



Education and Culture

Leonardo da Vinci



Università
del Terzo
Settore

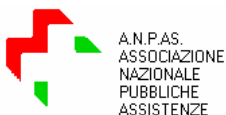
Formazione e Opportunità di Lavoro per le Donne Immigrate nel Settore Socio-Sanitario in Italia

Sfide e Raccomandazioni

Relazione inerente al progetto Leonardo da Vinci
“Prequalification for Migrant Women
in the Health and Care Sector”

In cooperazione con:

A.N.P.A.S. – Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze



e

ADBI – Associazione delle Donne Brasiliane in Italia



INDICE

Introduzione	3
Parte I – Analisi Secondarie	
1. Immigrazione femminile e lavoro in Italia	
1.1. Condizioni strutturali	4
1.2. Tipi di occupazione	6
2. Il Settore di cura in Italia	
2.1. La definizione di cura	8
2.2. Le prestazioni di cura in Italia	10
2.3. Descrizioni professionali e formazione	13
2.4. Richieste del mercato del lavoro	17
2.5. Certificazione, accreditamento e riconoscimento della formazione	20
Parte II – Studi Empirici	
Introduzione	24
1. Quali sfide e problemi affrontano le donne immigrate che desiderano lavorare nel campo di cura?	
1.1. Il punto di vista delle donne immigrate	25
1.2. Il punto di vista dei responsabili politici	29
1.3. Il punto di vista degli enti di formazione	29
1.4. Il punto di vista degli enti erogatori dei servizi di cura	30
1.5. Il punto di vista dei sindacati	30
2. Conclusioni	31
3. Raccomandazioni per la stesura del curriculum formativo	32
Allegati	
1. Dati e Statistiche	34
2. Linee guida delle interviste	38
3. Fonti	47

Introduzione

Dall'ultimo decennio si assiste in tutta Europa ad un sempre maggiore invecchiamento della popolazione, con il conseguente bisogno di un numero sempre più alto di personale qualificato nel settore sanitario, assistenziale e di cura alle persone. Le donne immigrate nei paesi dell'Unione Europea rappresentano un gran potenziale per sopperire alla mancanza di personale qualificato nei nostri paesi. Spesso hanno un bagaglio di esperienza nel settore sanitario e socio-assistenziale dal loro paese di provenienza. Il mancato riconoscimento dei loro curriculum formativi o la non adeguata preparazione linguistica, fanno sì che il loro inserimento nel mondo del lavoro sia precario o non possibile. L'elaborazione di una formazione di base che dia alle donne immigrate accesso alla formazione sanitaria e socio-assistenziale specialistica, potrà facilitare l'inserimento lavorativo di questo gruppo sociale vulnerabile.

Il progetto pilota "Prequalificazione delle donne immigrate nel settore sanitario e di cura", finanziato dal programma europeo Leonardo da Vinci, si pone come obiettivi l'elaborazione di un corso di formazione di base per donne immigrate propedeutico all'inserimento lavorativo nei settori sanitario e socio-assistenziale, la prevenzione dell'abbandono dei corsi di formazione professionale nei settori sanitario e socio-assistenziale da parte di donne immigrate, favorire l'inserimento professionale di donne immigrate e conseguire il riconoscimento del corso di formazione nei paesi partner.

La presente ricerca nazionale è inserita nel contesto del progetto sopra descritto e formerà la base per l'elaborazione del curriculum formativo che dovrà essere sperimentato durante la realizzazione del progetto. Il curriculum formativo terrà conto anche delle indicazioni e raccomandazioni identificate a livello europeo dagli altri partner del progetto.

Parte I – Analisi Secondarie

1. Immigrazione femminile e lavoro in Italia

1.1. Condizioni strutturali

Il panorama della migrazione in Italia indica una popolazione giovane e in età riproduttiva, una sostenuta presenza femminile che è di poco inferiore a quella maschile, una buona presenza di nuovi nati e minori figli di immigrati, che ci fa pensare ad una popolazione immigrata stabile e/o tendente alla stabilità.

Questo è un fattore importante che deve far prendere seriamente in considerazione la presenza di queste persone in tutti gli ambiti della vita sociale (lavoro, scuola, salute, diritti, cittadinanza, ecc.), le loro esigenze e le loro richieste nonché i cambiamenti che l'incontro tra popolazioni, culture, abitudini diverse apportano sia per le comunità migranti che per quelle ospitanti.

Per calcolare l'entità della presenza straniera in Italia è opportuno riferirsi agli archivi del Ministero degli Interni che, alla fine del 2003, contavano in totale 2.193.999 permessi di soggiorno in vigore nel Paese, cui però bisogna aggiungere il numero di minorenni, che secondo le stime del censimento operato nel 2001, si attestano a poco più di un quinto del totale. In conclusione quindi, il numero di stranieri presenti in Italia deve considerarsi di 2.598.223 unità.

Per ciò che concerne la ripartizione di *genere*, la presenza femminile riguarda il 48,4% della popolazione straniera con un incremento del 1,4% rispetto al 2002. Vi è però una sostanziale differenza tra le varie nazionalità: per esempio tra gli immigrati nordafricani la presenza è fortemente maschile (74%) mentre è prevalentemente femminile tra i cubani e i capoverdiani (80%) e i sudamericani in genere, il gruppo filippino tende ad equipararsi a causa dei molti ricongiungimenti familiari degli ultimi anni (intorno al 60% di donne).

Le donne immigrate si concentrano attorno alle grandi città del Nord (Milano e Torino) e in determinate regioni come la Campania, il Molise, l'Umbria, il Lazio, l'Abruzzo e la Sardegna).

La concentrazione femminile di alcune nazionalità è strettamente legata al progetto e alla tipologia migratoria, che può essere distinta in tre grandi ondate (Melchiori, 2000):

1. negli anni '70 si registra un'entrata proveniente principalmente da alcuni paesi dell'America Latina, da Capo Verde, dall'Eritrea e dall'Etiopia. Le prime ad arrivare sono state le domestiche degli italiani che tornavano dall'Eritrea, a queste hanno fatto seguito le operaie delle fabbriche tessili distrutte durante l'invasione etiopica. Queste donne erano prevalentemente divorziate, separate, abbandonate, con o senza figli.

L'arrivo delle donne somale è stato caratterizzato dalla fuga dal conflitto bellico.

2. negli anni '80 invece, l'immigrazione si manifesta con una forte prevalenza maschile proveniente dal Nord-Africa e dall'area sahariana, a cui ha fatto seguito l'arrivo di mogli e figli per ricongiungimento familiare², che hanno dato un'impronta di stabilità a questo tipo di migrazione.

3. gli anni '90 poi sono stati caratterizzati dalla stabilizzazione e leggera diminuzione dell'immigrazione africana e da un sostenuto aumento di quella proveniente dall'Est Europeo, che ha portato con sé una sostanziale prevalenza di donne giovani, sole e con un livello di istruzione medio-alto. Molte di loro hanno figli lasciati nel paese di origine.

Anche il progetto migratorio delle donne presenta delle specificità e può essere distinto in due grandi gruppi che danno vita a diverse tipologie anagrafiche, provenienze geografiche e sociali, a diverse collocazioni e aspettative nella società ospitante, troviamo quindi:

1. donne sole con un progetto autonomo che si situano in un momento di rottura e di forte cambiamento sociale e personale (75-85% di donne sole e divorziate sul totale delle immigrate), a questo gruppo appartengono in prevalenza le filippine, le capoverdiane, le etiopi, le eritree, le somale, le brasiliane, le peruviane e gran parte delle europee orientali;

2. donne che arrivano per ricongiungimento al marito o ai figli. Appartengono al progetto migratorio dell'uomo e fanno parte di un'ondata più antica che è in via di stabilizzazione. Provengono principalmente dal Nord-Africa, dal Senegal e dal Maghreb oppure dal Medioriente e dalla Cina.

Gli arrivi per ricongiungimento familiare hanno avuto una forte crescita (anche in concomitanza di leggi emanate a tale proposito) e i visti d'ingresso rilasciati per questo motivo, sono passati da 4.500 nel 1988 a 65.816 nel 2003 (Caritas, 2004).

Oggi si stimano tra le 10 e 20 mila famiglie straniere presenti in Italia, con una media di 2 figli per nucleo familiare. Spesso però queste famiglie sono divise: cioè alcuni dei membri vivono nel paese di origine in attesa di potersi ricongiungere. La famiglia rappresenta per

gli immigrati e per la società di arrivo, un istituto di stabilizzazione: cambia il progetto migratorio trovando la strada della stabilità e della permanenza; la presenza dei figli che “crescono qui ed ora” sposta sempre più gli investimenti simbolici, affettivi ed economici dal paese di origine a quello di accoglienza. In ogni caso la famiglia è il luogo nel quale si riorganizza in modo nuovo la solidarietà interna e vengono ridefinite le priorità in ordine alle risorse disponibili” (Tognetti, 2004).

1.2. Tipi di occupazione

Il tipo di occupazione delle donne immigrate è il lavoro domestico nell'80% dei casi. Spesso questa sistemazione risolve anche il problema del vitto, dell'alloggio e della regolarizzazione, almeno per i primi anni, ma rimane comunque una sistemazione vissuta in termini di temporaneità e con la speranza di poter trovare presto un altro tipo di lavoro, avere una casa propria e poter costruire indipendenza e stabilità. In alcune regioni le collaboratrici familiari donne arrivano all'80%, in alcune province come Oristano al 100%, come Trieste al 97%.

Nonostante l'alto numero di immigrate professionalizzate, ed il dato di fatto dei risultati scolastici migliori che conseguono le giovani immigrate rispetto ai loro coetanei maschi, nel lavoro le donne immigrate continuano ad essere sotto-rappresentate nei livelli professionali più alti, e concentrate solo in alcuni settori. Ancora una volta si può ritenere che questa situazione sia il risultato di una doppia discriminazione.

I datori di lavoro dovrebbero essere incoraggiati, con tutti i mezzi disponibili nei diversi sistemi di regole esistenti in Europa, ad adottare programmi per le pari opportunità, finalizzati ad aumentare le assunzioni di donne immigrate o appartenenti a minoranze etniche e il loro accesso alla formazione, e soprattutto a consentire loro la promozione a ruoli professionali e manageriali. I programmi di pari opportunità devono contenere al loro interno misure finalizzate a ridurre il doppio svantaggio vissuto dalle donne che appartengono a minoranze etniche.

L'inserimento delle donne immigrate nel mercato del lavoro è finora avvenuto essenzialmente ai più bassi livelli del sistema occupazionale. La femminilizzazione della presenza straniera extra comunitaria significa, sostanzialmente, una collocazione occupazionale nei servizi di cura della casa e/o delle persone: un'occupazione che sempre più richiede la presenza di "lavoratrici giorno e notte", disponibili ad una flessibilità di ruoli

e orari, adattabili ai bisogni e agli spazi della famiglia datrice di lavoro.

Questo tipo di occupazione generalmente si presenta, almeno nelle aspettative, come una "strategia a termine", una buona possibilità di guadagno soprattutto per le donne immigrate sole, in quanto permette contemporaneamente un inserimento lavorativo ed alloggiativo, un reddito netto convertibile in rimesse ai paesi di provenienza e, per chi è irregolarmente presente, la *non visibilità*.

Questi fattori costituiscono però una forma di segregazione occupazionale che rende difficile ipotizzare percorsi di autonomia personali e abitativa, ricongiungimenti familiari e modalità di inserimento nella comunità autoctona. Un lavoro di questo tipo, temporaneo e provvisorio, rischia di diventare l'unico contatto con la nuova società, impedendo la possibilità del cambiamento per il totale assorbimento di tempo ed energie fisiche e psicologiche disponibili. Indipendentemente dalla forza attrattiva del lavoro per la possibilità di ottenere un guadagno e l'occasione di rimanere nello stato ospitante, si innesca, inoltre, anche un ricatto di tipo emotivo che tiene legata la lavoratrice al datore di lavoro. La condizione di solitudine affettiva in cui si trovano a vivere, l'isolamento sociale e la condizione di debolezza sul mercato del lavoro, sono tutti elementi che fanno apparire come una sorta di benefattore chi in realtà specula su questo.

L'impossibilità di conciliare la vita lavorativa e personale risulta ancora più difficoltosa nel caso di donne con figli che si vedono costrette ad abbandonare l'attività lavorativa e ricercano impegni ancora più casuali e flessibili, rinunciando ad un possibile percorso di strategia lavorativa personale. Anche la condizione di irregolarità influenza, naturalmente, la capacità di reazione a situazioni lavorative difficili e non soddisfacenti: l'impotenza accompagnata dalla paura di essere scoperte e "rispedite" indietro, portano ad un'accettazione senza diritto di replica.

Qualsiasi sia la scelta all'emigrazione, qualsiasi sia la tipologia del progetto migratorio e qualsiasi sia il livello di scolarità o professionalità raggiunto nel paese d'origine, la collocazione occupazionale nel settore domestico e/o assistenziale appare, al momento, l'unico spazio realisticamente praticabile per le donne migranti. Se questa situazione è fortemente determinata dalla tipologia di lavoro particolarmente rilevante in Italia, anche altri fattori giocano un ruolo determinante, quali il mancato riconoscimento delle credenziali educative, delle competenze professionali, una sorta di segregazione in base al genere e alla provenienza etnica. I datori di lavoro, spesso, assumono come presupposto che i

lavoratori stranieri siano sprovvisti di competenze professionali spendibili nei contesti economici occidentali, ma secondo quanto emerge dalla nostra ricerca, come da numerose altre ricerche, questa percezione non corrisponde affatto alla realtà (i livelli di istruzione riscontrati nel campione sono per lo più alti).

Allo stesso modo, un'idea molto diffusa è che i lavoratori immigrati siano maggiormente disponibili ad accollarsi mansioni, orari e condizioni, non più accettate dalla manodopera nazionale: l'immigrato sembra obbligato all'accettazione dell'uniformità secondo linee gestite da altri. Gli immigrati rappresentano quindi un caso particolare della regolazione informale e personalistica del mercato del lavoro italiano.

Per le donne immigrate in particolare, le reti di solidarietà e mutuo aiuto tra connazionali hanno un'importanza decisiva nel reperimento di un'occupazione. Tali reti, però, utili e fondamentali nel momento dell'arrivo e dell'emergenza, risultano castranti e negative per un cambiamento, soprattutto in termini di un miglioramento professionale. Così le donne immigrate si trovano spesso da un lato coadiuvate, dall'altro prigioniere delle reti di appartenenza: facilitate nel trovare lavoro all'interno della nicchia del mercato occupata dal proprio gruppo nazionale, ma vincolate nel cercare altri tipi di occupazione.

Per contro, il capitale culturale posseduto, la collocazione di confine, di pluriappartenenza, all'incrocio tra società e culture diverse, può consentire di ottenere competenze e di inventare ruoli professionali nuovi (per esempio compiti di mediazione culturale e linguistica). Il legame con la dimensione espressiva, con la ricerca della propria identità anche attraverso il lavoro, fa sì che la propria professione venga caricata di un forte aspetto emotivo e di ricerca di senso.

Si desidera un'attività capace di favorire l'espressione delle proprie capacità e di garantire la più ampia autonomia personale. Indipendentemente dagli orientamenti e dagli interessi personali, i lavori auspicati possono essere diversi, ma il desiderio prevalente è quello di poter scegliere.

2. Il settore di cura in Italia

2.1 La definizione di cura

E' un lavoro che produce cura, che è imperniato nei gesti e nelle necessità della quotidiana riproduzione e che si svolge prevalentemente nei servizi, ma anche in altri

contesti produttivi destinati “alla persona”. E’ un lavoro che richiede un alto contenuto di relazione, destinato ad una persona e finalizzato al suo benessere complessivo; è un lavoro che necessita dell’interdipendenza dei soggetti in relazione e contemporaneamente, da parte di chi lo svolge, di conoscerne e valutarne i confini, evitando l’aiuto inutile. E’ un lavoro incorporato in tutta quella serie di attività domestiche che le donne hanno storicamente compiuto per i loro familiari. E’ un lavoro presente e incorporato in tutta una serie di attività professionali più ampie e più precisamente definite, ad esempio, come lavoro sociale, educativo, intervento sanitario e di riabilitazione.

E’ un lavoro incorporato in diverse professioni, ma costituito da alcune dimensioni che contribuiscono a definirlo in sé:

- una dimensione fisica e materiale: è un lavoro pratico e concreto che si svolge faccia a faccia con la persona di cui ci si occupa, con il suo corpo, con le parti e con le funzioni più intime del suo corpo;
- una dimensione organizzativa: è un lavoro che richiede lo svolgimento di determinate sequenze che riguardano la persona e l’ambiente in cui vive o che la ospita, all’interno di un progetto che coinvolge altre persone con ruoli e funzioni differenti, teso a determinate finalità e poggiante su determinati valori; progetto che richiede una valutazione sottile dei risultati in termini di gradimento, di benessere e di eventuale miglioramento delle condizioni della persona con cui si lavora;
- una dimensione emotiva, riferita non unicamente al fatto che questo tipo di lavoro veicola emozioni, bensì a quella che potremmo definire come dimensione gestionale delle emozioni. Chi svolge questo tipo di lavoro non solo affronta la necessità di dover tenere sotto controllo l’eccessiva esposizione alle emozioni e, contemporaneamente, continuare «a sentire», ma è impegnato in una sorta di produzione sociale emozionale, cioè nella produzione di una modalità di relazione di cura legittimata socialmente e che sia non distante/non intima, non asettica/non coinvolgente, non estranea/non personale.

L’assistenza di tipo professionale viene fornita esclusivamente dagli infermieri; quella domestica dal “badante”.

Il “badantato” fa riferimento alla costruzione competente di un sistema di aiuto intorno alla persona che ne ha bisogno. La relazione tra “badante” e persona assistita si caratterizza

come un rapporto d'aiuto che può essere inteso come l'atto di promuovere in una persona, che si affida alla professionalità di un'altra, un migliore adattamento alla situazione che affronta, per trovare il sostegno necessario a superare le difficoltà e recuperare e conservare il più a lungo possibile quel grado di benessere psicofisico che è possibile.

Chi è il badante e cosa fa? Il "badante" fornisce un'integrazione alle attività di tipo assistenziale non sanitario ossia: la "vicinanza" per il supporto psicologico-relazionale all'utente degente (es. assicurargli compagnia, stimolarlo a parlare, rassicurarlo, compiere piccole commissioni: acquisto di giornali, di acqua, qualche specialità al bar, ecc.), attività alle quali, quando è possibile, provvede un familiare, ma accade spesso che questi non si trovi nelle condizioni di poterlo fare.

Il badante può garantire il necessario sostegno nel miglioramento del comfort della persona che sta accudendo, (che non può essere più di una) nel rigoroso rispetto delle indicazioni dei sanitari, della privacy degli altri degenti e della struttura stessa.

In breve, il termine "badante" è utilizzato per designare persone che assistono anziani o adulti o minori la cui autosufficienza è compromessa e che hanno bisogno di essere accuditi a tempo pieno per poter restare all'interno dell'abitazione e/o per garantire ai familiari il proseguo di una vita adeguata fuori dal contesto familiare.

Curare è, nell'immaginario collettivo, caratteristica del femminile, pur essendo il lavoro di cura svolto anche da uomini. Le donne sono gli attori privilegiati nello scenario della cura: garantiscono cura gratuita nel loro tempo privato familiare; svolgono lavoro di cura nei servizi nel loro tempo pubblico retribuito; chiedono servizi di cura per i loro familiari.

2.2 Le prestazioni di cura in Italia

Il ruolo degli infermieri, nell'Italia contemporanea, diventa sempre più importante e strategico per la buona gestione del servizio sanitario nazionale. Per razionalizzare ed ottimizzare gli interventi sanitari, diventerà sempre più capillare la presenza dell'infermiere sul territorio.

Nel processo di cambiamento dell'organizzazione sanitaria orientata verso la personalizzazione delle cure, la relazione di aiuto e di sostegno tecnico-relazionale alla persona costituisce l'elemento centrale del percorso assistenziale e l'infermiere rappresenta la figura professionale con maggiore esperienza e competenza per attuarla, avendo da tempo elaborato e utilizzato propri modelli organizzativi e assistenziali che

consentono di valutare, individuare e risolvere i bisogni di salute... L'infermiere ha acquisito una maggiore consapevolezza del proprio ruolo, caratterizzato da maggiore autonomia decisionale e operativa.

A intervalli regolari e ormai sempre più ravvicinati si manifesta, nel nostro Paese, la carenza di infermieri. A lanciare l'allarme è la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, che dichiara che in Italia mancano 40 mila infermieri professionali. Sono, infatti, 326 mila gli infermieri iscritti all'Albo, mentre il fabbisogno arriva a 366 mila addetti. È questa la stima dell'Ipasvi (l'associazione di categoria degli infermieri), basata sui parametri Ocse, che indica uno standard minimo per un Paese evoluto di 6,9 infermieri ogni mille abitanti. Nel nostro Paese, invece, ce ne sono appena 5,4. Meglio di noi, quasi tutti i Paesi industrializzati.

La figura professionale dell'infermiere mette in evidenza uno dei paradossi più evidenti del nostro mercato del lavoro. A fronte di una consistente domanda di manodopera, infatti, manca l'offerta. Si tratta di uno sbocco professionale sicuro, un lavoro di grande utilità e straordinariamente ricco sul piano umano. Nonostante questo, i corsi professionali di livello universitario sfornano appena 3.500 diplomati all'anno, mentre in questa professione il turn over fisiologico arriva a 12.500 lavoratori ogni dodici mesi.

Un fabbisogno che, avverte l'indagine dell'Ipasvi, non potrà mai essere colmato degli infermieri extracomunitari. Nonostante il grande afflusso, infatti, l'apposita commissione presso il ministero della Salute ha riconosciuto il titolo professionale, dal 1999, solo a 5.000 cittadini stranieri.

Le cause vanno ricercate nei bassi livelli di retribuzione, nella delicatezza delle mansioni, nel disagio dei turni di lavoro e il grosso investimento che le persone devono fare per diventare infermieri professionali: tre anni di studio di livello universitario, che non trovano un adeguato e complessivo rapporto accettabile in termini di costi-benefici. Senza contare questioni di carattere psicologico come il prestigio e la valutazione: pur essendo un mestiere importante e critico, quella di infermiere non è tra le attività più apprezzate nella scala gerarchica delle professioni.

In base alle nuove direttive interne e comunitarie circa 900 000 medici ed infermieri in Italia, per continuare ad esercitare la professione hanno l'obbligo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la loro preparazione attraverso corsi di formazione accreditati da parte della Commissione Ministeriale ECM (Educazione Continua in Medicina), che è l'Authority

che vigila in Italia ed accredita gli eventi formativi. Ogni operatore della Sanità deve provvedere in piena autonomia al proprio aggiornamento, privilegiando gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale. Questo cambiamento di scenario è di interesse primario per gli operatori sanitari, affinché si possano presentare ai propri utenti con una credibilità e una professionalità sempre maggiore.

La necessità, il ruolo e i problemi della collaborazione familiare si pongono oggi in maniera del tutto sconosciuta rispetto al passato.

La donna, nella sua molteplice nuova funzione (di moglie, madre, lavoratrice rispetto a quella precedente di casalinga-moglie-madre) arriva a superare, se si tratta di una coppia con figli, anche 60 ore di lavoro a settimana tra lavoro domestico ed extradomestico, con pregiudizio del suo tempo libero e serie difficoltà di conciliare i compiti familiari con quelli extrafamiliari e questo anche a causa dell'asimmetria nei ruoli dei due partner della coppia.

La donna italiana non è comunque sola perché quelle extracomunitarie sono state chiamate a ricoprire parte dei ruoli prima svolti dalle donne italiane nelle faccende domestiche e nei confronti dei familiari e degli anziani, con la conseguente possibilità di inserimento nel mercato del lavoro. Inoltre, secondo l'indagine multiscopo ISTAT del 1998, il 76% delle coppie si rivolge per aiuto ai nonni non conviventi e l'11,9% fruisce di un aiuto a pagamento in forme di baby sitting.

Alla luce di quanto detto sopra, è evidente che ci sia stato un aumento, in Italia, della visibilità dei collaboratori familiari e la consapevolezza che essi svolgono un lavoro socialmente utile e da regolamentare meglio quanto ai flussi e alle tutele; tuttavia il contesto italiano non è riuscito a varare una politica adeguata per l'assistenza agli anziani.

L'affidamento a persone esterne alla famiglia è andato diffondendosi man mano che le donne sono andate accentuando il loro inserimento nel mercato del lavoro: in caso di disponibilità di risorse, la tendenza delle famiglie italiane è quella di affidare il servizio ad esterni. Gli operatori privati dell'assistenza, chiamati "badanti" se stranieri, sono quelli che, in forma individuale o organizzata, prestano servizio dietro compenso e spesso chi opera per proprio conto riceve una remunerazione non commisurata alle sue prestazioni.

I lavoratori che operano alle dipendenze di una persona anziana hanno un trattamento contrattuale e salariale diverso e più basso rispetto a chi opera per conto di cooperative

sociali o di imprese e spesso devono operare in nero: per facilitarne l'emersione è prevista una riduzione fiscale commisurata alle spese sostenute per prestazioni assistenziali.

Il sostegno assicurato a livello pubblico consiste, a livello governativo, nell'indennità di accompagnamento per anziani non autosufficienti e, a livello locale, nell'assegno di cura. Entrambe le provvidenze, che sono legate al reddito del beneficiario, vengono utilizzate da questi per retribuire le prestazioni e i servizi richiesti ai privati. Gli enti locali hanno incrementato l'offerta di servizi domiciliari, che però risultano sufficienti solo per un numero esiguo di beneficiari a reddito contenuto. In Italia è prevista la partecipazione economica della famiglia, modulata in base al reddito, per ottenere i servizi pubblici, anche se istituzionalizzati.

Tra assistenza privata e servizi territoriali pubblici, i collegamenti sono insufficienti (e da qui deriva un deficit a livello professionale) a causa della programmazione complessiva. L'auspicio è quello che si provveda a regolare e controllare il mercato, accompagnando il lavoro degli operatori e valutandone l'efficacia: a tal fine andrebbe incentivata la formazione degli operatori e previsto l'accreditamento di chi eroga l'assistenza privata.

In conclusione, il sistema pubblico risulta confinato in un ruolo residuale e quello privato si caratterizza, spesso, per l'assenza di regole, per l'elusione delle normative fiscali e retributive e per la mancanza di tutela sia per gli operatori che per gli assistiti. Pertanto, il crescente invecchiamento della popolazione pone di fronte a una vera e propria emergenza. Peraltro, anche in Europa è prevalente l'impostazione secondo cui per l'assistenza sanitaria interviene il settore pubblico, mentre l'assistenza sociale rimane in prevalenza a carico delle famiglie, salvo nei Paesi scandinavi dove è assicurata anche l'assistenza sociale ed è persistente la tendenza ad effettuare riforme che abbattano ulteriormente i costi, proprio mentre aumenta il fabbisogno della popolazione anziana.

2.3 Descrizioni professionali e formazione

Grazie alla laurea specialistica in Scienze Infermieristiche, le opportunità formative si sono moltiplicate e ora chi imbocca questa strada può scegliere tra un corso di laurea di primo livello della durata di tre anni (cui può seguire un master di un anno), una laurea specialistica di altri 2 anni (e relativo master di secondo livello) e, infine, il dottorato di ricerca (3 anni). Secondo l'Ipasvi, però, solo l'84,4% dei posti disponibili viene coperto dalle nuove immatricolazioni. Con l'istituzione della laurea specialistica, in effetti, sembra aumentare l'interesse verso la professione di infermiere. Infatti, dal 2002, anno in cui si

sono diplomati più di 4.900 infermieri, si è verificata un'inversione di marcia e il numero di chi sceglie questo mestiere ha ricominciato a salire.

Nel 2004 acquisiranno il titolo 5.420 infermieri e nel 2005, 5.530. Un risultato ottenuto con il progressivo aumento dei posti programmati per le immatricolazioni: nel 1999 i posti messi a bando (per i cittadini italiani) erano circa 7.200, nel 2004 sono 12.400, quasi il doppio. Il gradimento verso la carriera di infermiere varia a livello territoriale. Se nelle regioni meridionali si è in presenza di una copertura pressoché totale dei posti disponibili nei corsi specialistici, al Centro manca ancora il 17% di iscritti, al Nordest il 14,6% e al Nordovest addirittura il 20,7%. È qui che si verifica la maggiore carenza di iscrizioni e, quindi, di forza lavoro. Un posto su cinque, infatti, resta deserto.

Ma il 'tutto esaurito' dei corsi nel Mezzogiorno, avverte l'Ipasvi, non colma il divario a livello di sbocco professionale. Mentre, infatti, al Sud per ogni posto da infermiere si trovano 606 aspiranti tra i 20 ai 24 anni, al Nordovest ce ne sono 257 e al Nordest appena 208. Anche per questo, molti giovani si spostano dal Meridione alle regioni settentrionali. Nel solo anno accademico 2002-2003, almeno 10.000 giovani del Sud si sono trasferiti per la formazione al Nord, dove un immatricolato su tre proviene da altre regioni. Il 70% degli iscritti a corsi è donna ma crescono uomini a sud.

L'indagine dell'Ipasvi traccia anche il profilo del giovane che sceglie di lavorare in corsia. Anche se le donne sono ancora in larga maggioranza (circa il 70% delle immatricolazioni), sono in rapido aumento gli iscritti maschi, il 30% del totale. Un dato che, però, al Mezzogiorno schizza al 40% (+7% nell'ultimo anno). L'età media d'immatricolazione ai corsi di laurea si attesta sui 23 anni, ma scende sotto i 21 per le donne. Questo rivela, secondo l'Ipasvi, che per la donna la professione di infermiere è una scelta, mentre per gli uomini può rappresentare un ripiego.

Piuttosto elevata è la formazione in ingresso. Il 27,1% degli iscritti ai corsi per diventare infermiere, infatti, proviene dai licei (classico o scientifico) e un altro 32,6% dagli istituti tecnici. Il ciclo di studi dura mediamente 3,3 anni, senza distinzioni tra uomini e donne.

In Italia va accrescendosi in maniera esponenziale la ricerca di persone che si occupano dell'assistenza a familiari. La causa dell'incremento di tale fabbisogno risiede principalmente nell'impossibilità, per i componenti del nucleo familiare, di assolvere le mansioni richieste a causa dei tempi di lavoro disagiati (sempre più spesso caratterizzati da flessibilità di orario e turnazioni) e, più in generale, a causa dei ritmi del vivere

quotidiano (tempo necessario per gli spostamenti, orari dei servizi pubblici, ecc..).

Il problema del fornire un'adeguata assistenza si pone con maggiore urgenza nei casi in cui la distanza geografica (per motivi di lavoro, di scelta, di costituzione di un nuovo nucleo familiare) renda impossibile accudire adeguatamente i propri familiari "fragili". E' in questa situazione che si fa frequentemente ricorso a lavoratrici straniere, ricorso che non è passeggero, ma delinea una tendenza destinata a crescere nel futuro.

Nonostante il mercato del lavoro in Italia appaia bisognoso degli apporti garantiti dagli stranieri, l'immigrazione va a collocarsi in un territorio complesso, ricco di contraddizioni, che è opportuno affrontare nella sua poliedricità. In Italia c'è un tasso di disoccupazione medio del 10,6 (Dati statistici Caritas, 2001), con valori molto più bassi al Nord-est e molto più accentuati nel Sud e nelle Isole. Questo è il motivo per cui esiste una grande mobilità territoriale, con una quota consistente di lavoratori che si trasferiscono dal Meridione al Nord. La mobilità territoriale è 3 volte più alta tra gli immigrati rispetto ai lavoratori italiani.

Secondo i dati del Ministero dell'Interno al 31 dicembre 2000 sono stati in cerca di posto o del primo posto di lavoro il 10,7% di stranieri soggiornanti per motivi di lavoro (con un'incidenza più bassa tra le donne, più facilmente collocabili nell'ambito del lavoro domestico). I lavoratori immigrati assumono un ruolo complementare rispetto a quelli italiani: gli stranieri ricoprono spesso ruoli che gli autoctoni non sono disposti a ricoprire (sia perché a più bassa qualifica, sia perché richiedono maggiore flessibilità, mobilità o precarietà).

Per i lavoratori stranieri che migrano in Italia, l'aspettativa è quella di un diverso tenore di vita tra il paese d'origine e quello in cui giungono, in termini di reddito (oltre che di sicurezza, libertà di scelta, accesso ai servizi); senz'altro ciò si verifica, poiché quanto percepito in Italia - come retribuzione - supera il reddito percepibile nei paesi d'origine. Tuttavia, a questo dato, va aggiunto il fatto che in Italia il costo della vita è piuttosto elevato, per cui, se una badante guadagna tra i 600 e gli 800 €, è pur vero che solo nei casi in cui vive presso una famiglia con vitto ed alloggio riesce ad avere delle rimesse da inviare ai propri familiari, dal momento che il costo delle abitazioni in affitto è piuttosto consistente, così come notevoli possono essere i costi di diverse offerte del territorio, dei servizi utilizzabili. Il costo della vita in Italia incide sul guadagno percepito, spesso rendendolo troppo esiguo perché garantisca un'adeguata qualità della vita.

Ad oggi per svolgere l'attività di "badante" non è prevista alcuna formazione specifica,

mentre ci si affida alle qualità personali, all'intuizione, alla disponibilità delle persone, alla loro capacità di far fronte agli eventi, anche inattesi, del vivere quotidiano e si richiede alla badante di strutturare l'insieme delle conoscenze necessarie per svolgere il proprio lavoro "sul campo", direttamente al domicilio delle persone.

In questo periodo stanno nascendo iniziative volte ad offrire una formazione adeguata, nelle diverse regioni italiane. Le badanti straniere, di solito, hanno esperienze relative alla cura di anziani e malati e fanno riferimento alla propria esperienza per svolgere il lavoro richiesto. Tuttavia la formazione assume un'importanza cruciale per la conoscenza della lingua italiana, come preconditione per l'ingresso in un mercato di lavoro più vasto (case di riposo, cooperative di assistenza, etc.), per l'acquisizione delle competenze mancanti e per la supervisione del lavoro, in modo che sia possibile avere idee più chiare sul proprio ruolo e sui sentimenti connessi con l'accudimento.

Alcune regioni stanno articolando i corsi per la qualifica di operatore socio-sanitario, con un modulo formativo che certifica le competenze di aiuto domestico, supporto e accompagnamento della famiglia e della persona. Il modulo è dedicato proprio alla formazione di colf accreditate (Emilia-Romagna; Piemonte); altre regioni hanno avviato corsi per badanti (Campania, Lazio). Iniziative simili sono sorte in diversi comuni d'Italia e si vanno sempre più diffondendo.

Anche le Università stanno avviando progetti formativi in questo settore. Di solito l'accesso ai corsi è subordinato al possesso di alcuni pre-requisiti: regolarità del Permesso di Soggiorno, esperienza lavorativa nella mansione o in attività similari, titolo di studio di scuola media inferiore o similari, discreta conoscenza della lingua italiana. L'ammissione ai corsi avviene solitamente a seguito di una selezione che verifica i prerequisiti richiesti e, in alcuni casi, la motivazione a seguire il percorso formativo.

Molti corsi sono gratuiti, in particolare quelli avviati dagli Enti Locali, e quelli avviati da associazioni di volontariato o dalle Parrocchie, oppure possono prevedere un pagamento piuttosto modesto. Altri corsi, avviati da strutture private, possono prevedere un pagamento più o meno consistente. Altri ancora, prevedono il pagamento di una quota per l'iscrizione e l'acquisto dei libri di testo. Ci sono infine dei corsi che riconoscono un'indennità di frequenza oraria o una quota di rimborso per gli allievi.

2.4 Richieste del mercato del lavoro

Gli infermieri professionali sono i lavoratori più difficili da reperire. Sono quasi 3mila gli addetti con questa specializzazione che le imprese cercano tra gli extra-comunitari, e nell'88,4% dei casi l'assunzione è giudicata difficile (ottobre 2004). Una delle novità della legge Bossi – Fini (189/2002) è stata inserire la categoria degli infermieri nelle assunzioni fuori quota, aperte tutte l'anno. Per assumere un infermiere straniero la struttura sanitaria, pubblica o privata, dovrà presentare apposita domanda alla Direzione provinciale del lavoro e successivamente, quando sarà operativo, allo sportello unico per l'immigrazione presso la Prefettura – Ufficio Territoriale.

L'autorizzazione al lavoro sarà rilasciata solo dopo l'acquisizione del riconoscimento del titolo di studio conseguito all'estero. L'esercizio della professione è comunque subordinato all'iscrizione all'albo professionale e al superamento di un esame di conoscenza della lingua italiana e delle norme deontologiche che regolano la professione.

Dalle ricerche svolte in Italia, e dalla tradizione culturale italiana, emerge che l'attività di "badantato" viene tradizionalmente affidata a donne. Le ricerche svolte su territorio nazionale mostrano che il 99% delle assistenti familiari sono donne e che le famiglie cercano una badante donna per assistere ai propri familiari.

Solo pochi anni fa le badanti erano il pallido ricordo di un'epoca passata, in cui le famiglie facoltose assumevano e portavano in casa personale a pagamento per assolvere alle diverse mansioni di servizio. Che cosa ha determinato l'esplosione di oggi? Vi ha contribuito senz'altro la massiccia migrazione degli ultimi anni. L'incremento dell'offerta ha abbassato i prezzi, rendendola accessibile anche a famiglie di reddito medio e medio-alto. Ma anche le politiche pubbliche hanno fatto la loro parte. Non solo perché non si è investito a sufficienza nei servizi pubblici a domicilio, per i quali restiamo da decenni il fanalino di coda dell'Europa. Ma anche perché da anni s'insiste su programmi fondati esclusivamente sulla distribuzione d'indennità e di sussidi monetari alle famiglie, lasciando che esse provvedano da sole a fornire le cure di cui gli anziani necessitano.

Un'erogazione monetaria attuata senza porre vincoli di sorta alle famiglie, senza un'attenta verifica delle loro capacità di cura, senza controlli sull'appropriatezza del suo utilizzo. Attuate per potenziare la libertà di scelta dei cittadini, esse (tra cui l'indennità di accompagnamento, che trasferisce ogni anno 500 miliardi di euro alle famiglie con invalidi al 100%) hanno finito per alimentare il mercato nero delle badanti, incentivandone la

domanda da parte di famiglie impossibilitate a trovare altre soluzioni e non prevedendo alcuna forma di emersione.

Di fronte alle *défaillances* dell'assistenza pubblica le famiglie si sono comportate come degli imprenditori: si sono rivolte al mercato internazionale del lavoro che forniva occasioni a prezzi contenuti. Ne è nata una nuova combinazione dove l'iniziativa privata surroga il pubblico, dove la domanda delle famiglie con anziani si è incontrata con l'offerta di immigrate in gran parte provenienti dall'Est. Del resto secondo un rapporto del CNEL del 2003 solo il 2,8% degli anziani italiani riesce ad avere un'assistenza a casa propria. In Francia è il doppio, in Germania è il triplo. Alle case di cura e alle residenze sanitario-assistenziali si rivolge, su 2,8 milioni di anziani bisognosi d'assistenza, una percentuale minima: meno dell'8%. Gli italiani non amano finire in ospizio come scandinavi e californiani. Nonostante gli over 65 siano aumentati vertiginosamente, negli ultimi dieci anni il numero di vecchi che hanno trovato ricovero in istituti ad hoc è rimasto praticamente identico.

Gli ultimi dati dell'Istat riferiti al 2001 segnalano un paradosso: su 273 mila posti letto disponibili, ne sono rimasti vuoti quasi 50 mila. Un controsenso che si spiega così: i pochi istituti veramente qualificati sono presi d'assalto e hanno lunghe liste d'attesa, il resto sono considerati parcheggi per anziani, a volte veri e propri luoghi di emarginazione sociale. Ad alimentare la diffidenza nei confronti dell'ospizio giocano un ruolo prezzi non certo popolari: per un ricovero in casa di cura si arriva a spendere anche 1500-2000 euro al mese di contro ai 700-900 euro di costo di un assistente a domicilio.

Ma quante sono le badanti in Italia? Tutte le rilevazioni tendono ad aggregare colf e assistenti domiciliari come fossero un unico soggetto. Secondo i tre sindacati confederali di categoria, sono circa 1,5 milioni, ma la stima forse sopravvaluta il fenomeno. Le statistiche sulla regolarizzazione degli stranieri elaborate dalla Caritas su dati del ministero dell'Interno segnalano un flusso di 341 mila tra colf e badanti nel solo 2003, il doppio rispetto a quante ce ne erano solo tre anni prima. In tutto, le badanti, tra straniere e italiane, regolarizzate e al nero, non dovrebbero superare il mezzo milione. Lombardia, Lazio, Emilia e Veneto sono le regioni a maggiore densità.

In sostanza, la sanatoria prevista dalle legge Bossi-Fini per metà è servita a mettere in regola collaboratrici domestiche e nuove infermiere. Secondo uno studio di Alessandro Castegnaro, docente di Politica sociale all'Università di Padova, l'afflusso di badanti in

Italia comporta forti risparmi per il welfare pubblico. Nel 2001 un anziano non autosufficiente in casa di riposo costava mediamente alla finanza regionale del Veneto 27 milioni di vecchie lire e alle famiglie 36 milioni. Il costo «teorico» risparmiato per la Regione Veneto, considerando che 15-20 mila anziani sono assistiti da badanti, sarebbe pari a circa 350 miliardi di lire annui.

L'indagine Fondazione Andolfi/CNEL ha preso in considerazione 400 donne straniere provenienti per lo più da Filippine, Perù, Polonia (300), e in misura più ridotta da Eritrea, Etiopia, Somalia e Capoverde (100). Le donne delle ex colonie italiane sono quelle venute per prime, seguite dalle filippine e dalle sudamericane e infine dalle donne dell'Est. Si tratta di persone non più giovanissime: solo il 21,7% ha meno di 30 anni, mentre il 15,8% ha 51 anni e più. Tra le motivazioni che le hanno indotte a raggiungere l'Italia non è assente l'interesse ad acquisire sempre più la possibilità di fare scelte personali, di distaccarsi da una vita "pre-scritta", di frequentare la scuola, di avere gli stessi diritti dei maschi. Comunque, il nuovo lavoro viene svolto in prevalenza (73,3% delle risposte) per motivi economici e, nonostante l'alto livello di istruzione (superiore 46,4% e universitario 27,1%), si passa sopra l'impiego in un lavoro scarsamente considerato.

Non di rado si è lasciato in patria un lavoro più qualificato (come impiegate o libere professioniste) ma notevolmente meno remunerato. E' prevalente (68% delle risposte) la volontà di aiutare la propria famiglia o i figli (motivazione altruista) ma non trascurabile (le restanti risposte) è il desiderio di cercare una vita migliore per se stesse (motivazione individualista). Peraltro, l'interesse al tornaconto economico non impedisce di giudicare il proprio lavoro importante anche per l'affetto portato alle persone per le quali viene prestato il proprio servizio (quasi un terzo delle risposte).

Un quarto delle intervistate è risultata senza permesso di soggiorno e ha avuto la possibilità di ricorrere alla regolarizzazione della legge "Bossi-Fini" (chiusa l'11 novembre 2002). Il tipo di lavoro svolto nelle famiglie assume sbocchi più ricorrenti a seconda dei gruppi di appartenenza.

Mansioni nella collaborazione domestica (2003)

Collaborazione domestica	35,7	Maggiore incidenza: eritree 38,8%, filippine 43,6%
Cura alle persone anziane	26,1	Maggiore incidenza: etiopi 41,7%, somale 47,4%
Baby sitting	9,0	Maggiore incidenza: etiopi 16,7%
Ruolo "tuttofare"	29,2	Maggiore incidenza: filippine 40,6%, capoverdiane 68,0%

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Indagine Fondazione Andolfi/CNEL

2.5 Notificazione, accreditamento e riconoscimento della formazione

Il percorso formativo legato alla professione infermieristica segue più fasi, ciascuna delle quali certificata attraverso un sistema di crediti.

Laurea in Infermieristica (L) Ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali (180 Cfu. 1 credito = 30 ore). E' il titolo che abilita all'esercizio professionale (sostituisce i precedenti titoli di Infermiere professionale e di diploma universitario in Scienze infermieristiche). La durata normale è di 3 anni.

Laurea specialistica in Scienze infermieristiche (LS) Ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità (120 Cfu). La durata normale è di 2 anni.

Master di primo livello Corso di approfondimento scientifico e alta formazione permanente e ricorrente in ambiti specifici (area critica, geriatria, pediatria, salute mentale, sanità pubblica), successivo al conseguimento della laurea in Infermieristica (60 Cfu).

Master di secondo livello Corsi di approfondimento scientifico e alta formazione permanente e ricorrente in ambiti specifici, successivo al conseguimento della laurea specialistica (60 Cfu).

Dottorato di ricerca Fornisce le competenze necessarie per esercitare, presso Università, enti pubblici o soggetti privati, attività di ricerca e di alta qualificazione.

Chi ha accesso al percorso formativo post laurea di base Hanno accesso alla formazione post base tutti gli infermieri in possesso del diploma di laurea in Infermieristica, rilasciato ai sensi della normativa vigente. Ma possono accedervi anche tutti gli altri infermieri e infermieri pediatrici (ovviamente in possesso del titolo di scuola secondaria superiore) grazie alla legge n. 1 del 2002 che ha reso validi i precedenti diplomi al fine del proseguimento degli studi.

Lo Stato italiano riconosce ai cittadini di paesi extra-comunitari che si trasferiscono in Italia, per brevi o lunghi periodi, la possibilità di esercitare una professione in campo sanitario, a fronte di alcuni requisiti. Le norme che disciplinano questa materia sono:

LEGGE 189/2002 - Testo unico delle disposizioni sull'immigrazione (e successive modificazioni)

I titoli accademici e di formazione professionale conseguiti in un paese che non appartiene all'Unione Europea, non sono riconosciuti in Italia per esercitare la professione. Tuttavia possono essere riconosciuti dal Ministero della Sanità per lavorare nel sistema sanitario pubblico. A questo scopo bisogna compilare uno specifico modulo, nel quale sono anche indicati i certificati da presentare.

A livello locale, le Regioni definiscono i criteri delle figure professionali in campo socio sanitario da formare e alle quali viene riconosciuta una qualifica regionale.

La regione Toscana è particolarmente attiva nella formazione professionale in ambito socio-sanitario. Viene fornita, infatti, una serie di corsi di formazione atti a creare delle figure specifiche da inserire in questo settore. Di seguito l'elenco delle principali figure professionali:

Assistente familiare (comparto Servizi sociali) L'assistente familiare è in grado di assistere nelle attività della vita quotidiana una persona anziana fragile, una persona disabile fisica, una persona temporaneamente o permanentemente priva di autonomia. L'assistente familiare svolge le sue prestazioni presso il domicilio del soggetto accudito in regime di convivenza o a ore. Il suo ruolo consiste nel facilitare e/o sostituirsi nelle attività di pulizia e igiene della casa, pulizia e igiene della persona, preparazione e somministrazione dei pasti, sorveglianza e compagnia. I requisiti d'ingresso sono: 18 anni compiuti, obbligo scolastico assolto, obbligo scolastico assolto nel paese di origine per stranieri, possesso di permesso di soggiorno per stranieri. Gli sbocchi occupazionali sono: lavoro alle dipendenze di famiglie con anziani, disabili, malati temporanei o cronici, persone che sono, anche temporaneamente, impedito nello svolgimento delle attività quotidiane di gestione della casa e della persona; lavoro autonomo o contratto di collaborazione domestica alle dipendenze di una o più famiglie, in regime di convivenza o per prestazioni orarie. La durata è di 300 ore - (ore 100/120 d'aula - ore 180/200 di tirocinio o tre mesi di lavoro presso il domicilio delle persone con supervisione).

Addetto all'assistenza di base L'addetto all'assistenza di base alla persona è un operatore che, in possesso di adeguata preparazione culturale e professionale, svolge la sua attività prevalentemente nell'assistenza diretta e di cura dell'ambiente di vita, sia a domicilio dell'utente che nelle strutture di cura residenziali. Opera in collegamento con i

servizi e con le risorse sociali al fine di favorire l'autonomia personale dell'utente, nel rispetto della sua autodeterminazione. E' in grado di affrontare situazioni di bisogno particolari mediante assistenza capillare sul territorio, evitando da una parte, disagi alle persone in stato di bisogno e alle loro famiglie e, dall'altra, il sovraffollamento e l'uso improprio della strutture sanitarie e ospedaliere. Svolge la sua attività presso strutture pubbliche e private e/o convenzionate, in maniera organizzata in cooperative sociali o in modo autonomo. I requisiti d'ingresso sono: diploma di scuola media inferiore e compimento del 18° anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno formativo in cui inizia il corso; sana e robusta costituzione fisica certificata ai sensi della legislazione vigente e di data non anteriore a tre mesi. Gli sbocchi occupazionali sono: servizi di assistenza domiciliare; residenze sanitarie assistenziali e strutture tutelari; cooperative sociali; centri diurni. La durata del corso è di 600 ore.

Mediatore culturale e linguistico per immigrati Il mediatore culturale per etnie minoritarie extracomunitarie è una figura professionale preparata proveniente da una comunità immigrata, in grado di intervenire in specifiche situazioni per individuare ed esplicitare bisogni di utenti extracomunitari e per negoziare prestazioni da parate dei servizi e degli operatori pubblici, attivando la comunicazione e apportando modificazioni di contenuto e di modalità di approccio. Svolge la sua attività fungendo da tramite con i servizi pubblici di primo contatto. I requisiti d'ingresso sono: titolo di studio equipollente al diploma di scuola secondaria superiore o laurea; buona conoscenza della lingua italiana parlata e scritta; buona conoscenza di almeno una lingua veicolare (inglese o francese). Gli sbocchi professionali sono: servizio pubblico di primo contatto; servizio sanitario e sociale; istituzione scolastica e servizio educativo; servizio giudiziario. La durata è di 450 ore.

Operatore socio-sanitario L'operatore socio-sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- a. soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- b. favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in tutti i servizi del settore sociale e sanitario, di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali e semiresidenziali. Le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita e si

esplicano in particolare in:

- a. assistenza diretta ed aiuto domestico, alberghiero;
- b. intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
- c. supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Per l'accesso ai nuovi corsi di formazione dell'operatore socio sanitario è richiesto il diploma di scuola dell'obbligo ed il compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso. La didattica è strutturata per moduli e per aree disciplinari e comprende i seguenti moduli didattici:

- a. un modulo di base;
- b. un modulo professionalizzante;
- c. un modulo facoltativo tematico integrativo.

I corsi di formazione per operatore socio-sanitario hanno durata fino a diciotto mesi, per un numero di ore non inferiore a 1.000, articolate in moduli didattici. Tutti i corsi comprendono un tirocinio guidato presso le strutture ed i servizi nel cui ambito è prevista la figura professionale dell'operatore socio-sanitario. La Giunta regionale, nel contesto del proprio sistema della formazione, quantifica il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di qualifica relativo alla figura professionale di operatore, prevedendo misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale.

Principali attività previste per l'operatore socio-sanitario

- 1) Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero
- 2) Intervento igienico-sanitario e di carattere sociale
- 3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo

Parte II – Studi Empirici

Introduzione

La seconda parte del presente rapporto è uno studio empirico basato sia sull'analisi dei dati raccolti dalla ricerca secondaria che dall'elaborazione delle interviste qualitative.

Le interviste sono state condotte seguendo una griglia per l'intervista semi-strutturata creata per ogni gruppo di intervistati. L'intervista qualitativa è stata condotta con i rappresentanti delle seguenti categorie:

- Donne immigrate che lavorano nel settore infermieristico (6)
- Donne immigrate che attualmente frequentano un corso di formazione nel settore sanitario (4)
- Donne immigrate che hanno interrotto un corso di formazione (1)

e/o

- Donne immigrate che desiderano frequentare un corso di formazione nel settore sanitario (2)
- Direttori, responsabili politici o formatori senior in istituzioni professionali ed educative che si occupano di formazione nel settore sanitario (3)
- Direttori, capi infermieri o dirigenti in un istituto sanitario (ospedali, istituti per anziani, case di cura, ...) (2)
- Responsabili politici per la formazione professionale (enti locali, università,...) (2)
- Rappresentanti dei sindacati (1)

Le interviste sono state condotte in due regioni italiane, il Lazio e la Toscana, a cura delle associazioni UniTS, A.N.P.AS. e ADBI, partner italiani del progetto. In totale sono state intervistate 21 persone.

L'analisi delle interviste qualitative cerca di dare una risposta alle seguenti domande:

- 1) quali sono le difficoltà incontrate dalle donne immigrate che desiderano lavorare nel settore socio-assistenziale?
- 2) quali risposte sono date dai soggetti preposti
- 3) di quali suggerimenti e raccomandazioni bisogna tenere conto in fase di stesura del curriculum formativo

In allegato la guida all'intervista semi-strutturata ideata per ogni categoria intervistata.

1 Quali sfide e problemi affrontano le donne immigrate che desiderano lavorare nel campo della cura?

1.1 Il punto di vista delle donne immigrate

Dalle interviste fatte ad alcune donne immigrate, attualmente occupate nel settore sanitario in Toscana, è emerso che diverse sono le difficoltà incontrate dalle stesse durante i corsi di formazione. Prima fra tutte è la suddivisione del proprio tempo tra il lavoro e lo studio.

E' chiaro che ciò che più interessa alle donne in questione è lavorare. Ma è altresì evidente che una formazione specifica e completa permette loro di affrontare il mercato del lavoro più facilmente, possedendo una qualifica maggiore.

Dunque, tutte sono d'accordo nell'affermare che è difficile conciliare le esigenze lavorative con i corsi di formazione, ma sono altrettanto consapevoli dell'importanza di tali corsi e del conseguimento del relativo diploma.

Per quanto riguarda le difficoltà linguistiche, solo una delle intervistate ha dichiarato di averne incontrate all'inizio del corso, il resto non ne ha fatto alcun cenno. Un'altra delle quattro intervistate, invece, ha incontrato alcune difficoltà nella comprensione della terminologia giuridica usata durante il corso di formazione.

Infine, una sola intervistata ha dichiarato di aver notato un velato razzismo tra i colleghi del corso.

In generale, ciò che le donne immigrate hanno dovuto affrontare, nel momento in cui sono diventate operative nel settore sanitario, è il forte grado di responsabilità che avvolge e caratterizza questa tipologia di lavoro. Essere a contatto con gli anziani o con pazienti bisognosi di cure è una sfida ardua, che può essere sostenuta soltanto se alla base vi è una forte dose motivazionale. In più, se si è straniera non sempre è facile trovare l'anziano disposto ad accogliere benevolmente una nuova presenza in casa.

Due delle intervistate hanno affermato che nel paese di provenienza non esiste un lavoro come quello dell'assistenza. Per questo motivo le aspettative, che si erano create sul lavoro nel settore sanitario, erano completamente diverse. Nonostante tutto, hanno continuato a lavorare nell'assistenza perché ha prevalso in loro la voglia di voler

continuare per la strada intrapresa, animate anche dall'appagamento personale che tale lavoro quotidianamente offre loro.

Un'intervistata ha dichiarato di avere una predisposizione naturale per questo lavoro e che ha cominciato ad occuparsene fin dal paese di origine.

Per un'altra intervistata, l'approccio al settore sanitario è stato diverso. Inizialmente è stato vissuto negativamente, data la forte presenza di anziani nel posto in cui lavorava. In un secondo momento, la donna ha raggiunto la consapevolezza del fatto che trovava soddisfazione nell'aiutare le persone in difficoltà.

Molte donne che lavorano o intendono lavorare nel settore sanitario nel Lazio, hanno il desiderio di frequentare un corso di formazione affinché possano aggiornarsi o qualificarsi.

Le maggiori preoccupazioni, però, sono quelle di non riuscire a portarlo a termine per impossibilità di sostenere le spese inerenti al periodo di formazione e di conciliare lo studio con il lavoro, giacché per la maggior parte di queste donne non sarebbe possibile dedicarsi alla formazione senza avere un lavoro che dia loro un adeguato sostegno economico.

Un'altra apprensione è quella di non trovare lavoro al termine del corso. Per quelle donne che già lavorano ma vorrebbero qualificarsi, la preoccupazione diventa quella di non trovare un lavoro più qualificato.

In tali casi, si pone il dubbio di quanto si dimostri conveniente l'investimento in un percorso formativo, il che richiede un impegno non indifferente dal punto di vista temporale (ore di studio in aula, in laboratorio o a casa, dedizione al corso, diminuzione delle ore lavorative con conseguente diminuzione della paga, per le donne che già lavorano, ecc.), economico (spese per il trasporto, per l'alimentazione e per il materiale didattico) e personale (impegno mentale e fisico, adattamento agli orari, alla cultura e alla lingua, ripresa di un percorso formativo dopo un lungo periodo, ecc.).

Per quelle donne che, nonostante le difficoltà o i dubbi, decidono di dedicarsi ad un corso di formazione, i requisiti essenziali che consentirebbero loro di finire il corso con successo sono la ampiezza delle materie studiate, l'organizzazione (insegnanti capaci, sequenza logica degli argomenti studiati, ecc.), la flessibilità negli orari e la gratuità del corso o la possibilità di avere delle borse di studio.

Ad ogni modo, vi sono diversi suggerimenti per il perfezionamento e l'adeguamento dei

corsi di formazione alle esigenze delle donne immigrate. Due importanti esigenze che si rivelano sono: dedicare un modulo allo studio della psicologia, indicata dalle donne come argomento indispensabile ad essere trattato, fornire agli studenti una base tecnica/pratica e non soltanto teorica. È fondamentale inoltre che gli insegnanti abbiano un alto livello di conoscenza sulle problematiche dell'immigrato.

Una volta iniziato un corso di formazione, la sfida che si presenta è quella di riuscire a portarlo a termine con successo e soddisfazione. Perché questo sia possibile, vi devono essere delle condizioni necessarie, soprattutto quando si tratta di donne immigrate, per la complessità delle problematiche che abbiamo visto prima.

Non è raro che una donna che abbia intrapreso la strada della formazione l'abbandoni nell'arco del tempo. Nonostante vi sia una forte motivazione e volontà di qualificarsi nel settore, le difficoltà finiscono per far sì che il processo sia interrotto, a scapito non solo della donna, ma anche degli enti responsabili per la formazione o per il finanziamento del corso, che non raggiungono l'obiettivo stabilito – la qualificazione ai fini di lavoro.

L'interruzione del corso avviene, generalmente, per l'impossibilità da parte della donna – che normalmente lavora – di conciliare gli orari di lavoro con gli orari del corso, problema che riscontriamo di frequente.

Queste donne avrebbero continuato il corso se ci fosse maggiore flessibilità negli orari. È necessario tener presente che la vita di queste donne si svolge sia nell'ambito familiare – molte hanno costituito famiglia – che nell'ambito lavorativo (in molti casi, quello dell'assistenza domiciliare).

Secondo le donne che hanno interrotto un corso di formazione, è fondamentale la conoscenza pratica/tecnica ed anche psicologica per prepararsi alla formazione nel settore sanitario.

La motivazione delle donne a frequentare un corso nel settore sanitario è, come abbiamo visto, la qualificazione in modo tale da avere, alla fine del processo formativo, un lavoro sicuro e più qualificato.

Il desiderio di lasciare il lavoro precario, in questi casi, fa in modo che le difficoltà – troppe ore di studio e orario che non combacia con quello del lavoro – vengano, in certo modo, superate.

Normalmente, come si può notare, le problematiche del corso di formazione sono di

carattere organizzativo. In effetti, le donne che in qualche modo sono riuscite a risolvere tali problematiche (orario, investimento, ecc.) si dimostrano piuttosto soddisfatte dal contenuto del corso.

Considerato l'elevato numero di immigrati coinvolti in questo settore, tutte le donne sono concordanti dinanzi la possibilità di inserire un modulo di mediazione culturale nei corsi di formazione.

Un dato interessante riguardo le donne che già lavorano nel settore infermieristico nel Lazio, è che la maggior parte ha acquisito le odierne competenze formative nel paese di origine, mentre una piccola parte si è formata in Italia, per mezzo dei corsi di assistenza domiciliare.

La motivazione per lavorare in questo settore è quasi sempre la vocazione e il piacere di aiutare gli altri. In questo senso, il lavoro risponde alle aspettative, ma si potrebbe fare molto di più se ci fossero le condizioni adatte.

Le difficoltà del lavoro, di fatto, sono tante: bassi stipendi, turni troppo lunghi e mancanza di assistenza psicologica agli operatori.

Al contrario, normalmente non vi sono difficoltà per accedere ai corsi di formazione in Italia – come ad esempio i corsi di aggiornamento. Si possono tuttavia verificare delle difficoltà per il riconoscimento del titolo conseguito all'estero.

La formazione risulta essere un fattore fondamentale nella vita di queste donne, senza il quale non sarebbe stato possibile l'inserimento nel mondo lavorativo. La formazione contribuisce anche all'integrazione culturale e alla conoscenza delle difficoltà inerenti al settore.

Per quanto concerne le condizioni utili per il periodo di formazione, si ritiene che la pratica e la comunicazione siano fattori di grande importanza.

Le richieste che si presentano fra le donne che lavorano nel settore infermieristico sono: la partecipazione ai corsi d'aggiornamento, lo scambio d'esperienze con altre realtà lavorative e il sostegno psicologico.

Considerato l'elevato numero di immigrati coinvolti in questo settore, tutte le donne sono concordanti sulla possibilità di inserire un modulo di mediazione culturale nei corsi di formazione, sottolineando l'importanza della partecipazione soprattutto degli operatori di origine italiana.

1.2 Il punto di vista dei responsabili politici

L'attuale opportunità formativa in campo sanitario, dal punto di vista della formazione professionale, riconosciuta dalle regioni Lazio e Toscana (OSA – Operatore Socio Assistenziale e OSS – Operatore Socio Sanitario) qualifica il lavoro svolto in questo settore. Chi ottiene queste qualifiche è subito inserito nel mercato del lavoro. Nella Regione Toscana vi è una forte sinergia tra i promotori della formazione e gli enti erogatori di servizi (ospedali, case di cura, cooperative ed associazioni), permettendo un immediato inserimento nel mondo del lavoro.

Secondo i responsabili politici intervistati, una difficoltà grande e attualmente insuperabile è il riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero. Questo pone un limite amministrativo all'iscrizione di donne immigrate ai corsi di formazione superiore (corsi infermieristici).

Un corso di pre-qualificazione nel settore socio-sanitario sarebbe ben accettato, se contribuisse al superamento delle barriere amministrative poste al riconoscimento dei titoli di studio e del curriculum ed agevolasse l'iscrizione a corsi di formazione superiore.

1.3 Il punto di vista degli enti di formazione

Secondo gli enti di formazione intervistati, le difficoltà maggiori incontrate dagli studenti stranieri sono la conoscenza della lingua italiana parlata e scritta e il riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero. La maggior parte degli immigrati ha conseguito nel paese d'origine un titolo superiore a quello riconosciuto in Italia.

Un'altra delle sfide che gli immigrati devono affrontare, prendendo parte a questi corsi di formazione, è trovare una reale motivazione per quello che sarà il loro futuro lavoro. Gli enti, infatti, sostengono che a volte manca la motivazione necessaria per portare avanti il ruolo di assistente, poiché la priorità resta sempre la remunerazione, passando l'interesse in secondo piano.

Questo modo di pensare, secondo gli intervistati, costituirebbe una barriera alla partecipazione a tali corsi. Per questo motivo, i requisiti più richiesti dagli enti di formazione, per l'ammissione ai corsi, non sono di natura curriculare ma principalmente motivazionale. Essi richiedono entusiasmo, percezione del corso come opportunità di lavoro, stabilità, interesse, capacità relazionali, consapevolezza del ruolo che svolgeranno.

Altre sono state le barriere messe in evidenza dagli enti: oltre alla mancanza di una reale

motivazione da parte degli immigrati, questi ultimi non sono pienamente consapevoli degli sbocchi professionali che il corso di formazione offre.

Infine, molti studenti sono persone che hanno più di trent'anni e quindi disabitate allo studio. Dunque, è difficile far capire loro che anche per lavori come l'assistente di base è necessario avere alle spalle una teoria e una terminologia tecnica.

Nessuno degli enti intervistati ha affermato che le donne immigrate hanno una priorità quando si parla di educazione permanente e apprendimento continuo. In generale, nell'accesso ai corsi c'è uguaglianza tra uomini e donne. Infine, gli enti intervistati ritengono utile l'inserimento di nozioni di comunicazione interculturale nei corsi di formazione.

1.4 Il punto di vista degli enti erogatori di servizi

Gli enti di erogazione di servizi intervistati hanno affermato che in generale le competenze attuali dei professionisti che lavorano nel settore sanitario corrispondono alla domanda dei clienti. Le competenze richieste riguardano la capacità di lavorare in gruppo, la disponibilità, una motivazione forte, qualità professionali.

Per quanto riguarda le sfide che i professionisti devono affrontare sul posto di lavoro, quella più sentita è la condivisione del gruppo, del lavoro e degli ideali. In secondo luogo, vi è il raggiungimento dell'ottimizzazione delle diagnosi e della cura dei pazienti.

Gli enti intervistati sostengono che esistono pari opportunità per gli studenti italiani e stranieri. Alcune infermiere straniere, ma con una formazione superiore, sono diventate caposala seguendo un corso di formazione in Italia. Infatti, si sottolinea l'importanza dei corsi di formazione soprattutto per infermieri, dal momento che si assiste ad un declino di tali figure professionali in Italia. Gli enti intervistati vedrebbero di buon grado l'inserimento nel percorso formativo di moduli sulla comunicazione interculturale.

1.5 Il punto di vista dei sindacati

Secondo l'esperienza sindacale, in alcuni settori i lavoratori italiani e stranieri hanno le stesse opportunità, come gli informatici, le infermiere ed altre professioni specialistiche, mentre per tutte le altre professioni non ci sono politiche specifiche di pari opportunità d'accesso al mercato del lavoro. Questa situazione non agevola l'inserimento lavorativo delle donne immigrate.

Le donne immigrate che desiderano frequentare un corso di formazione professionale non hanno nessun canale privilegiato e spesso devono fare molti sacrifici, soprattutto se capo famiglia, per seguire un percorso formativo. Ciò nonostante, da alcuni anni le donne immigrate hanno capito che solo la formazione può aiutarle alla mobilità sociale e di conseguenza a cambiare lavoro e migliorare le proprie condizioni di lavoro e di reddito.

Secondo i rappresentanti sindacali, la comunicazione interculturale dovrebbe essere inserita in tutti i corsi di formazione, dato che gli immigrati che risiedono stabilmente in Italia sono ogni anno più numerosi e tutti i professionisti li incontrano, dalla banca alla scuola ai servizi e alla sanità.

2 Conclusioni

Le donne si interessano ai corsi di formazione in quanto questi rappresentano la possibilità di fare un passo in avanti nelle loro carriere o di iniziare un lavoro sicuro.

Le motivazioni, nonostante possano cambiare da persona a persona, convergono per una migliore qualità di vita, rappresentata dall'abbandono di una situazione precaria lavorativa ed economica.

La formazione si rivela in questi casi come una via d'uscita, che però dovrebbe corrispondere alle aspettative, ovvero offrire la possibilità reale alle donne, che prendono quest'impegno, di trovare un lavoro adatto a gli studi che hanno seguito.

La realtà purtroppo ci mostra che spesso le difficoltà del quotidiano impediscono che la formazione sia completata.

Alcuni corsi sono a pagamento, altri, anche se finanziati da enti locali, non hanno orari adatti alle esigenze delle studentesse. Si rammenta, tra l'altro, che un corso, pure essendo gratuito, comporta determinati costi, quali trasporto, alimentazione e materiali didattici.

Se analizziamo tali fattori alla luce delle richieste delle donne immigrate, percepiamo chiaramente che vi sono delle problematiche di base che non permettono a queste persone di raggiungere l'obiettivo che si sono proposte.

È palese che gran parte delle donne che oggi lavora nell'ambito sanitario – assistenza domiciliare, infermieristico, ecc., non è in grado di dedicare il tempo necessario e le dovute risorse ad un corso di formazione, conciliando il lavoro e lo studio.

Se non possono lasciare il lavoro o diminuire le ore lavorative, diventa impossibile il

percorso formativo. Molte donne, inoltre, lavorano in nero come assistenti domiciliari, non essendoci nessuna garanzia che consenta loro di usufruire delle 40 ore all'anno – come fanno gli impiegati – per dedicare alla formazione permanente.

Perché, allora, una donna immigrata dovrebbe rischiare il suo lavoro o comunque rischiare di investire i suoi soldi ed il suo tempo, in un corso che forse non riuscirebbe nemmeno a seguire?. E se lo dovesse concludere, dopo 400, 600 o mille ore di studio, che garanzia vi è che questa donna trovi un lavoro qualificato?

La risposta, certamente, non si trova con facilità. Possiamo dire, tuttavia, che finché non ci sarà un avvicinamento del settore pubblico – enti locali, enti di formazione, ecc. – con la sfera privata – famiglie che usufruiscono dell'assistenza domiciliare – la situazione continuerà ad essere precaria per le donne che vi lavorano.

Inoltre, se le istituzioni pubbliche e private italiane vogliono aiutare a risolvere alcuni dei problemi degli immigrati – come la questione delle donne nel settore assistenziale – è necessario che inizino a pensare e a sentire come spesso si sentono gli immigrati: respinti dalla società della quale vogliono far parte, con notevoli problemi d'adattamento culturale, emarginati sul lavoro.

Le donne immigrate, nelle loro diversità e con le loro difficoltà, vogliono avere le stesse opportunità degli italiani di lavorare e vivere con dignità.

3 Raccomandazioni per la stesura del curriculum formativo

Fermo restando la condizione imprescindibile del riconoscimento da parte dell'ente preposto del nuovo curriculum formativo, sia in termini di qualifica professionale che di crediti formativi per accedere a qualifiche superiori, le raccomandazioni ricevute dagli intervistati, si possono sintetizzare come di seguito:

- ❖ il curriculum formativo deve essere concepito in maniera flessibile, tale da essere adattato alle esigenze delle donne, conciliando quindi lo studio con il lavoro e la vita familiare;
- ❖ il curriculum formativo deve essere bilanciato tra pratica e teoria;
- ❖ il curriculum formativo deve prevedere un corso di lingua sulla terminologia usata nel settore e una introduzione alla struttura amministrativa dei servizi socio-sanitari;
- ❖ il curriculum formativo deve prevedere un orientamento ai futuri sbocchi

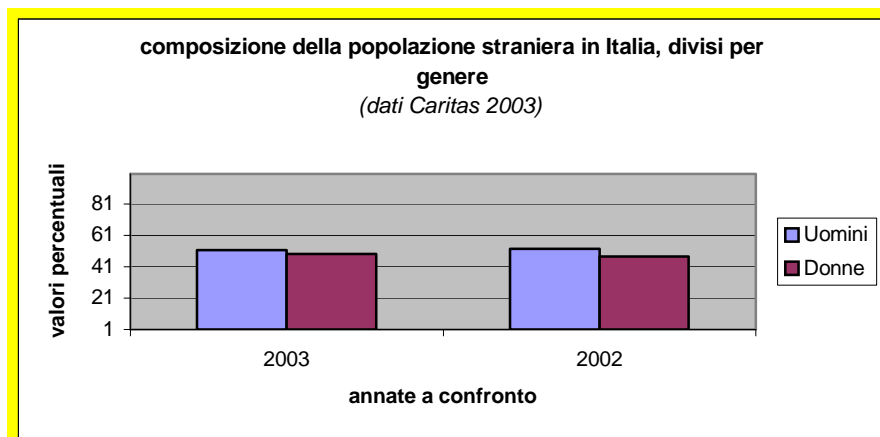
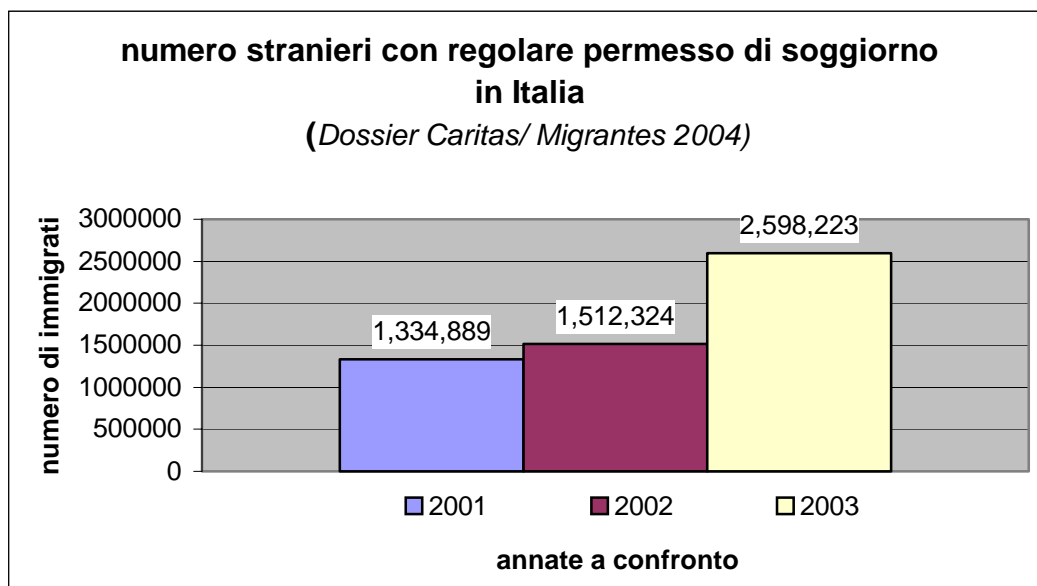
professionali, descrivendo i ruoli e le mansioni delle figure professionali previste nel settore;

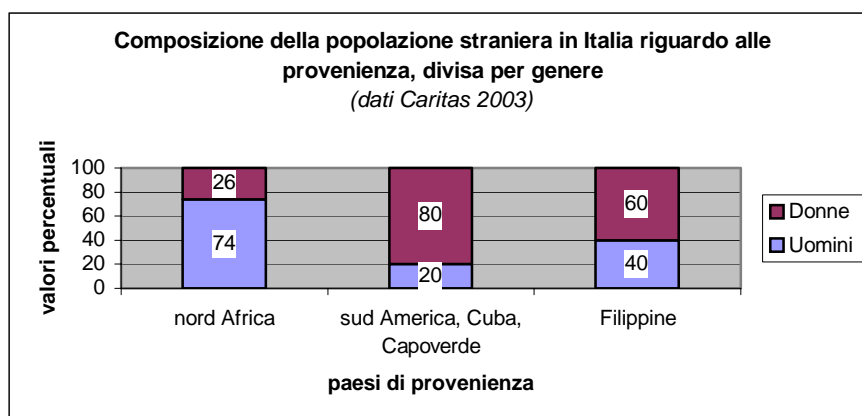
- ❖ il curriculum formativo deve prevedere elementi di comunicazione interculturale, così come di psicologia per meglio interagire sia con gli utenti dei servizi che con i colleghi e la società italiana in genere.

Infine, per una buona riuscita del corso, è auspicabile un contributo economico alle partecipanti, sottoforma di borsa di studio o di rimborso spese.

ALLEGATI

1 Dati e Statistiche

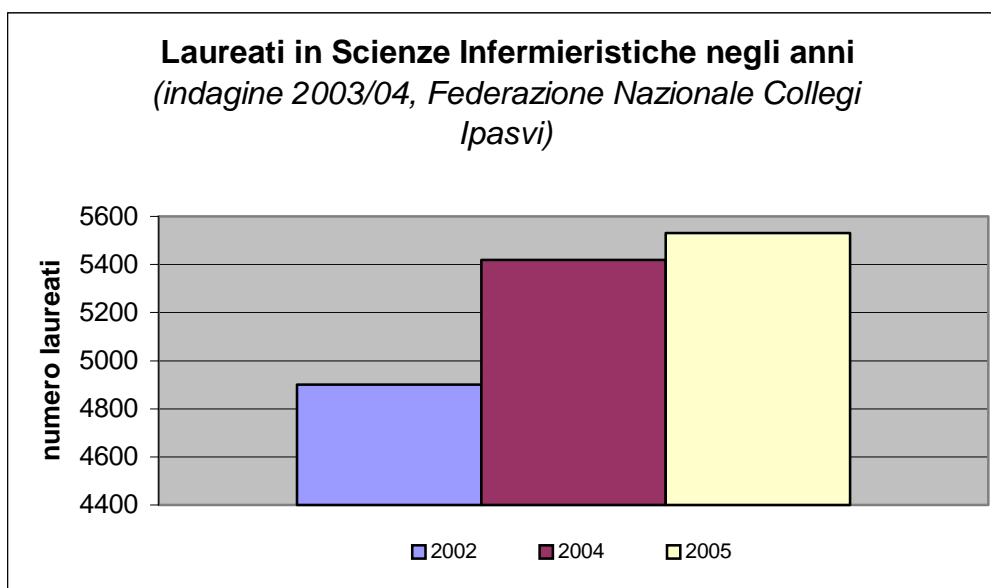


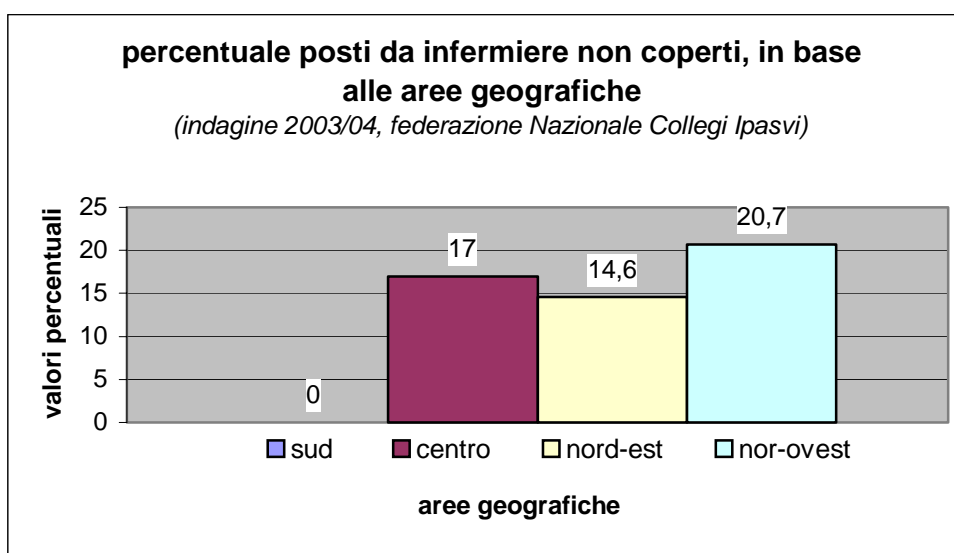
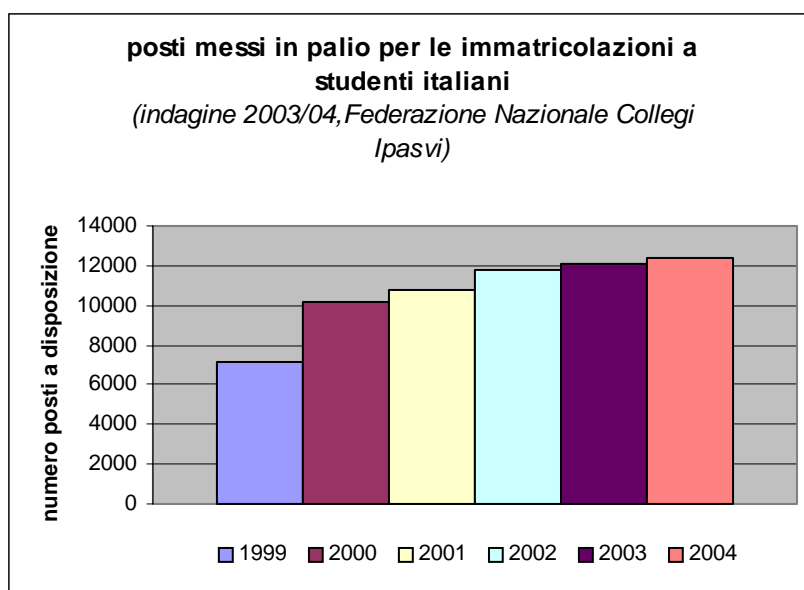


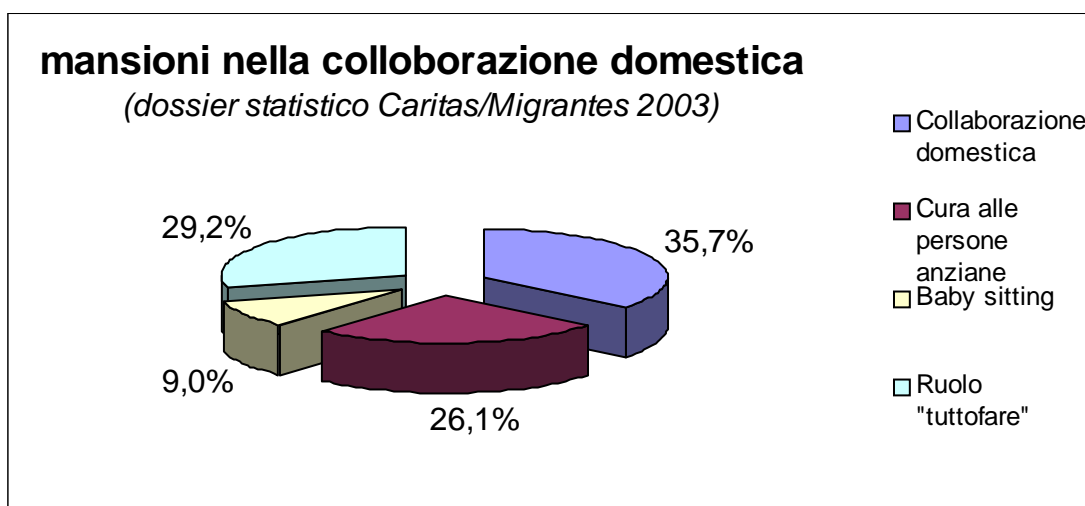
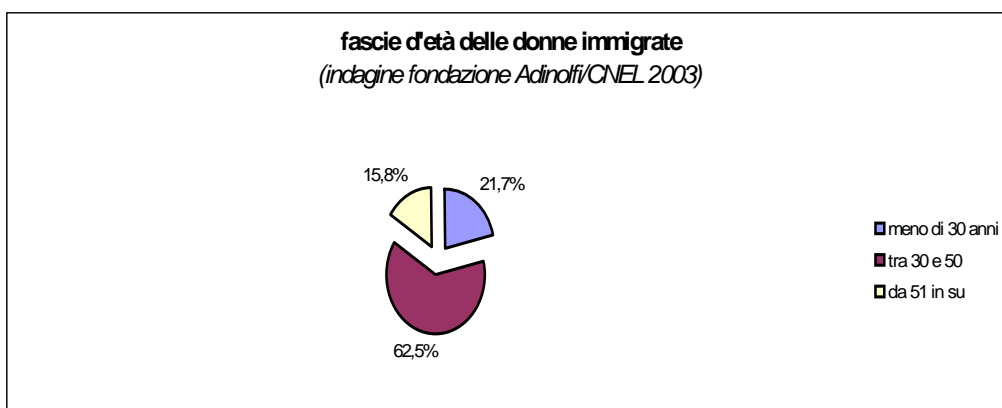
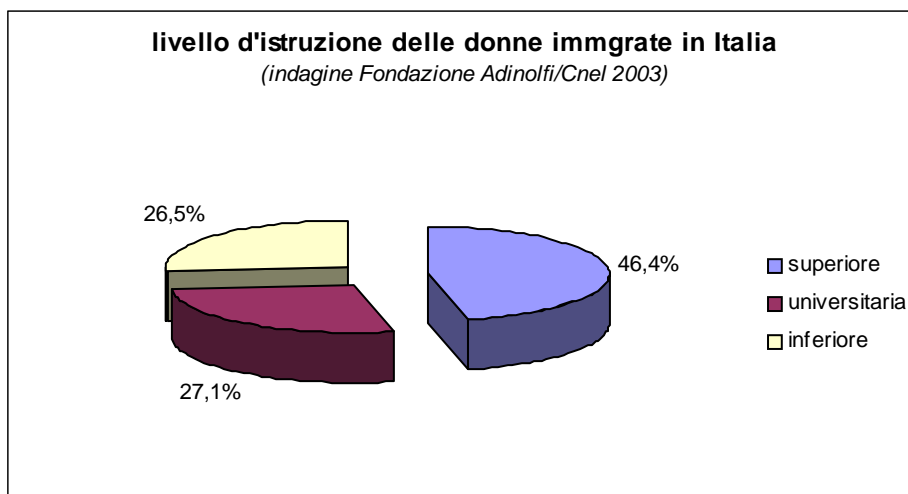
Diverse classificazioni del progetto migratorio

(indagine Istat multiscopo 2003)

Diversi progetti migratori	Valori percentuali
Donne che arrivano per ricongiungersi con il resto dei familiari	15/25%
Donne con un progetto autonomo che arrivano in un momento di rottura	75/85%







2 Linee guida delle interviste



Education and Culture

Leonardo da Vinci

PRE-QUALIFICAZIONE PER DONNE IMMIGRATE

NEL SETTORE SANITARIO

Guida all'intervista

Introduzione

L'intervista qualitativa è uno dei metodi che useremo per compilare lo studio sulla domanda di lavoro nel settore sanitario. Lo studio ha l'obiettivo finale di trovare le ragioni per le quali le donne immigrate interrompono la formazione nel settore sanitario nei paesi che partecipano al progetto Leonardo.

Vi proponiamo di usare un'intervista semi-strutturata.

L'intervista qualitativa sarà condotta con i rappresentanti delle seguenti categorie:

- Donne immigrate nel settore infermieristico
- Donne immigrate che attualmente frequentano un corso di formazione nel settore sanitario
- Donne immigrate che hanno interrotto un corso di formazione

e/o

- Donne immigrate che desiderano frequentare un corso di formazione nel settore sanitario
- Direttori, responsabili politici o formatori senior in istituzioni professionali ed educative che si occupano di formazione nel settore sanitario
- Direttori, capi infermieri o dirigenti in un istituto sanitario (ospedali, istituti per anziani, case di cura, ...)
- Responsabili politici per la formazione professionale (enti locali, università,...)
- Rappresentanti dei sindacati

Durante le interviste qualitative, vi raccomandiamo di seguire le istruzioni pratiche elencate qui di seguito:

- 1) Consigliamo di intervistare 1-3 persone per categoria. Il numero degli intervistati è legato alla vostra capacità interne, in termini di manodopera, di condurre le interviste. Naturalmente, più sono le interviste, più è il materiale da confrontare e su cui lavorare.
- 2) Assicuratevi sempre che le interviste abbiano luogo in un'atmosfera calma e privata.
- 3) Provate a usare un linguaggio che è comprensibile e rilevante per le persone intervistate.
- 4) Le vostre domande dovrebbero essere brevi e precise. La qualità delle risposte che ricevete è basata sull'assunzione che l'intervistato comprende chiaramente l'intento delle domande che voi ponete.

- 5) Fate solo una domanda alla volta e lasciate che il silenzio e le pause sottolineino che volete trasmettere all'intervistato l'opportunità di riflettere e formulare una risposta.
- 6) Dopo l'intervista, appuntate quello che l'intervistato ha detto, dove l'intervista è avvenuta e l'ambiente, e tutto ciò che riguarda l'intervista. Queste note potrebbero aiutarvi ad elaborare i risultati dell'intervista
- 7) Decidete, attenendovi alle leggi del vostro paese, se l'intervista debba essere anonima o no. Se decidete per l'intervista anonima, vi raccomandiamo di raccogliere i dati per fini statistici: età, sesso, posizione e funzione nelle istituzioni, numero di anni nelle istituzioni, paese di origine, stato civile, bambini, ecc.

Guida all'intervista

La seguente guida all'intervista vi aiuterà a condurla con i differenti gruppi di riferimento. L'intervista semi-strutturata vi permette una certa flessibilità durante lo svolgimento della stessa. Le domande potrebbero non susseguirsi esattamente come previsto dalla scaletta. Le domande che non sono incluse nella guida potrebbero essere fatte prendendo spunto dalle cose dette dagli intervistati. Ma., in linea di massima, tutte le domande saranno fatte usando parole simili da intervista a intervista.

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Responsabili politici

Intervistate i responsabili politici (enti locali, università, ecc.)

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca;

Domande dell'intervista:

- 1) Quali sono le opportunità di formazione professionale che riconoscete nel settore sanitario? Specificate il livello di educazione (livello secondario, livello universitario, corsi professionali, specializzazioni, ecc.).
- 2) Credete che la vostra strategia formativa nel settore sanitario risponda pienamente alla domanda di servizi e alle opportunità di impiego?
- 3) Dati i prerequisiti necessari e l'alta percentuale delle donne immigrate coinvolte nel settore, sostenereste l'implementazione di un corso di formazione pre-qualificante per donne immigrate? Se sì, fino a che punto? (Finanziamento, inserimento, standard pre-qualificazione, ecc.)
- 4) Considerando il numero elevato di persone immigrate nel paese, che cosa pensate della possibilità di includere in tutti i corsi di formazione professionale almeno un modulo di mediazione culturale e comunicazione interculturale?
- 5) Considerando il numero elevato di donne immigrate coinvolte nel settore sanitario, come migliorereste la loro partecipazione alla formazione professionale?

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Enti di formazione

Intervistate i direttori, i dirigenti o i formatori senior di istituzioni professionali e di formazione che si occupano della formazione nel settore sanitario.

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione, ecc.)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca.

Domande dell'intervista:

- 1) Informazioni sui loro corsi di formazione (durata, contenuto, numero di studenti per corso, ecc)
- 2) Fino a che livello la questione dell'immigrazione gioca un ruolo nel contenuto del curriculum?
- 3) Quali argomenti nel curriculum pensate siano fondamentali per lavorare in questo campo?
- 4) Quali prerequisiti (personali, conoscenza, ecc.) pensate forniscano un vantaggio agli studenti nel completare il corso di formazione con successo?
- 5) Quali requisiti linguistici gli iscritti e i tirocinanti devono soddisfare per lavorare in questo settore?
- 6) Quali pensate siano le barriere comuni agli studenti che impediscono di completare il corso di formazione con successo? In generale e per gli studenti di origine straniera in maniera specifica?
- 7) Pre-qualificazione e pre-condizioni per completare il corso di formazione con successo – quali motivi all'interruzione potrebbero essere ridotti con una speciale pre-qualificazione?
- 8) Considerando il concetto di pari opportunità, le donne immigrate hanno “una specie di priorità” quando si parla di educazione permanente e apprendimento continuo?
- 9) Nei vostri corsi includete moduli di mediazione culturale e comunicazione interculturale?

Se sì, quante ore? Pensate sia sufficiente? Se no, cosa ne pensate della possibilità di includere questo modulo nei corsi?

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Fornitori di servizi

Intervistate i direttori, i dirigenti e i capi infermieri di istituti sanitari (ospedali, istituti per gli anziani, case di cura, ecc.)

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione, ecc.)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca.

Domande dell'intervista:

- 1) Descrivete i servizi che fornisce la vostra istituzione
- 2) Descrivete le varie posizioni nella vostra istituzione/dipartimento con riguardo a qualificazioni, competenze e responsabilità.
- 3) Secondo la vostra esperienza, le competenze attuali dei vostri professionisti corrispondono alla domanda dei vostri clienti?
- 4) Quali sfide pensate che i professionisti affrontino in questo campo?
- 5) Quali competenze pensate che siano fondamentali per lavorare in questo campo?
- 6) Ci sono delle donne immigrate che attualmente lavorano nel campo infermieristico? Se sì, quante e in quali posizioni?
- 7) I professionisti di origine straniera, con la stessa formazione e buone capacità linguistiche, hanno le stesse possibilità nel mercato del lavoro come gli italiani? Se no, ci sono politiche speciali per sostenere le parità opportunità?
- 8) Considerando il numero elevato di professionisti e pazienti/clienti immigrati, cosa ne pensate della possibilità di includere nei corsi di formazione professionale del settore sanitario almeno un modulo di mediazione culturale e comunicazione interculturale?

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Sindacati

Intervistate i rappresentanti dei sindacati che si occupano di formazione di immigrazione.

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione, ecc.)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca.

Domande dell'intervista:

- 1) Descrivete i servizi che il vostro ufficio fornisce agli immigrati
- 2) I professionisti di origine straniera, con la stessa formazione e buone capacità linguistiche, hanno le stesse possibilità nel mercato del lavoro come gli italiani? Se no, ci sono politiche speciali per sostenere le parità opportunità?
- 3) Quali sono le politiche di educazione permanente e di lavoro indirizzate agli immigrati?
- 4) Dati i prerequisiti necessari e l'alta percentuale delle donne immigrate coinvolte nel settore, sostenete l'implementazione di un corso di formazione pre-qualificante per donne immigrate?
- 5) Considerando il concetto di pari opportunità, le donne immigrate hanno "una specie di priorità" quando si parla di educazione permanente e apprendimento continuo?
- 6) Considerando il numero elevato di professionisti e pazienti/clienti di origine straniera, cosa ne pensate della possibilità di includere nei corsi di formazione professionale del settore sanitario almeno un modulo di mediazione culturale e comunicazione interculturale?

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Donne immigrate nel campo infermieristico

Intervistate le donne immigrate che lavorano come infermiere:

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione, ecc.)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca.

Domande dell'intervista:

- 1) Descrivete la vostra posizione e le responsabilità nel servizio
- 2) Dove e come avete acquisito le vostre competenze e l'esperienza lavorativa per lavorare in questo settore?
- 3) Qual è la vostra motivazione a lavorare nel settore infermieristico?
- 4) Il lavoro in questo settore è come ve lo aspettavate?
- 5) Quali credete siano i vostri punti di forza per lavorare in questo settore?
- 6) Quali pensate siano le difficoltà (in generale e personali) nel lavorare in questo settore?
- 7) Avete trovato difficoltà nell'accedere ai corsi di formazione nel settore sanitario (competenze linguistiche, aspetti burocratici, ecc.)?
- 8) Come ha contribuito la vostra formazione (in questo paese/nel paese d'origine) al lavoro nel campo infermieristico?
- 9) Secondo voi, quali condizioni/cose sarebbero state utili a rendere il periodo di formazione più facile?
- 10) Quale formazione aggiuntiva, informazioni, competenze, esperienze sarebbero state utili per voi?
- 11) Considerando il numero elevato di professionisti e pazienti/clienti di origine straniera, cosa ne pensate della possibilità di includere nei corsi di formazione professionale del settore sanitario almeno un modulo di mediazione culturale e comunicazione interculturale?
- 12) Vi piacerebbe partecipare come formatore in alcune parti dei corsi di formazione per immigrati ed essere in grado di condividere la vostra esperienza con altre donne immigrate? Se sì, in quali temi, questioni, argomenti potete contribuire maggiormente?

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Donne immigrate che attualmente frequentano un corso di formazione nel settore sanitario.

Intervistate donne immigrate che frequentano un corso di formazione nel settore sanitario.

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione, ecc.)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca.

Domande dell'intervista:

- 1) Quali sono le vostre motivazioni a lavorare nel settore sanitario e di cura?
- 2) Avete qualche esperienza lavorativa nel campo infermieristico? Nel paese di origine/in questo paese. Se sì, quali esperienze avete?
- 3) Quali ragioni vi portano a seguire questo corso? A che punto della formazione siete?
- 4) Finora, il corso corrisponde a ciò che vi aspettavate?
- 5) Avete incontrato delle difficoltà nella formazione con riguardo alle condizioni (tempo, finanze, ecc.), al contenuto, ai compagni di corso, ai formatori e alla lingua?
- 6) Che tipo di preparazione e quali informazioni pensate sarebbero state utili per prepararvi alla frequenza del corso?
- 7) Considerando il numero elevato di professionisti e pazienti/clienti di origine straniera, cosa ne pensate della possibilità di includere nei corsi di formazione professionale del settore sanitario almeno un modulo di mediazione culturale e comunicazione interculturale?

Raccomandazioni per una guida all'intervista a:

Donne immigrate che hanno interrotto un corso di formazione nel settore sanitario e/o donne migranti che desiderano frequentare un corso di formazione.

Intervistate donne immigrate che hanno interrotto un corso di formazione nel settore sanitario e/o donne migranti che desiderano frequentare un corso di formazione.

Domande iniziali:

- 1) Presentazione dell'intervistatore (ruolo, funzione, ecc.)
- 2) Introduzione al progetto Leonardo specificando gli obiettivi e le attività. I punti chiave seguenti dovrebbero essere resi chiari all'intervistato:
 - i) i dati ottenuti dall'intervista saranno strettamente confidenziali;
 - ii) i dati ottenuti dall'intervista saranno usati solo a scopo di ricerca.

Domande dell'intervista:

- 1) Quali erano le vostre motivazioni che vi hanno portato a seguire questo corso nel campo infermieristico?
- 2) Avete considerato qualche altro corso di formazione?
- 3) Avete esperienze lavorative in questo campo? Quali?
- 4) Perché avete interrotto? Quanto tempo avete impiegato per prendere la vostra decisione?
- 5) Cosa vi avrebbe aiutato a completare il corso di formazione?
- 6) Che tipo di preparazione e quali informazioni pensate sarebbero servite per prepararvi alla formazione?
- 7) Potete descrivere la vostra quotidianità – incluso le risorse di cui avete bisogno per imparare?

e/o donne immigrate che desiderano frequentare un corso di formazione

- 1) Avete qualche apprensione o preoccupazione sul corso di formazione? se sì, quale?
- 2) Cosa vi aiuterebbe a completare il corso con successo?
- 3) Sugerireste qualche cambiamento alla struttura/programma/contenuto di formazione attuale per facilitare la vostra partecipazione al corso di formazione?

3 Fonti

Caritas/Migrantes, *Immigrazione: dossier statistico 2004. XIV Rapporto*, IDOS, Roma, 2004.

Caritas/Migrantes, *Immigrazione: dossier statistico 2003, XIII Rapporto*, Nuova Anterem, Roma, 2003.

- www.alef-fvg.it/immigrazione/temi/bdn/14giu2004.htm
- www.bussolasalute.com/avvertenze/badante.htm
- www.progettoarcobaleno.it/now/convegno/attico/node47.html
- www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/f_indice_per_soggetti/g1_migranti/a_donn_migr_divers_cult/h_racc_partecip_com_accogl.html
- www.donneinvista.it/ricerca.htm
- www.badantilazio.it
- www.regione.toscana.it
- www.ipasvi.it/formazione/Indagine%202003-2004.pdf
- www.accaparlante.it/cdh-bo/informazione/hp/archivio/libro
- www.stranieriinitalia.it/news/lavoratori25ott2004.htm
- www.diaconiavaldese.org/csd_informa/csd_informa_novembre_2002.pdf
- www.labitalia.com/articles/Approfondimenti/7501.html
- www.xoomer.virgilio.it/v.sossella/nursitalia.htm