addetti), quattro aziende ospedaliere universitarie, ESTAR e alcuni altri enti di dimensioni più contenute.

Secondo i dati del Ministero della Salute¹⁷, la presenza femminile nel sistema sanitario nazionale è preponderante ed è aumentata negli ultimi anni. In particolare, si nota una prevalenza netta nelle professioni infermieristiche, psicologiche e riabilitative, tra i farmacisti e i biologi, nei profili tecnici, tecnico-sanitari e nelle funzioni amministrative. Tra i medici le donne sono circa la metà. Nel corso dell'ultimo decennio, si osserva un consolidamento della presenza femminile anche nei profili dirigenziali: dal 2010 al 2019, ad esempio, la quota di donne afferenti al personale infermieristico è rimasta pressoché invariata (pari a circa 77%), mentre, nel medesimo periodo, oltre alla quota di donne medico sul totale dei medici, nel Sistema Sanitario Nazionale cresce considerevolmente anche la percentuale di dirigenti sanitari donna (biologi, farmacisti, fisici, chimici e psicologi), che passa dal 72% al 78%.

¹⁵ La nota è tratta dal Rapporto sulla condizione economica e lavorativa delle donne. 2021: <http://www.irpet.it/archives/63701>

¹⁶ Lo svolgimento dell'indagine presso il personale sanitario è stato possibile grazie alla proficua collaborazione tra IRPET e Regione Toscana – in particolare gli assessorati "Istruzione, formazione professionale, università e ricerca, impiego, relazioni internazionali e politiche di genere" e "Diritto alla salute e sanità" – con il Centro Regionale per le Criticità Relazionali, le Direzioni delle Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale e i relativi CUG.

¹⁷ "Le donne nel Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2019", https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3164_2_alleg.pdf.

In Toscana la presenza femminile in sanità ammonta, al 31 dicembre 2019, al 72,3%. L'interesse per i temi della condivisione dei tempi di cura è quindi ben giustificato dalla massiccia presenza femminile, a fronte di orari e turni pesanti per una parte significativa del personale sanitario. All'indagine svolta nei mesi di gennaio e febbraio 2022 ha partecipato circa il 28% del personale dipendente del Sistema Sanitario Regionale (SSR) (Tab. 28). In generale le adesioni si differenziano per ente di appartenenza, con un massimo da parte dell'ESTAR (55%) e un minimo da parte dell'AUSL Toscana Nord-Ovest (6%). Dal punto di vista delle professioni interne al SSR, le quote dei rispondenti sono più elevate tra il personale amministrativo, rispetto a quello medico e sanitario.

Tabella 28.
IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE E L'ADESIONE ALL'INDAGINE

Ente di appartenenza	Personale a tempo indeterminato e determinato*		Adesione all'indagine
	v.a.	%	
Altri Enti sanitari (ISPRO, Fondazione Monasterio)	855	2%	46%
AOU Careggi	5.536	10%	25%
AOU Meyer	1.314	2%	28%
AOU Pisana	4.999	9%	12%
AOU Senese	2.849	5%	35%
AUSL Toscana Centro	15.458	28%	39%
AUSL Toscana Nord-Ovest	14.208	25%	6%
AUSL Toscana Sud-Est	10.038	18%	44%
ESTAR	950	2%	55%
Totale	56.207	100%	28%

*I dati relativi al personale sono stati forniti dall'assessorato alla Salute pubblica e Sanità di Regione Toscana.
Non è disponibile il dato distinto per genere

La quota di donne nell'indagine ammonta al 76%, lievemente più alta della presenza effettiva del 72,3%, secondo il dato fornito dal Ministero della Salute. Ciò è comprensibile, visto il tema centrale del questionario, relativo alla conciliazione e alla cura dei familiari, ad oggi una questione prevalentemente femminile.

A livello di ente, la maggioritaria presenza di donne si riscontra ovunque, risultando meno accentuata soltanto all'ESTAR – ossia l'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale – dove le dipendenti rappresentano il 58%.

Per quanto riguarda le strutture di lavoro, la presenza femminile nell'indagine risulta meno intensa all'Emergenza (112, 118) e in sala operatoria, probabilmente per una effettiva minore rappresentatività anche nell'universo, di cui però non possediamo i dati a questo dettaglio con distinzione di genere.

L'età del personale vede, tra i rispondenti, una concentrazione (40%) nella classe tra i 50 e i 59 anni e una percentuale del 25% nei dipendenti tra i 40 e i 49 anni, mentre sotto i 39 anni troviamo il 22% di coloro che hanno partecipato all'indagine.

Come potevamo attenderci, le professioni all'interno del SSR, pur nella loro varietà di compiti estremamente ampia, risultano quasi del tutto *full-time*, con una media di tempo lavorato alla settimana prossima alle 40 ore, ampia diffusione dei turni di notte e durante i giorni festivi, in particolare tra il personale prettamente sanitario.

Il tema della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro appare quindi dirimente, soprattutto per coloro che hanno figli minori di 14 anni e/o persone non autosufficienti a carico. Da questo punto di vista, nel nostro campione, un 48% di rispondenti è impegnato nella cura di almeno un familiare. I casi di sovrapposizione tra minori di 14 anni e persone non autosufficienti rappresentano il 5% (Tab. 29). Leggermente più diffusi tra gli operatori (25%) sono i compiti genitoriali, mentre la presenza di un familiare non autosufficiente riguarda il 23% di coloro che hanno risposto al questionario.

Tabella 29.
PRESENZA DI FIGLI MINORI E/O FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTE NEI RISPONDENTI ALL'INDAGINE

	Senza familiare non autosufficiente	Con familiare non autosufficiente
Senza figli minori di 14 anni	52%	18%
Con figli minori di 14 anni	25%	5%

Una seconda caratterizzazione che terremo presente nell'analisi, oltre a quella di genere, è il tipo di professione svolta all'interno del SSR, distinguendo tra personale sanitario "in prima linea", a diretto

contatto con i pazienti, e altro personale, dedito alle mansioni amministrative, tecniche, giuridiche e contabili, oltre a quelle direzionali (Tab. 30).

Tabella 30.
RISPONDENTI PER TIPO DI MANSIONE

	Totale	Con figli minori Di 14 anni	Con familiari Non autosufficienti
Direzione aziendale, Direttori macrolivello, Dirigenti amministrativi	2%	25%	23%
Personale tecnico-amministrativo-contabile-giuridico	14%	23%	24%
Personale sanitario non medici (biologi, psicologi, fisici, chimici, farmacisti)	3%	38%	22%
Personale sanitario medico	16%	38%	18%
Personale sanitario tecnici della salute, OSS	65%	29%	24%
Totale personale sanitario	85%	31%	23%

Nota: Per inquadramento giuridico, medici, biologi, psicologi ecc. sono dirigenti. La nostra classificazione prescinde da tale inquadramento poiché vuole evidenziare le professioni "in prima linea", a diretto contatto con l'utenza, che abbiamo definito come personale strettamente sanitario, rispetto alle altre. A questo fine, dai livelli di alta dirigenza sono stati trasferiti tra i medici dirigenti coloro che dichiarano di svolgere mansioni operative a diretto contatto con i pazienti

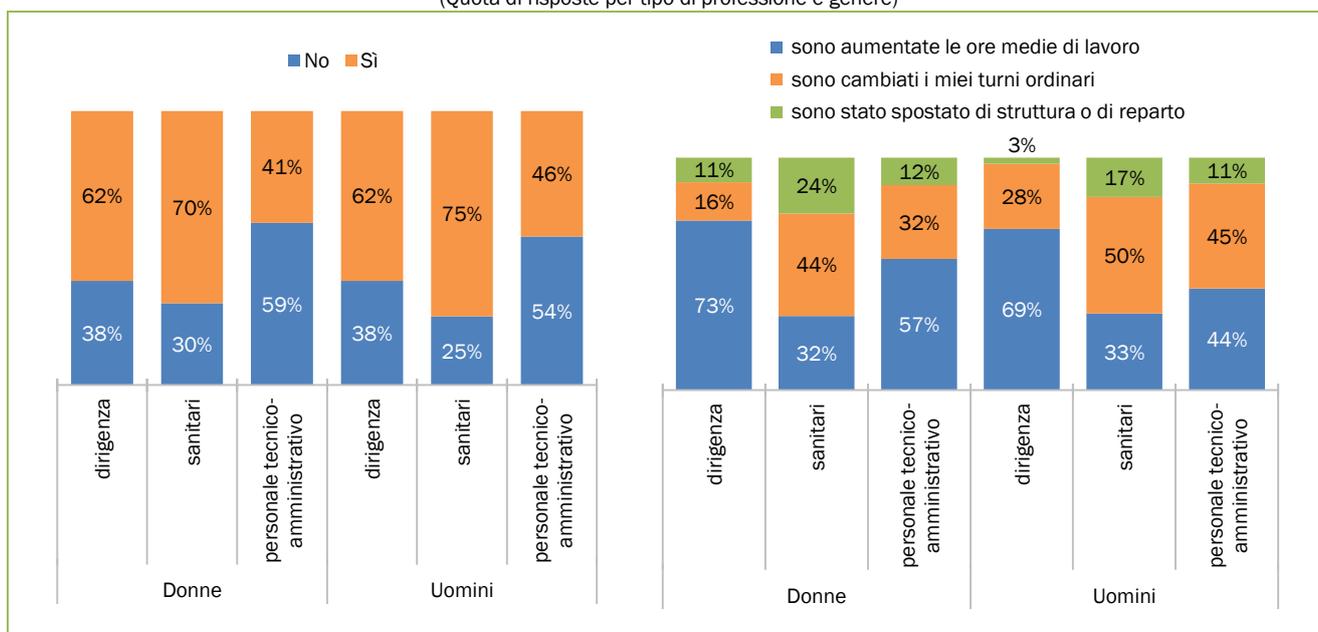
3.2 Gli effetti della pandemia sull'organizzazione del lavoro

In questi ultimi due anni, la pressione sui sistemi sanitari regionali è stata particolarmente forte, poiché alle mansioni ordinarie si sono sommate quelle legate all'emergenza Covid-19, spiazzando l'organizzazione del lavoro e richiedendo uno sforzo a tutto il personale in servizio.

Più precisamente, nel questionario abbiamo fatto riferimento ai tre picchi di ricoveri nella sanità toscana - indicativamente aprile 2020, novembre 2020, aprile 2021¹⁸ - considerandoli in qualche misura esplicativi dei momenti di maggior pressione e quindi forieri di importanti ricadute sull'attività ordinaria. Rispetto ad essi sono state sottoposte al personale sanitario una serie di domande relative agli effetti della pandemia sulla conciliazione.

In primo luogo, sono stati analizzati i cambiamenti intervenuti nell'organizzazione del lavoro (Fig. 31). Distinguendo per genere e per tipo di professione, notiamo che il carico di lavoro è molto aumentato soprattutto per il personale strettamente sanitario e per la dirigenza. All'interno di quest'ultima non emergono particolari differenze di genere, che sono più evidenti, invece, tra i sanitari: il 70% di sanitari donna ha visto un cambiamento nell'organizzazione del lavoro, che sale al 75% per i colleghi uomini. In ogni caso si tratta quindi di una forte maggioranza.

Figura 31.
SE (SX) E COME (DX) È CAMBIATA L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DURANTE LA PANDEMIA.
(Quota di risposte per tipo di professione e genere)



¹⁸ Si rimanda ai dati messi a disposizione dall'Agenzia Regionale di Sanità: https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintcovid-aggiornamenti-e-novita-sul-numero-dei-casi-deceduti-tamponi-per-provincia-e-per-asl-della-regione-toscana-e-confronto-con-italia-con-quantitativo-decessi-per-comune?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_covid&par_top_geografia=090.

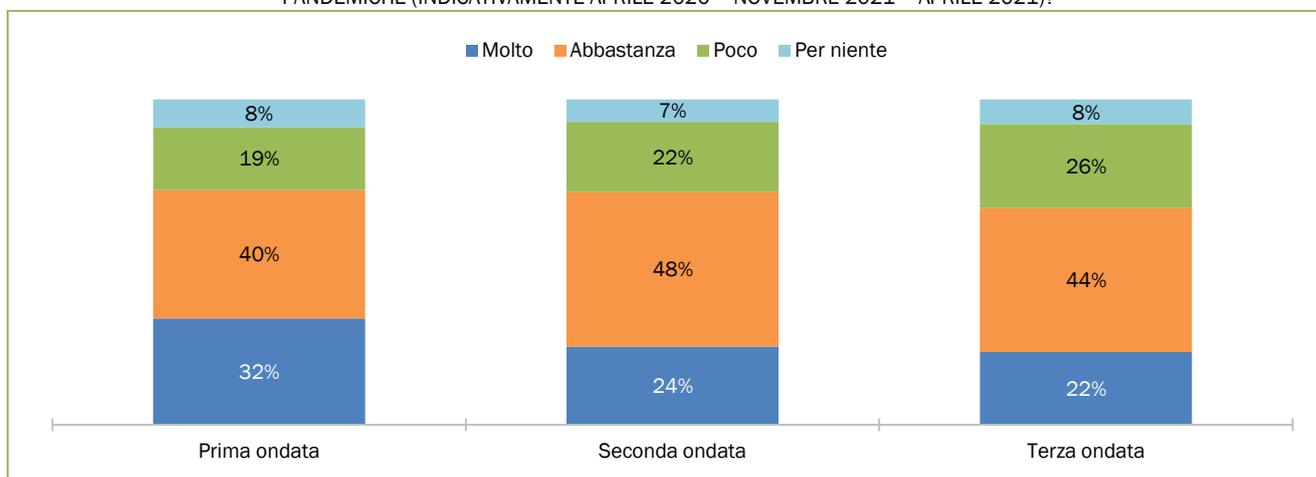
Per cambiamento nell'organizzazione del lavoro si intende soprattutto un aumento delle ore medie lavorate, per dirigenti e personale non sanitario, mentre si tratta principalmente di un cambiamento di turni per i sanitari – soprattutto per gli uomini – e, per questo ultimo tipo di dipendenti donna, lo spostamento di struttura e di reparto.

In generale, se occorresse una conferma, la pressione sui lavoratori e le lavoratrici è stata forte, e il tempo dedicato al lavoro è aumentato notevolmente, richiedendo anche una flessibilità di turni e orari. Tali condizioni hanno pesato di più sui dipendenti “in prima linea”, a diretto contatto con i pazienti, con inevitabili ricadute sull'organizzazione dei tempi di cura dei familiari.

Un altro elemento da considerare è stato, naturalmente, il maggior rischio di contrarre il virus, ammalarsi e temere di contagiare i propri cari. Circa il 24% del personale intervistato è stato infatti contagiato e/o ha vissuto periodi di quarantena, con una quota lievemente maggiore di donne (25%), rispetto agli uomini (22%). Anche questo fattore può aver creato non poche difficoltà di conciliazione, insieme al pericolo di contagio, considerato che la netta maggioranza (73%) ha vissuto in famiglia durante le settimane di quarantena.

Infine, abbiamo richiesto ai partecipanti all'indagine un'opinione sintetica sulle difficoltà di conciliazione vissute durante le tre ondate pandemiche (Fig. 32).

Figura 32.
COMPLESSIVAMENTE QUANTO PER LEI È STATO GRAVOSO CONCILIARE I TEMPI DI VITA E DI LAVORO NEI PERIODI DELLE TRE ONDATE PANDEMICHE (INDICATIVAMENTE APRILE 2020 – NOVEMBRE 2021 – APRILE 2021)?

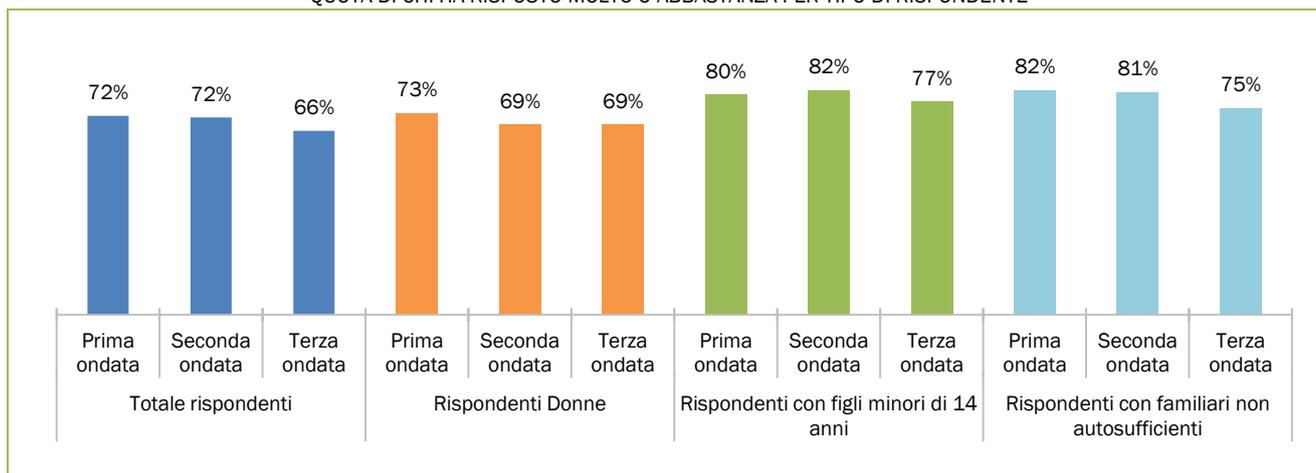


Come potevamo attenderci, sono nettamente maggioritarie le voci “molto” e “abbastanza” riguardanti la gravità di tali effetti, in particolare durante la prima ondata, che ha preso alla sprovvista il sistema sanitario, unendo la crisi a una gestione quotidiana dell'emergenza. Le difficoltà permangono comunque anche successivamente, tanto che durante la terza ondata (nell'aprile 2021), ancora il 66% dei rispondenti riteneva abbastanza o molto problematica la gestione dei tempi di vita e di lavoro. Ciò vale in particolare per le professioni strettamente sanitarie e meno per quelle tecniche-amministrative, che in parte hanno lavorato anche da remoto¹⁹, soprattutto durante il primo *lockdown*. Dall'indagine emerge infatti che il 61% di questo tipo di dipendenti ha lavorato da casa, il 22% soltanto durante la prima ondata, mentre il 39% anche nei periodi successivi. La possibilità di svolgere il lavoro da remoto ha riguardato il 54% della dirigenza.

Se ci concentriamo su alcune categorie strutturalmente più sensibili al tema della conciliazione, la valutazione della gravità degli effetti della pandemia sull'organizzazione della cura dei familiari, cresce sensibilmente, non tanto per le donne in generale, quanto per chi ha a carico figli minori di 14 anni e/o familiari non autosufficienti, e rimane alta più della media in ciascuna delle tre ondate. All'interno di questi gruppi è la componente femminile ad esprimere il maggior disagio, dal momento che proprio su quella ricade la gestione e organizzazione della cura all'interno della famiglia, come vedremo meglio in seguito.

¹⁹ Si rimanda al box 2 per alcune considerazioni sugli effetti del lavoro da remoto sulla gestione delle attività di cura, in particolare per le donne.

Figura 33.
QUOTA DI CHI HA RISPOSTO MOLTO O ABBASTANZA PER TIPO DI RISPONDENTE



Da questa prima rassegna dei risultati dell'indagine, il tema della conciliazione dei tempi di cura con quelli lavorativi per i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale appare quindi cruciale e la crisi pandemica ne ha senz'altro complicato la gestione.

3.3 I dipendenti con figli minori di 14 anni e/o con familiari non autosufficienti: tempi di vita e di lavoro ed effetti della pandemia

In questo paragrafo ci soffermeremo sui dipendenti con figli minori di 14 anni e/o con familiari non autosufficienti, focalizzando l'attenzione sulla gestione della cura informale prima della pandemia e sugli effetti che quest'ultima ha avuto sulla sua organizzazione quotidiana.

Ricordiamo, nella tabella 34, l'entità di questa porzione di rispondenti, rispetto al totale di coloro che hanno aderito all'indagine. La presenza di uomini e donne permetterà di confrontare la diversa percezione del carico di cura e delle difficoltà incontrate durante questi due anni di emergenza sanitaria.

Tabella 34.
QUOTA DI RISPONDENTI TOTALI, RISPONDENTI CON FIGLI MINORI DI 14 ANNI E/O CON FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI PER GENERE

	Donne	Uomini
Rispondenti totali	76%	24%
Rispondenti con figli minori di 14 anni	30%	30%
Rispondenti con familiari non autosufficienti	24%	19%
Rispondenti in entrambe le situazioni	5%	4%

- **La cura dei figli minori di 14 anni**

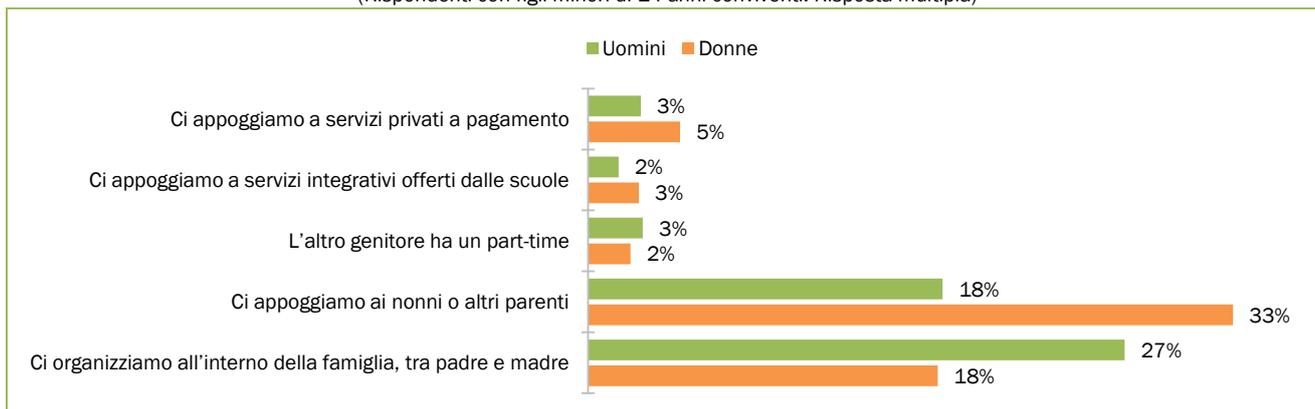
Come gestivano, prima della pandemia, la cura dei figli minori le lavoratrici e i lavoratori del SSR, molti dei quali, come abbiamo visto, hanno orari lunghi con turni festivi e notturni?

In generale, la maggior parte delle famiglie (29%), si appoggia ai nonni o ad altri parenti, che come è emerso anche dalla nostra indagine sulle madri toscane, costituiscono lo strumento di welfare informale più diffuso.

La condivisione della cura tra padri e madri, che si alternano quando uno dei due non è disponibile per lavoro, si colloca come seconda opzione (20% dei rispondenti), mentre le altre strategie presentate raccolgono punteggi più bassi. Da notare come l'offerta di servizi integrativi da parte delle istituzioni scolastiche non sia sufficiente ad alleggerire il tempo della cura dei minori per i genitori che lavorano (offrendo anche un servizio educativo di qualità e pubblico).

Differenziando l'analisi per genere, emergono alcune distinzioni che è importante sottolineare e che confermano l'ancora lontana condivisione della genitorialità (Fig. 35).

Figura 35.
GESTIONE DELLA CURA PRIMA DELLA PANDEMIA
(Rispondenti con figli minori di 14 anni conviventi. Risposta multipla)



Per i padri, infatti, la prima opzione di cura è l'organizzazione all'interno della famiglia, mentre non vale lo stesso per le madri, che si affidano prevalentemente ai nonni, testimoniando così lo scarso appoggio trovato nei rispetti partner. Da numerose ricerche sappiamo che sono le donne a organizzare la cura, oltre che a farsene maggiormente carico. Questa risposta lascia quindi pensare che, dal punto di vista maschile, la condivisione si realizzi attraverso il principale apporto materno. Non è un caso che tra i lavoratori che dichiarano di organizzarsi all'interno della coppia, la quota di partner inattive, disoccupate o part-timer è del 22% contro il 6% di quelle delle rispondenti donna. Del resto, solo il 18% delle intervistate afferma di potersi organizzare all'interno della famiglia, il che lascia intendere che senza un aiuto esterno difficilmente le madri potrebbero sostenere gli orari di lavoro.

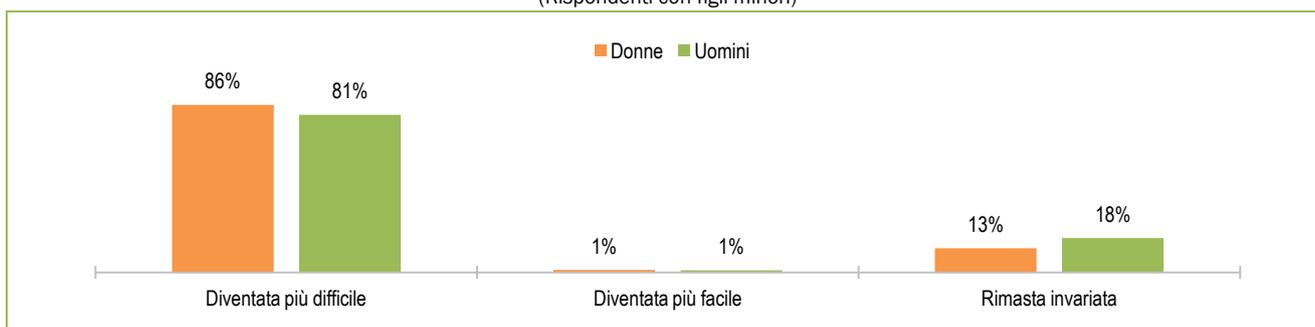
Come abbiamo accennato gli apporti esterni sono di vario tipo: in primo luogo i nonni, ma anche i servizi a pagamento, che superano, per opzioni scelte, i servizi integrativi offerti dalle scuole, come la mensa, il tempo pieno, il pre e il post-scuola. Soltanto il 2% dei padri e il 3% delle madri li ritiene un supporto sufficiente alla gestione dei figli.

Infine, la percentuale di lavoratori che si affida al part-time della partner è più alta della rispettiva quota di lavoratrici, a sottolineare come esso rimanga uno strumento di flessibilità prevalentemente femminile.

La domanda in questione permetteva una risposta multipla. Il 60% delle donne e il 52% degli uomini scelgono una sola opzione (nonni o genitori soli), mentre tra chi ne predilige due o più, prevale ancora la presenza dei nonni, unita ad altre possibilità offerte all'esterno, a sottolineare come i servizi presenti, pubblici o privati, non siano sufficienti a garantire la cura dei figli durante il tempo di lavoro dei genitori. In che modo la pandemia è intervenuta sulla gestione dei bambini?

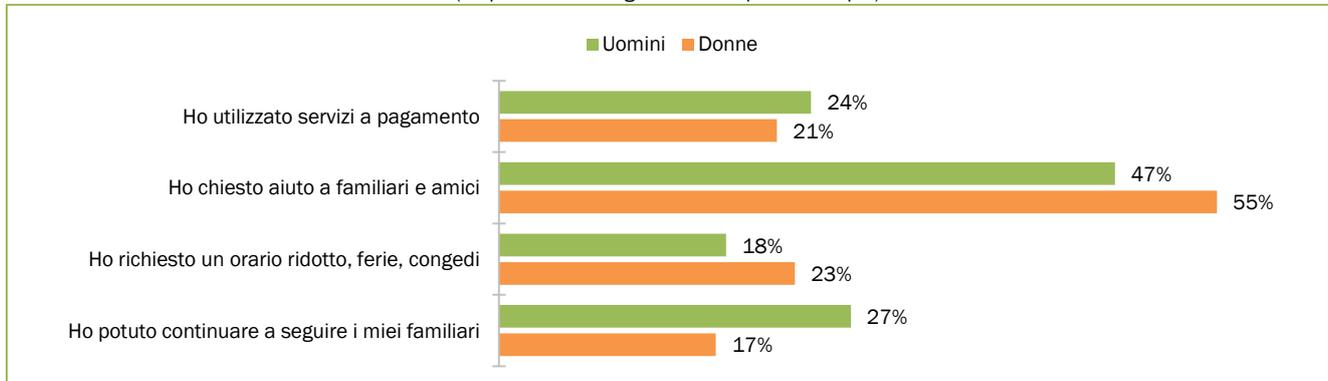
Come potevamo attenderci l'organizzazione della cura è diventata più difficile per la quasi totalità dei rispondenti e tale quota risulta più elevata per le donne, che già in precedenza se ne facevano carico (Fig. 36). Il lockdown e la chiusura delle scuole, ha complicato la vita di tutti i genitori, ma tra questi i lavoratori del sistema sanitario regionale, e in particolare quelli su cui si è scaricata la straordinaria pressione dovuta alla pandemia, hanno dovuto affrontare, oltre al carico di ore di lavoro, allo stress per la situazione d'emergenza, al rischio personale di contagio, anche la necessità di riorganizzare la cura dei figli.

Figura 36.
COME È CAMBIATA LA GESTIONE DELLA CURA CON LA PANDEMIA
(Rispondenti con figli minori)



Ancora una volta è stato centrale poter contare sui familiari, in prevalenza nonni, che hanno permesso di ammortizzare le difficoltà organizzative (Fig. 37). Rispetto all'uso ordinario, è invece cresciuta la quota di coloro che hanno utilizzato servizi a pagamento e che hanno richiesto orari ridotti, ferie o congedi. In quest'ultimo caso, sono ancora una volta le donne a usufruire di più di questi strumenti di flessibilità. Sono infine gli uomini a mostrare una più alta percentuale di risposte (27% vs 17%) relativa all'aver potuto seguire i propri familiari anche in pandemia.

Figura 37.
GESTIONE DELLA CURA DURANTE LA PANDEMIA PER GENERE
(Rispondenti con figli minori. Risposta multipla)



Per interpretare meglio questi dati può essere utile introdurre la variabile relativa al tipo di professione svolta, in particolare la classificazione precedentemente adottata, che distingue tra dirigenti, sanitari "in prima linea" e personale tecnico-amministrativo-giuridico-contabile (Tab. 38). Quest'ultimo, che come abbiamo accennato, ha potuto usufruire anche dello *smart working* straordinario, è riuscito in misura maggiore a seguire i propri familiari. Ciò vale anche per i padri che, avendo modo di utilizzare tale strumento, durante la pandemia ne hanno fatto uso per rispondere alle condizioni di emergenza.

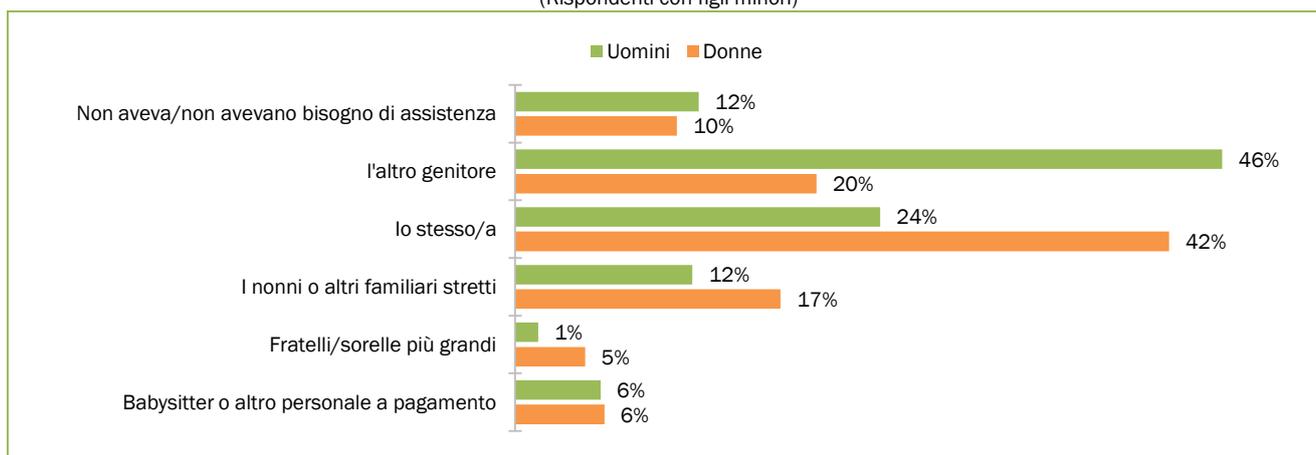
Tra i sanitari la prospettiva cambia: mentre per gli uomini si mantiene alta la quota di coloro che dichiarano di aver mantenuto la routine precedente (25%), essa cala notevolmente per le donne. Ciò lascia pensare che il personale femminile, depositario della cura dei familiari anche in presenza di una professione impegnativa dal punto di vista degli orari e dei turni, sia stato in qualche modo travolto dall'emergenza, mentre per i padri il maggior impegno lavorativo sembra essere stato meglio gestito, probabilmente perché già meno presenti in famiglia. Tale interpretazione è in parte confermata dalla quota più alta di donne che ha usufruito degli strumenti di flessibilità al lavoro, e dal fatto che più madri chiedono aiuto a familiari e amici, e non ai padri.

Tabella 38.
GESTIONE DELLA CURA DURANTE LA PANDEMIA PER GENERE E PROFESSIONE
(Rispondenti con figli minori. Risposta multipla)

	Donne			Uomini		
	Dirigenza	Sanitari	Personale tecnico-amministrativo	Dirigenza	Sanitari	Personale tecnico-amministrativo
Ho potuto continuare a seguire i miei familiari	22%	15%	31%	26%	25%	36%
Ho richiesto un orario ridotto, ferie, congedi	22%	22%	26%	11%	16%	25%
Ho chiesto aiuto a familiari e amici	59%	57%	40%	52%	49%	39%
Ho utilizzato servizi a pagamento	16%	22%	18%	26%	26%	14%

Un ultimo elemento mostra il maggior peso della cura sulle spalle delle donne lavoratrici ed è la gestione della didattica a distanza, durante la chiusura delle scuole (Fig. 39). Sono infatti le madri ad aver seguito i figli in questi frangenti, sia nel caso delle lavoratrici del SSR, sia in quello delle partner dei rispondenti. Ancora una volta, poi, il sostegno dei nonni è maggiormente dichiarato dalle madri (così come quello dei figli più grandi), laddove i padri sembrano essere meno disponibili.

Figura 39.
GESTIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA DURANTE LA PANDEMIA
(Rispondenti con figli minori)

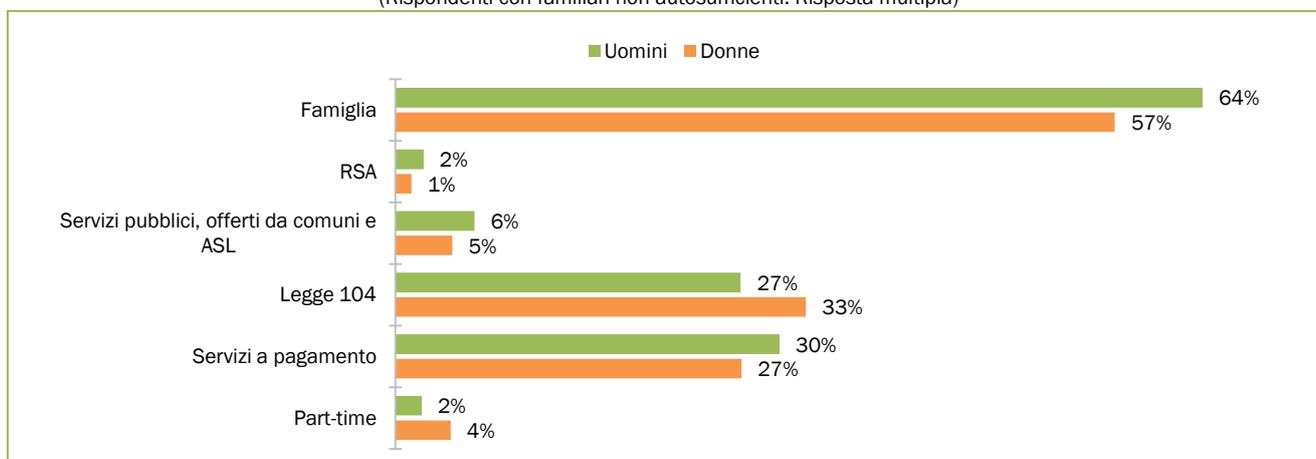


- **La cura dei familiari non autosufficienti**

Coloro che hanno partecipato all'indagine e dichiarato di prendersi cura di un familiare non autosufficiente costituiscono il 23% del totale. Si tratta soprattutto di genitori anziani e infatti la presenza di persone non autosufficienti cresce con l'età del rispondente.

Prima della pandemia la gestione della cura avveniva prevalentemente all'interno della famiglia (Fig. 40). In generale, rispetto per esempio alla cura dei figli minori di 14 anni, si nota una differenza di genere meno marcata, dovuta probabilmente al fatto che l'intestatario della cura è in qualche modo il parente della persona non autosufficiente, mentre quando si tratta di bambini spesso è la madre il primo referente.

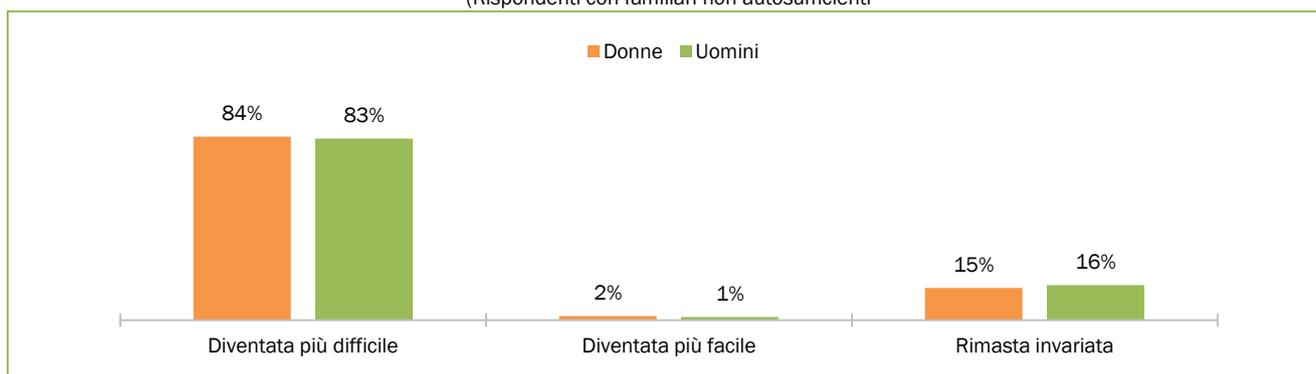
Figura 40.
GESTIONE DELLA CURA PRIMA DELLA PANDEMIA
(Rispondenti con familiari non autosufficienti. Risposta multipla)



In ogni caso, a parità di condizioni, sono più numerose le donne che usufruiscono di permessi lavorativi messi a disposizione mediante la Legge 104, per prendersi cura del familiare non autosufficiente. Molto più utilizzati, rispetto alla gestione dei figli, risultano i servizi a pagamento, ossia l'appoggio delle assistenti familiari.

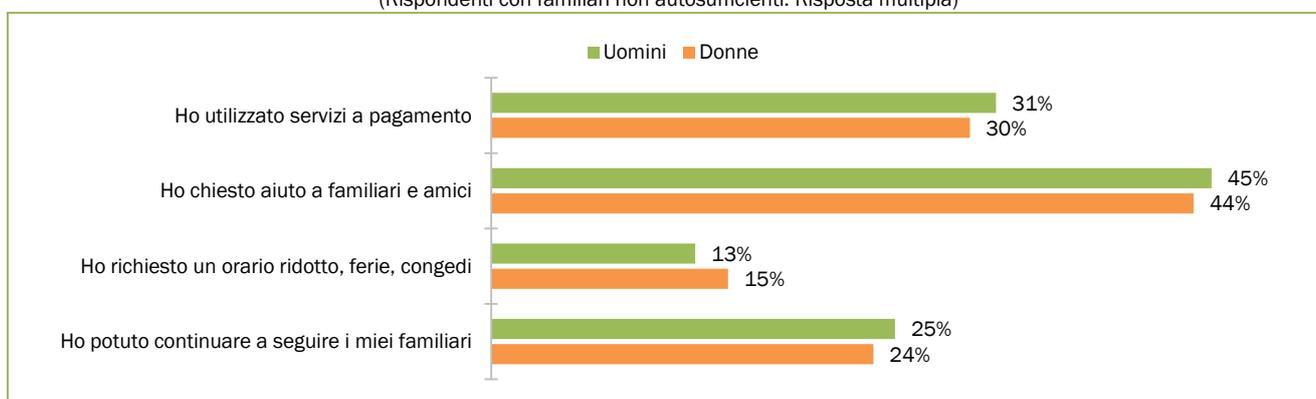
La pandemia ha aggravato il carico di cura per i dipendenti con familiari non autosufficienti (Fig. 41), ma la percezione delle difficoltà appare più equilibrata da un punto di vista di genere.

Figura 41.
COME È CAMBIATA LA GESTIONE DELLA CURA CON LA PANDEMIA.
(Rispondenti con familiari non autosufficienti)



Durante l'emergenza sanitaria e con l'aumento dei carichi di lavoro, i partecipanti all'indagine si sono riorganizzati facendo soprattutto affidamento sui familiari e sui servizi a pagamento (Fig. 42). Ancora una volta, chi ha più utilizzato la flessibilità lavorativa è il personale femminile.

Figura 42.
GESTIONE DELLA CURA DURANTE LA PANDEMIA PER GENERE
(Rispondenti con familiari non autosufficienti. Risposta multipla)



Si segnala, infine la presenza di dipendenti (5% del totale) che sperimentano un doppio carico di cura: quello relativo ai bambini e quello dovuto alla presenza di familiari non autosufficienti.

Per questi, le difficoltà sono cresciute di più, insieme al peso organizzativo dovuto alla doppia gestione di lavoro retribuito e cura. Se la persona non autosufficiente coincide con un genitore del rispondente, viene meno anche una parte del sostegno maggiormente utilizzato dalle famiglie per aiutare con i figli piccoli. Sale lievemente l'utilizzo dei servizi a pagamento, mentre aumenta il carico autogestito all'interno della famiglia e il ricorso alla legge 104, in particolare per le donne. L'utilizzo dei servizi pubblici rimane invece basso, per cui la cura sembra poggiare, nella gran parte dei casi, sulla possibilità/capacità di organizzarsi in autonomia.

3.4 In sintesi

La questione dell'organizzazione della cura per le professioni sanitarie, in special modo quelle a diretto contatto con i pazienti, appare un elemento di interesse nell'organizzazione del lavoro del Sistema Sanitario Regionale, considerata la diffusione di orari lunghi, turni di notte e nei giorni festivi. Durante la pandemia, il tema della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro sembra aver costituito un ulteriore elemento di stress per il personale e in particolare per quello con figli minori di 14 anni e/o con familiari non autosufficienti a carico.

Prima dell'emergenza sanitaria, coloro che hanno aderito all'indagine mostrano un'organizzazione prevalentemente basata sulla divisione dei ruoli interna alla famiglia e sull'appoggio dei nonni, vero pilastro del welfare informale all'italiana. Nonostante il tipo di mestiere impegnativo delle donne occupate nel SSR e in particolare di quelle in prima linea - infermiere, medici, operatrici sanitarie, ecc. - esse rimangono depositarie dell'organizzazione della cura, in particolare di quella dei figli piccoli.

La principale distinzione di genere emerge nella percezione della gestione dei bambini: per i padri essa avviene innanzitutto grazie alla condivisione dei compiti tra genitori, mentre per le madri l'appoggio essenziale si ritrova all'esterno del nucleo familiare, soprattutto grazie ai nonni, e in misura assai minore si nomina la coppia come fulcro della cura, dando per scontato il ruolo primario della donna.

I servizi pubblici integrativi offerti dalle scuole risultano avere un ruolo marginale per i genitori, non in grado di risolvere i problemi legati alla conciliazione. Anche i servizi privati di *babysitting* non appaiono così diffusi, mentre laddove non è possibile affidarsi ai nonni, è ancora la donna lavoratrice a usufruire di più degli strumenti di flessibilità disponibili, dal *part-time* ai congedi.

Nella gestione dei familiari non autosufficienti, le distinzioni di genere appaiono meno marcate e in questo caso, oltre a organizzarsi all'interno della famiglia, si fa affidamento sulla figura dell'assistente familiare, mentre molto basso risulta il numero di risposte di coloro che utilizzano servizi pubblici.

La pandemia ha aggravato le difficoltà di cura familiare, in particolare per i sanitari che lavorano in prima linea, a cui è stato richiesto uno sforzo supplementare, in termini di orari ma anche di cambiamenti organizzativi. Ancora una volta, però, la soluzione ai problemi di conciliazione è emersa come una questione privata, che avviene in ambito familiare, senza trovare particolari appoggi istituzionalizzati. Nella maggioranza dei casi ciò si traduce in un ulteriore carico di lavoro informale per le donne, anche se lavoratrici, anche se impegnate in un settore sotto forte pressione come quello sanitario.

Nota a cura di Natalia Faraoni