



HERO

Programma di formazione in assistenza agli anziani e prevenzione delle malattie infettive per l'integrazione dei rifugiati dei paesi mediorientali e africani nella società occidentale

[Training program in elderly care and infectious disease prevention for the integration of refugees from the Middle Eastern and African countries in western society]

Erasmus+ Programme-Project Agreement Number: 2020-1-CY01-KA204-066039

REPORT

La sfida del programma HERO per la formazione dei migranti nel settore dell'assistenza e della cura all'anziano. Erogazione della formazione e bisogni formativi: il punto di vista di strutture assistenziali, enti di formazione e migranti.

I risultati di una survey online

Matteo Finco, Flavia Galassi, Sara Santini

Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento

IRCCS INRCA, ISTITUTO NAZIONALE DI RICOVERO E CURA DEGLI ANZIANI

Ancona, 20 dicembre 2021

Sommario



.....	1
SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI DELLO STUDIO	3
EXECUTIVE SUMMARY	4
1. INTRODUZIONE	5
1.1. La crescente domanda di forza lavoro nel settore delle cure informali e formali agli anziani	5
1.2. Rifugiati e migranti in Europa e in Italia	8
1.3. Impiego di rifugiati e migranti nel settore assistenziale cura agli anziani.....	9
2. METODOLOGIA	12
2.1. Partecipanti	13
2.2. Strumenti per la raccolta dati.....	14
2.3. Metodologia di analisi dei dati	15
3. RISULTATI	15
3.2. Difficoltà nel reclutare personale socio-sanitario	18
3.3. Caratteristiche del personale socio-sanitario in servizio al momento dell'indagine	19
3.4. La formazione erogata al personale socio-assistenziale	20
3.5. Presenza di migranti e rifugiati tra i professionisti socio-sanitari impiegati nelle strutture al momento della survey online.....	21
3.6. Difficoltà riscontrate con professionisti socio-sanitari migranti o rifugiati.....	22
3.7. Formazione di rifugiati e migranti	23
3.8. Caratteristiche dei migranti raggiunti dalla survey online	27
4. DISCUSSIONE	29
4.1. Difficoltà nel reclutamento del personale.....	29
4.2. Difficoltà specifiche <i>con</i> i lavoratori migranti.....	30
4.3. Difficoltà specifiche <i>dei</i> lavoratori migranti	32
4.4. Punti di forza e di debolezza del questionario	33
4.5. Riflessioni dal confronto con la letteratura e suggerimenti per la formazione	34
5. CONCLUSIONI	36

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI DELLO STUDIO

In Europa, l'invecchiamento della popolazione sta mettendo a dura prova la tenuta dei sistemi di Long-Term Care, anche a causa dei crescenti livelli di multimorbilità. D'altro canto, gli effetti della denatalità che affligge l'Italia da più di venti anni inizia a farsi sentire sia nel settore delle cure formali, in termini di mancanza di forza lavoro che in quello delle cure informali, per la mancanza di figli che possono prendersi cura di familiari anziani con disabilità fisica e/o deficit cognitivo. In questo scenario, immigrati e rifugiati politici bussano alle porte dell'Europa per trovare condizioni di vita e di lavoro dignitose per sé e per le loro famiglie. Molti di loro, specialmente quelli provenienti dal Medio Oriente, hanno titoli di studio elevati, talvolta inerenti le scienze mediche e infermieristiche. Il riconoscimento e l'equipollenza dei titoli di studio di migranti e rifugiati è una questione ancora problematica, che ostacola e rallenta il loro inserimento nel mondo del lavoro e, di conseguenza, l'integrazione nei contesti di vita.

Per questo diventa molto importante formare queste persone alle pratiche assistenziali, al fine di valorizzare la loro offerta di forza lavoro e di fornire loro una possibilità di riscatto prima sociale, attraverso la formazione, e poi economico, attraverso l'inserimento lavorativo. Qualsiasi percorso formativo, tuttavia, ha bisogno di individuare i bisogni formativi e sociali dei suoi destinatari, così come ogni percorso di inserimento lavorativo necessita di conoscere quale sia la domanda di lavoro del proprio settore di pertinenza.

Questo studio ha lo scopo di indagare l'esperienza di enti e organizzazioni che erogano assistenza in relazione all'impiego di personale con background migratorio; di conoscere i programmi e le modalità educative degli enti di formazione; di identificare i bisogni formativi di migranti e rifugiati.

A questo scopo, sono stati elaborati e proposti dei questionari online che hanno raggiunto i responsabili di **17 enti e organizzazioni di assistenza agli anziani**; i responsabili di **13 organizzazioni formative** in ambito assistenziale; **cinque migranti e/o rifugiati** che hanno frequentato corsi di formazione relativi all'assistenza agli anziani non autosufficienti.

L'analisi ha evidenziato che gli enti assistenziali, sia pubblici che privati, incontrano molte difficoltà a reclutare personale socio-sanitario qualificato a causa dei bassi salari, dello scarso riconoscimento sociale e dei turni di lavoro molto faticosi. D'altro canto, l'impiego di personale proveniente da paesi extra UE è in genere considerato dai responsabili delle strutture piuttosto impegnativo, a causa di barriere linguistiche e culturali e della mancanza di consapevolezza circa le regole del contesto lavorativo. Tuttavia, la maggioranza delle organizzazioni assistenziali **non svolge attività di formazione dirette in maniera specifica** ai propri lavoratori di origine straniera.

La maggioranza delle organizzazioni formative ha svolto attività dirette specificatamente a lavoratori immigrati, riscontrando nei destinatari il bisogno di rafforzare le competenze **linguistiche** e le conoscenze di natura aziendale (struttura e scopi dell'organizzazione).

Migranti e rifugiati riportano di aver sperimentato pregiudizi nei datori di lavoro; di aver subito l'influsso negativo della crisi economica sul loro percorso formativo e lavorativo; ma anche di aver beneficiato della frequenza di corsi per assistenti socio-sanitari, sottolineando l'importanza di tale formazione per l'integrazione sociale e lavorativa.

Tali risultati suggeriscono la necessità di percorsi formativi disegnati attorno alle esigenze di migranti e rifugiati, che vertano sull'apprendimento della lingua del paese ospitante, sugli aspetti culturali della cura tanto quanto su quelli aziendali e organizzativi – come ad esempio la sanificazione degli ambienti, il rispetto delle misure igieniche, la relazione con il paziente anziano e con i familiari.

EXECUTIVE SUMMARY

The population ageing is putting a strain on the resilience of long-term care systems in Europe, due to increasing levels of multimorbidity. Moreover, the effects of the birth rate that characterize Italy for more than twenty years, is beginning to influence also the formal healthcare sector, in terms of a lack of workforce, and the informal healthcare, due to the lack of children who can take care of older family members with physical disabilities and/or cognitive deficits. In this context, immigrants and political refugees knock on the doors of Europe to find decent living and working conditions for themselves and their families. Many of them, especially those from the Middle East, have high education degrees and some are related to medical and nursing sciences. The recognition and equivalence of degrees of immigrants and refugees is still a problematic issue that hinders and slows down their integration into the world of work and, consequently, their integration into the social contexts.

For this reason, it becomes very important to train immigrants and refugees in elderly healthcare practices, in order to enhance the workforce offer and to provide them with a possibility of social – through training – and economic – through job placement – “redemption”.

This study aims to learn about: a. the educational programmes delivered and methods adopted by healthcare and educational institutions and organizations to train workforce with a migration background; b. the migrants' educational needs and expectations towards education and work in Italy.

To this end, an online survey was carried out which reached: 17 heads of institutions and organizations for assistance to the elderly; 13 heads of professional healthcare training organizations; five migrants and/or refugees who have already attended elderly healthcare training and/or had some experience in the sector as healthcare workers.

The analysis showed that both Italian public and private welfare agencies encounter many difficulties in recruiting qualified social and healthcare workers (regardless of their birth country) due to low

wages, poor social recognition and very tiring work shifts. Moreover, the employment of foreign workers is generally considered challenging by the managers of the organizations, due to linguistic and cultural barriers and the lack of awareness of the need to observe rules and norms of the working environment.

The majority of the surveyed healthcare organizations did not carry out training activities aimed specifically at migrant and foreign workers. Conversely, the majority of the surveyed educational organizations have carried out activities specifically for foreign workers, including migrants or refugees, to ascertain their need to strengthen language skills and knowledge relating to business (structure and purposes of the organization).

Migrants and refugees reported to have suffered preconception by employers and the negative influence of the economic crisis on their training and career. They also expressed their interest in healthcare training and stressed the importance of such training for their social and work integration.

These results suggest the need for planning training courses conceived around the needs of migrants and refugees; courses that should focus on learning the language of the host country, on the cultural aspects of care as well as on corporate and organizational ones, such as sanitation of environments, respect for hygiene measures, the relationship with the older patient and with informal family caregivers.

The results call for policies that invest more funds on migrants' education in the elderly healthcare and make the access of migrants and refugees to educational pathways smoother and quicker. This may also allow to speed up the social inclusion of migrants and address the increasing demand of care by older people with multiple chronic diseases and disability.

1. INTRODUZIONE

1.1. La crescente domanda di forza lavoro nel settore delle cure informali e formali agli anziani

La necessità di lavoratori nell'ambito sanitario-assistenziale rappresenta già oggi una questione degna di preoccupazione: in futuro potrebbero infatti prospettarsi serie difficoltà di reclutamento, di fronte ad una domanda crescente di medici, infermieri e operatori socio-sanitari, come mette in evidenza il report *Health Workforce Policies in OECD Countries - Right Jobs, Right Skills, Right Places* dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD) pubblicato nel 2016¹. La minore propensione allo svolgimento di lavori orientati alla cura della persona poiché faticosi e poco

¹ https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en.

remunerati da un lato, e l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della co-morbilità (incidenza e prevalenza di determinate malattie; aumento delle patologie croniche) dall'altro, stanno già mettendo in crisi l'assunzione di forza lavoro negli ospedali, nelle residenze sanitarie assistenziali, ma anche presso le famiglie con un anziano con bisogni assistenziali. Da questo punto di vista, l'organizzazione dei servizi assistenziali risulterà fondamentale, anche rispetto alle forme di interazione fra le differenti categorie di lavoratori (medici, infermieri, assistenti, ecc.) ed all'influenza esercitata reciprocamente fra le categorie (ad esempio, la scarsa disponibilità di una di esse influenza i carichi di lavoro che le altre devono sostenere). Le politiche e i finanziamenti pubblici diretti alla formazione del personale influenzeranno direttamente la composizione della forza lavoro², nonché la sua capacità di intervento. In questo senso, sarà fondamentale l'apporto di personale qualificato proveniente anche dall'estero.

Naturalmente, tale apporto non dovrebbe essere lasciato al caso: andrebbe invece pianificato e governato, attuando una politica relativa all'assistenza socio-sanitaria di lungo termine e di ampio respiro che, a livello europeo, finanzia la formazione delle figure necessarie. Ciò all'insegna tanto del rispetto dei diritti dei lavoratori, quanto delle esigenze degli utenti e delle loro famiglie, che spesso non riescono a garantire ai propri cari le cure e l'assistenza adeguate. In questo modo, potrebbero altresì essere poste le basi per una regolamentazione del settore³.

Uno studio dell'International Organization for Migration (IOM)⁴ sottolinea come l'inserimento di migranti nello staff di strutture assistenziali per anziani migliori la qualità dell'assistenza e le relazioni tra i professionisti, pur con alcune difficoltà di comunicazione dovute alla barriera linguistica. Lo stesso studio riporta che il personale migrante impiegato nelle strutture assistenziali, pur dimostrando buone abilità nella cura agli anziani, ha bisogno di formazione non tanto medica, ma soprattutto relativa alla cultura organizzativa, all'ambiente assistenziale (ad esempio il rispetto delle norme di igiene degli ambienti o di smaltimento dei rifiuti), e alla persona e ai suoi bisogni. La mancanza di queste competenze è dovuta al fatto che molti migranti provengono da paesi in cui gli anziani vengono assistiti all'interno delle famiglie e delle comunità di appartenenza e non in contesti di cura formale.

² OECD, *Workforce Policies in OECD Countries - Right Jobs, Right Skills, Right Places*, 2016, p. 34.

³ A. Rogalewski, K. Florek, *The future of live-in care work in Europe Report on the EESC country visits to the United Kingdom, Germany, Italy and Poland following up on the EESC opinion on "The rights of live-in care workers"*, European Economic and Social Committee, 2020 (https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/files/report_on_the_eesc_country_visits_to_uk_germany_italy_poland_0.pdf).

⁴ International Organization for Migration (2010). *The role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States*.

Migranti e rifugiati infatti, costituiscono una “risorsa” preziosa per il settore socio-assistenziale, come sottolineato recentemente dall’OECD⁵, e confermato dalla crisi sanitaria scatenata dalla pandemia di Covid-19⁶. Inoltre, quest’ultima ha messo i lavoratori migranti in una condizione di maggiore vulnerabilità rispetto ai lavoratori non migranti a causa di peggiori condizioni di lavoro e minori tutele⁷. Alla luce di questo, la formazione e l’inserimento di lavoratori migranti nel settore formale dell’assistenza agli anziani, fornirebbe loro maggiori competenze da spendere sul mercato del lavoro, la possibilità di godere di maggiori tutele sociali e previdenziali, oltre che un’ulteriore occasione di inclusione e integrazione. Affinché questo obiettivo sia raggiungibile, i migranti hanno bisogno di una formazione che vada a colmare un *gap* principalmente di natura culturale affinché possano integrarsi pienamente nel contesto lavorativo di case di cura, ospedali geriatrici e famiglie come assistenti alla persona anziana.

La letteratura sulla formazione e l’impiego di personale migrante è molto limitata sia a livello nazionale sia europeo, e quella sul versante della *Long-Term Care* è concentrata perlopiù su personale migrante impiegato dalle famiglie degli anziani (le cosiddette “badanti”), spesso con condizioni contrattuali non del tutto chiare.

Questo studio ha l’obiettivo di contribuire a migliorare le conoscenze relative alle modalità di impiego e formazione di persone migranti che già lavorano nel settore dell’assistenza agli anziani o che aspirano a farlo, e ai loro bisogni formativi. Lo studio fa parte del progetto HERO (*Training program in elderly care and infectious disease prevention for the integration of refugees from the Middle Eastern and African countries in western society*), finanziato dal programma comunitario Erasmus Plus-KA2 Strategic partnership for adult education⁸, che ha l’obiettivo più ampio di promuovere l’integrazione di migranti e rifugiati attraverso l’attivazione di un percorso formativo finalizzato al loro inserimento all’interno del mercato del lavoro (tanto nei loro paesi di provenienza quanto in quelli dell’Unione europea). I risultati di questo studio sono propedeutici alla realizzazione di un corso (formazione linguistica e “*on the job*”) teso a formare assistenti personali (*caregiver*), strutturato a partire dall’analisi dei bisogni espressi tanto dai beneficiari (cittadini stranieri) quanto

⁵ OECD. *Who Cares? Attracting and retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing: Paris, France, 2020. doi: 10.1787/2074319x

⁶ Fasani, F.; Mazza J. *Immigrant Key-Workers: Their Contribution to Europe’s COVID-19 Response*. European Commission Publishing: Brussels, Belgium, 2020. Available online: https://ec.europa.eu/migrant-integration/library-document/immigrant-key-workers-their-contribution-europes-covid-19-response_en (accessed on 14 December 2021).

⁷ European Commission. JRC Technical Report. *A vulnerable work-force: migrant workers in the COVID-19 pandemic*. European Commission Publishing: Brussels, Belgium, 2020. Available online: <file:///C:/Users/santini%20sara/Downloads/online.pdf> (Accessed on 6 October 2021).

⁸ Il progetto ha avuto inizio il 01/09/2020 ed avrà una durata di 28 mesi. Sono sei le organizzazioni che lo sviluppano, unite in partenariato: AGE CARE (Materia Group) (Cipro), Aktios (Grecia), INRCA-Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (Italia), Computer Solutions S.A. (Grecia), l’Università di Tecnologia di Cipro, DomusVida (SPSI-Sociedade Portuguesa de Serviços de Apoio e Assistência a Idosos SA) (Portogallo).

dalle strutture formali di assistenza (*formal caregiving*) e da quelle formative in questo specifico ambito.

In questo senso, affinché avvenga un incontro tra domanda e offerta di lavoro nel settore della cura agli anziani, accanto all'indagine relativa a esigenze, bisogni, difficoltà e ostacoli nell'accesso al lavoro e durante i percorsi di formazione dei migranti, è essenziale indagare le richieste, le necessità e le problematiche delle strutture e delle organizzazioni sanitarie e assistenziali, degli enti di formazione nella loro attività.

Prima di illustrare i metodi seguiti nell'indagine ed i suoi risultati, per inquadrare la questione è bene dunque rappresentare un quadro generale ed essenziale della presenza di migranti e rifugiati in Italia e in Europa, del loro impiego nel settore assistenziale (in particolare verso gli anziani) e del loro livello di formazione in questo ambito.

1.2. Rifugiati e migranti in Europa e in Italia

Secondo i dati dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR)⁹, in Europa ci sono quasi 7 milioni (6.956,151) di **rifugiati** (26 milioni in tutto il mondo) ed un milione (1.020,625) di **richiedenti asilo**, oltre a 483mila apolidi.

La Commissione europea, al 1° gennaio 2020, su una popolazione di 447,3 milioni di abitanti, stima che siano **23** milioni (5,1%) i cittadini di paesi esterni alla Comunità europea. Nel 2019, **2,5** milioni di persone sonoigrate nell'Unione.

Solamente attraverso il **Mediterraneo**, nel 2020, secondo l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR)¹⁰, **sono entrate in Europa circa 95mila persone**. Il **dato complessivo è in continuo calo negli ultimi anni**: nel 2019 erano state ad esempio 123mila (quindi nel 2020 la diminuzione è stata del 23%). In Italia tuttavia nel 2020 sono sbarcate **34.133 persone**, il 197% in più rispetto al 2019, quando erano state 11.471.

Fra i 3 milioni di **richieste di soggiorno** presentate, quelle motivate dalla ricerca di **lavoro** sono il **41%**, mentre per il **9%** si tratta di richieste di **asilo**. Queste ultime nel **2020** sono state **472mila** (di cui 417mila "*first time applications*"): il **23%** dei richiedenti proveniva dall'Asia, stessa percentuale dall'Africa, mentre il **21%** era originario dell'America Latina e un'uguale percentuale del Medioriente. Nello stesso anno, le richieste di asilo esaminate sono state **521mila**, il **41%** delle quali è stato accettato (106mila hanno riconosciuto lo status di rifugiato, 55mila quello umanitario e 50mila quello di protezione sussidiaria).

⁹ UNHCR, Global Appeal 2021 (https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/ga2021/pdf/Global_Appeal_2021_full_lowres.pdf).

¹⁰ https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean.

Il paese in cui è stato presentato il maggior numero di richieste è la **Germania** (102,500). A seguire Spagna (86,400), Francia (81,800), Grecia (37,900) e Italia (21,200)¹¹.

Complessivamente, nel 2020 i paesi dell'EU hanno conferito protezione a circa **280mila** persone (il 27% proveniente dalla Siria, il 17% dal Venezuela, il 15% dall'Afghanistan).

In **Italia**, secondo l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), al 1° gennaio 2020 **gli stranieri residenti sono 5.039.637, pari all'8,4%** della popolazione (per il **52% donne**). I **cittadini non-comunitari rappresentano invece il 5,9%** della popolazione. Nella classifica delle comunità più numerose, sono stabilmente da anni ai primi posti Romania, Albania e Marocco (nonostante molti dei loro componenti abbiano nel tempo acquisito la cittadinanza). Nell'ultimo anno si osserva inoltre la **crescita dei residenti provenienti dal nord Africa** (anzitutto da Egitto e Tunisia) e dal **subcontinente indiano** (India, Bangladesh, Pakistan, Sri Lanka), mentre calano – come accade ormai da qualche anno – quelli provenienti dall'**Europa dell'est e dai Balcani**¹².

1.3. Impiego di rifugiati e migranti nel settore assistenziale cura agli anziani

Nel 2020, **8.7** milioni di cittadini non-UE hanno trovato impiego in uno dei paesi della Comunità Europea (il **4,6%** dei lavoratori totali). Quelli impegnati nel settore dell'**assistenza** sono stati il 2.9% del totale, corrispondenti al **5.1%** di quelli provenienti da paesi **non-UE**¹³.

Se si guarda invece al totale di coloro che lavorano nell'ambito delle cure personali (*personal care workers*) nell'UE, la quota di stranieri (non necessariamente "extracomunitari") è di uno a cinque. Infatti, in generale, i migranti risultano sovra rappresentati laddove le condizioni di lavoro sono relativamente povere (salari ridotti e scarse pretese dal punto di vista dei profili ricercati), proprio come nel caso delle cure personali¹⁴.

A differenza di altri settori dell'economia, in questo ambito spesso i lavoratori sono per lo più donne di mezza età, che hanno lasciato il proprio paese a causa dell'impossibilità di trovarvi un'occupazione e che si adattano a condizioni di lavoro precarie e a salari bassi. A volte si dedicano all'assistenza come secondo lavoro, ottenuto non di rado tramite agenzie interinali¹⁵.

¹¹ Eurostat, *Asylum statistics* (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics#Number_of_asylum_applicants:_decrease_in_2020).

¹² F. Colombo, *Quanti sono gli immigrati in Italia e in Europa?*, «Lenius», 20 aprile 2021: <https://www.lenius.it/quantisono-gli-immigrati-in-italia-e-in-europa/>.

¹³ Dati Eurostat presentati sul sito della UE Commission (https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en#RefugeesinEurope).

¹⁴ F. van Hooren, *Covid-19, migrant workers and the resilience of social care in Europe*, «Think piece», n. 4, Migration Policy Centre, European University Institute, 2020.

¹⁵ A. Sowa-Kofta, R. Rodrigues, G. Lamura, A. Sopadzhian et al., *Long-term care and migrant care work: addressing workforce shortages while raising questions for European countries*, «Eurohealth», 25 (4), 2019, pp. 15-18: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332496/Eurohealth-25-4-15-18-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Il numero di **assistenti migranti** (*migrant care workers*, **MCW**) in Europa è difficile da stabilire¹⁶, per varie ragioni: molti paesi, soprattutto quelli meno sviluppati, non forniscono dati in proposito (o lo fanno in maniera molto limitata); le definizioni statistiche e i criteri per l'identificazione dei migranti variano da paese a paese (ad esempio alcuni non prendono in considerazione coloro che si trattengono soltanto pochi mesi); soprattutto, non c'è una definizione condivisa a livello internazionale di "lavoratore migrante" ("*migrant worker*")¹⁷.

Ciononostante, stime ci sono: in Germania sono fra i 100mila e i 200mila lavoratori, la maggior parte dei quali dalla Polonia. In Italia il numero ufficiale nel 2017 era 393mila¹⁸, cifra che non include coloro che si occupano soltanto delle faccende domestiche (e quindi non delle cure personali), né chi lavora in maniera **informale** (circa 1,2 milioni)¹⁹.

Non c'è tuttavia una definizione riconosciuta universalmente per i lavoratori informali nell'ambito assistenziale. In linea generale, si tratta di persone nelle seguenti condizioni: forniscono assistenza con frequenza almeno settimanale, a qualcuno affetto da una malattia cronica, da una disabilità o che ha necessità di cure a lungo termine, e molti di loro vengono retribuiti almeno in parte *in nero*, o comunque la loro retribuzione non rientra nei parametri contrattualmente stabiliti²⁰. Di conseguenza, si tratta di persone talvolta senza documenti, con un monte orario eccessivo, alle quali non vengono riconosciuti gli straordinari, prive delle garanzie riconosciute a chi è impiegato regolarmente, e che per questo vengono a trovarsi in condizioni di relativo isolamento e solitudine.

In particolare, coloro che lavorano come **assistenti familiari residenti a domicilio** (nell'ambito della cosiddetta *live-in care*)²¹ si ritrovano in condizioni di vulnerabilità, soprattutto in paesi come l'**Italia**. Qui infatti tale tipologia di lavoro è quasi esclusivamente riservata a lavoratori migranti.

¹⁶ Una eccezione è rappresentata dal caso austriaco, in cui nel 2007 è stato introdotto un sistema di registrazione obbligatoria. Nel 2017, erano circa 700mila i migranti impiegati dalle famiglie con regolare contratto (Sowa-Kofta et al., cit.).

¹⁷ Ad esempio, la definizione dell'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO), nella sua "Migrant Workers (Supplementary Provisions) Convention" n. 143 del 175 definisce il lavoratore migrante "a person who migrates or who has migrated from one country to another with a view to being employed otherwise than on his own account and includes any person regularly admitted as a migrant worker", escludendo così studenti e lavoratori temporanei. In practice, however, most data sources are unable to take account of the reasons for migration (ILO, 2015a, p. 31). Moreover, migrants who had no intention of being employed may end up working anyway in the country of destination, and students, trainees and others who do not have the legal right to engage in economic activities in the host country may find work, albeit at irregular conditions: A. King-Dejardin, *The social construction of migrant care work. At the intersection of care, migration and gender*, International Labour Organization, 2019, pp. 5-6).

¹⁸ P. Bonizzoni, *Regimi migratori, di cura e di genere: attualità e tendenze del lavoro domestico straniero in Italia*, InnovaCare 2019: <https://www.secondowelfare.it/innovacare/regimi-migratori-di-cura-e-di-genere-attualit-e-tendenze-del-lavoro-domestico-straniero-in-italiareg.html>.

¹⁹ Sowa-Kofta et al., cit.

²⁰ A. Tur-Sinai, A. Teti, A. Rommel, V. Hlebec, G. Lamura, *How Many Older Informal Caregivers Are There in Europe? Comparison of Estimates of Their Prevalence from Three European Surveys*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 17, 9531, 2020: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7767284/>.

²¹ Con l'espressione *live-in care workers* si intendono infatti coloro che vivono nell'abitazione in cui prestano servizio, e che lavorano più di 45 ore alla settimana (Rogalewski, Florek, cit., p. 27).

Nell'ultimo ventennio è diminuito progressivamente il numero di donne provenienti dall'Europa dell'est e impiegate come “badanti” e aumentato quello di lavoratori dal nord Africa, in particolare uomini (maggiormente attratti, rispetto alle prime, da lavori a tempo pieno che includano anche il vitto e l'alloggio²²).

A causa dell'aumento della popolazione anziana, il cui tasso di crescita è il più alto in Europa²³, del sistema di welfare “familista” che demanda ai membri del nucleo familiare, e in particolare alle donne la cura degli anziani²⁴, e all'assenza di un vero e proprio sistema di Long-Term Care²⁵, un numero crescente di famiglie italiane tende a ricercare assistenti a domicilio fra la popolazione migrante (MCW) per assicurare assistenza 24/7 ai propri cari con problemi di salute a lungo termine²⁶.

Nel **2019** sono stati registrati poco meno di **850mila** contratti di lavoro per assistenti e collaboratori domestici: quasi **600mila** di questi (il **70,3%**) a lavoratori migranti. Più del 50% di essi è originario dell'Europa dell'est (seguono Sud America e Africa del nord)²⁷.

Nel contesto italiano, inoltre, a svolgere un ruolo di primo piano sono le **donne migranti**, anche a causa delle frequenti “regolarizzazioni” dei migranti irregolari. Esse si rivelano inoltre più preparate delle donne italiane per il lavoro di assistenza e cura, in quanto in possesso di un'istruzione di livello medio-alto e maggiormente coinvolte in una serie di attività differenti (assistenza notturna, assistenza ad anziani, a persone autonome e non). Così è possibile affermare che il sistema italiano si caratterizza per un modello che prevede l'impiego elevato di lavoratrici migranti all'interno delle famiglie delle persone seguite (“*migrant-in-the-family model*”). Lavoratrici, tuttavia, in condizioni spesso precarie dal punto di vista salariale, socialmente isolate e facilmente soggette a stress psicologico²⁸.

1.4. Formazione dei rifugiati e dei migranti alle pratiche assistenziali

Una recente indagine (Fisher et al., cit., pp. 13-14), riguardante la regione italiana delle Marche, ha rilevato che le famiglie con persone che necessitano di assistenza sanitaria e che si rivolgono a lavoratori **informali**, quando il livello di istruzione di questi è elevato, tendono ad assumerli come

²² Rogalewski, Florek, cit. (p. 24).

²³ EUROSTAT. *Population structure and ageing* 2021. Available online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase (accessed on 13 December 2021).

²⁴ Ci sono studi che stimano fra il 16,4% della popolazione con più di 15 anni fornisce assistenza domestica in maniera informale, e nell'85,4% dei casi a favore di un membro della propria famiglia (O. Fisher, P. Fabbietti, G. Lamura, *Socio-Economic Predictors of Hiring Live-In Migrant Care Workers to Support Community Dwelling Older Adults with Long-Term Care Needs: Recent Evidence from a Central Italian Region*, «Sustainability», 13 (10), 5349, 2021: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/10/5349>).

²⁵ Rotolo, A. 2014, Modelli istituzionali e percorsi degli utenti. In *Il Welfare e la Long Term Care in Europa [Welfare System and Long-Term Care in Europe]*; Fosti, G., Notarnicola, E. Eds.; Egea: Milano, Italy, 2014; pp: 93–114.

²⁶ Costa, G. Private Assistants in the Italian Care System: Facts and Policies. *Obs. Soc. Br.* **2013**, 14, 99–117.

²⁷ INPS, *Osservatori Statistici e Altre Statistiche*: <https://www.inps.it/osservatoristatistici/12/o/350>.

²⁸ L. Zappalà, *Migrant care workers in Italy*: https://www.academia.edu/44939147/Migrant_care_workers_in_Italy.

assistenti coabitanti. La stessa ricerca riscontra un monte orario settimanale eccessivo a carico degli assistenti migranti (MCW), anche se ciò viola le norme contrattuali. Questo potrebbe dipendere (oltre dall'ovvia asimmetria di potere tra datori di lavoro e lavoratori) da una scarsa considerazione di questa tipologia di lavoro, dovuta anche alla mancanza di qualsiasi conoscenza e competenza professionale, cioè acquisita in contesti formativi che rilascino una certificazione.

In questo senso, l'aspetto formativo si rivela essenziale, tanto più in un paese marcato da un tasso di invecchiamento costante, dove la domanda di figure professionali nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria è in crescita da anni, e tale tendenza è destinata a mantenersi e accentuarsi²⁹.

Occorrerebbe allora incentivare la formazione dei migranti all'assistenza, attraverso **corsi specifici** progettati da enti formativi e organizzazioni del terzo settore, opportunamente pubblicizzati attraverso i media e l'attività dei centri per l'impiego e delle agenzie per il lavoro, e tramite una attività capillare di *counselling* rivolta anche alle famiglie delle persone che necessitano assistenza³⁰. In particolare i migranti dovrebbero essere formati all'assistenza agli anziani, in quanto portatori di bisogni di salute, sia fisica sia psicologica, complessi da trattare in modo multidimensionale e sulla base di specifiche conoscenze.

Inoltre, nella maggior parte dei casi, il settore dell'educazione e della formazione dei migranti fatica a riconoscere e validare conoscenze, competenze e titoli acquisiti nel paese d'origine^{31 32}. Per questo motivo, trovare modi per convalidare l'apprendimento precedente (sia esso formale o non formale) in qualsiasi settore e specialmente nel settore della cura alla persona, è stato riconosciuto come uno strumento per facilitare e promuovere l'inclusione dei migranti nel mercato del lavoro³³.

2. METODOLOGIA

Questo studio, di natura quanti-qualitativa, si è svolto in Grecia, Italia e Portogallo e ha coinvolto: a) responsabili di enti e strutture assistenziali pubbliche e private per anziani (ospedali geriatrici, case di cura, centri diurni, Residenze Sanitarie Assistenziali); b) responsabili di enti e organizzazioni pubbliche e private che erogano formazione nel settore dell'assistenza socio-sanitaria; c) migranti e rifugiati di origine asiatica e africana con esperienza di lavoro nel settore socio-assistenziale.

²⁹ G. Lamura, C. Chiatti, M. Di Rosa, M.G. Melchiorre, F. Barbarella, C. Greco, A. Principi, S. Santini, *Migrant Workers in the Long-Term Care Sector: Lessons from Italy*, Ageing Newsletter, n. 22, 2010.

³⁰ L. Zappalà, *Migrant care workers in Italy*: https://www.academia.edu/44939147/Migrant_care_workers_in_Italy.

³¹ Sprung, A., 2013. *Adult education in migration societies and the challenge of 'recognition' in Austrian and German adult education*, «Studies in the education of adults», 45 (1), 82-98.

³² Guo, S. and Shan, H., 2013. *The politics of recognition: critical discourse analysis of recent PLAR policies for immigrant professionals in Canada*, «International Journal of Lifelong Education», 32 (4), 464-480.

³³ Linda Morrice, Hongxia Shan & Annette Sprung (2017) *Migration, adult education and learning*, «Studies in the Education of Adults», 49:2, 129-135, DOI: 10.1080/02660830.2018.1470280

In Italia sono stati elaborati tre questionari online, uno per ogni tipologia di soggetti, che includevano sia domande a risposta multipla sia aperte.

2.1. Partecipanti

Per reclutare responsabili di enti e organizzazioni assistenziali e formative, i ricercatori dell'INRCA hanno scelto di rivolgersi a strutture ed organizzazioni di tre Regioni italiane (enti dello Stato competenti territorialmente con relativa autonomia politico-amministrativa e gestionale, in particolare in alcuni ambiti come quello sanitario): Marche, Lombardia, Sicilia.

La prima, oltre a rappresentare territorialmente il centro Italia, è la regione in cui l'INRCA ha sede ed opera maggiormente, e dove ha dunque un maggior numero di contatti diretti. La seconda è una delle regioni più popolate e ricche d'Italia, con un numero elevato di strutture di assistenza per gli anziani e di enti per la formazione, ed è tradizionalmente meta di una quota elevata di stranieri in cerca di occupazione. La scelta della terza regione si spiega in parte in base a un criterio territoriale: le Marche sono al centro del paese, la Lombardia al nord, dunque si è ritenuto di scegliere una regione del sud. Proprio per la sua posizione, inoltre, e per la sua conformazione (trattandosi di un'isola) la Sicilia è situata al centro del Mediterraneo, di fronte all'Africa del nord, ed è dunque punto di approdo per molti migranti via mare.

Una ulteriore divisione amministrativa interna alle regioni è quella per Province. Per questo, si è deciso di contattare, in ogni provincia di ciascuna regione, almeno quattro strutture per entrambe le tipologie (enti assistenziali e di formazione).

Trovandoci nelle fasi iniziali della ricerca, la finalità del questionario era puramente "orientativa": non essendovi dunque pretese di esaustività né di rappresentatività statistica dei risultati, è stato eseguito un cosiddetto "campionamento di convenienza", secondo il quale i soggetti sono stati selezionati non in base al criterio di casualità, ma piuttosto in base alla loro capacità di fornire risposte coerenti e basate sull'esperienza.

Nel mese di giugno 2021, una breve descrizione della ricerca e i link dei questionari sono stati inviati via e-mail ai direttori o ai responsabili amministrativi (o sanitari, nel caso delle strutture assistenziali) delle organizzazioni. Dopo circa una settimana, le stesse strutture sono state contattate telefonicamente (in alcuni casi, nonostante vari tentativi, non si è riusciti a parlare con i responsabili), per assicurarsi che avessero quantomeno ricevuto e preso visione del questionario.

All'inizio del mese di luglio, una volta che il numero delle risposte si è stabilizzato, queste sono state analizzate.

Per il questionario rivolto ai migranti e rifugiati attivi nell'ambito socio-assistenziale, invece, l'INRCA ha interpellato una serie di enti, associazioni ed operatori di sua conoscenza, potenzialmente

in contatto con persone con tale profilo. Data la difficoltà nell'identificare lavoratori di origine africana e asiatica, non appena raggiunto il numero minimo, l'indagine è stata considerata chiusa.

2.2. Strumenti per la raccolta dati

I primi due questionari hanno una struttura sostanzialmente analoga: la parte iniziale è dedicata alle informazioni anagrafiche dei rispondenti, mentre l'ultima a possibili suggerimenti riguardanti i questionari stessi (domande da includere, critiche, ecc.). Nel mezzo vi sono due sezioni specifiche per ciascuno dei questionari.

Il **primo questionario** prevede una serie di domande relative alle **difficoltà** incontrate dalle strutture assistenziali nel **reclutamento** del personale. Viene offerta una lista di aspetti potenzialmente problematici, ed in seguito una serie di domande intendono rilevare, almeno a grandi linee, la composizione del personale nelle strutture (età, livello di istruzione) e la presenza di attività di formazione fornite dall'organizzazione stessa. Una seconda sezione è dedicata specificamente al **personale con esperienza migratoria**: si chiede se sia presente o meno, da quali paesi provengano i lavoratori; se e quali difficoltà siano state incontrate dall'organizzazione e l'eventuale attività di formazione condotta a loro beneficio.

Il **secondo** questionario, destinato ai responsabili di enti di formazione, si concentra invece dapprima sui **rapporti** che questi intrattengono con le **organizzazioni che forniscono servizi sanitari**: si chiede se tali relazioni sussistano, con quali tipologie di organizzazioni, e quale sia il ruolo svolto dagli enti di formazione in tali collaborazioni. Anche in questo caso segue una sezione relativa all'**esperienza degli enti con migranti e rifugiati**: si chiede prima se siano state svolte attività di formazione per gli stranieri in generale e quindi per le suddette categorie; se e quali difficoltà siano state incontrate; se siano state svolte ricerche sulle necessità di migranti e rifugiati in ambito formativo e se tali indagini siano ritenute importanti; per concludere con la richiesta di esprimersi sull'utilità della suddetta tipologia di attività formativa.

Il **terzo** questionario, rivolto ai **migranti**, contiene inizialmente una serie di domande demografiche: genere, età, provenienza e status giuridico in Italia (migrante, rifugiato riconosciuto ufficialmente, beneficiario di protezione umanitaria). In seguito viene indagata la **conoscenza della lingua italiana**, a livello della comprensione generale e della produzione orale e scritta. In relazione a ciò, viene chiesto se si è frequentato un corso di lingua e chi, nel caso, lo abbia messo a disposizione. In seguito si passa alle domande relative all'**attuale condizione lavorativa** (ruolo, organizzazione e tempo passato all'interno di questa) e alle difficoltà incontrate in tale ambito. Si passa poi alle questioni riguardanti la **formazione**: tipologia, difficoltà incontrate ed aspetti da migliorare, rapporto con le tecnologie utilizzate. Le ultime domande vertono sulle difficoltà avute all'inizio dell'esperienza

lavorativa e sulle differenze percepite fra il sistema socio-assistenziale italiano e quello del paese di origine.

Inizialmente, per realizzare e somministrare i questionari, si era pensato di utilizzare un software online specificamente pensato per questo genere di indagini. Allo scopo, era stato individuato *SurveyMonkey* (<https://it.surveymonkey.com/>). Tuttavia, considerando il fatto che tanto il numero delle domande quanto quello dei rispondenti era abbastanza limitato, si è optato per un comune “modulo” di Google (*Google Form*), di facile e immediata realizzazione.

Lo strumento si è rivelato adatto alle esigenze della ricerca, in quanto raccoglie i risultati tanto in forma grafica quanto in fogli di *Excel*, e presenta le cifre totali (numeri assoluti e percentuali) ma permette anche di esaminare le singole risposte di ciascun soggetto.

2.3. Metodologia di analisi dei dati

I risultati raccolti e presentati in forma immediata e sintetica nel modulo di Google sono stati sottoposti ad una prima osservazione e valutazione, seguita da un’analisi dettagliata e approfondita condotta attraverso l’esame di ogni singola risposta, presa in considerazione sempre nel contesto complessivo delle questioni incluse nel questionario. Ciò significa che ogni risposta è stata osservata anzitutto in relazione a quelle immediatamente precedenti e successive, per osservare se vi fossero incongruenze dettate da errori e/o dalla mancata comprensione delle domande.

Considerato il numero limitato di partecipanti, i dati quantitativi sono stati analizzati a scopo descrittivo.

3. RISULTATI

In questa sezione vengono riportate, rispetto ai primi due questionari, le caratteristiche dei rispondenti, le difficoltà nel reclutare personale socio-sanitario nelle strutture dirette dai rispondenti, le caratteristiche del personale impiegato al momento della *survey*, la formazione erogata, la presenza di personale migrante o di rifugiati e le eventuali difficoltà riscontrate con esso.

Le risposte al questionario rivolto ai lavoratori migranti, dato il loro numero esiguo, vengono espone nel dettaglio.

3.1. Caratteristiche dei Dirigenti e responsabili di enti e strutture assistenziali raggiunti dall’indagine

Il **primo questionario** era rivolto a proprietari, presidenti, direttori, dirigenti e supervisor di organizzazioni impegnate nell’assistenza sanitaria professionale. Dunque **figure dirigenziali**. Tali figure sono anche quelle ad aver risposto al **secondo questionario**, rivolto ai responsabili di enti e

istituzioni di formazione in ambito assistenziale. A rispondere sono stati nel primo caso **17** soggetti e nel secondo **13**. Nel **terzo** questionario, i rispondenti sono stati **5**.

Esporremo i risultati dei tre questionari separatamente, cominciando da quello rivolto ai **dirigenti** delle organizzazioni impegnate nell'assistenza sanitaria professionale.

La netta **maggioranza** dei responsabili di enti e strutture assistenziali per anziani, **12 su 17**, cioè il **70%**, è di sesso **femminile**.

Quasi un quarto dei rispondenti (**4**, pari al 23,5%) appartiene alla fascia d'età **51-60 anni**, e altrettanti agli over 60, mentre sei (**6**; il 35,3%) a quella **41-50** e solo tre (**3**) il **17,6%** a quella **31-40** (nessuno dai 30 anni in giù) [grafico I.1].

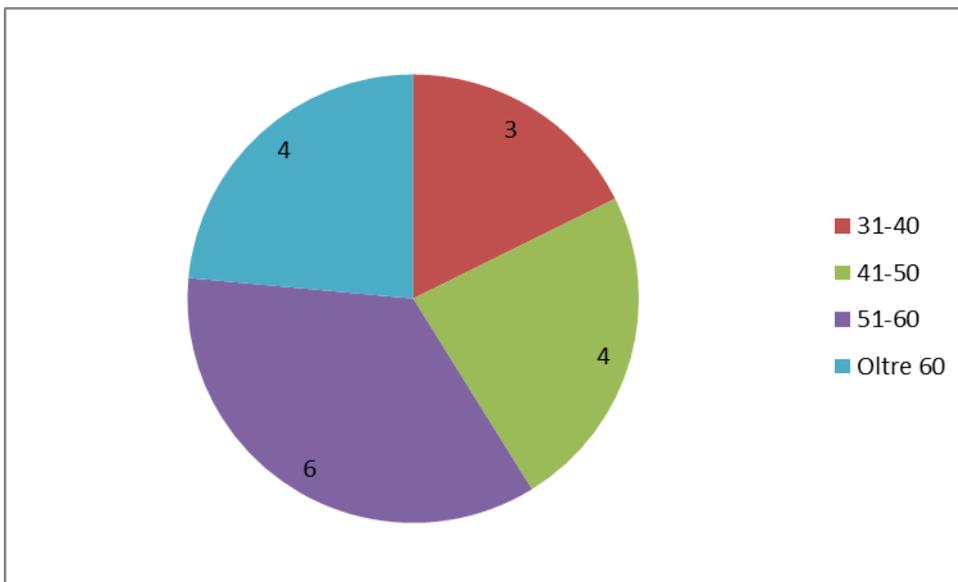


Grafico I.1: Fasce d'età dei responsabili di enti e strutture assistenziali per anziani rispondenti

La maggior parte dei rispondenti opera nella Regione Marche (Italia centrale), in cui l'INRCA ha sede [grafico I.2].

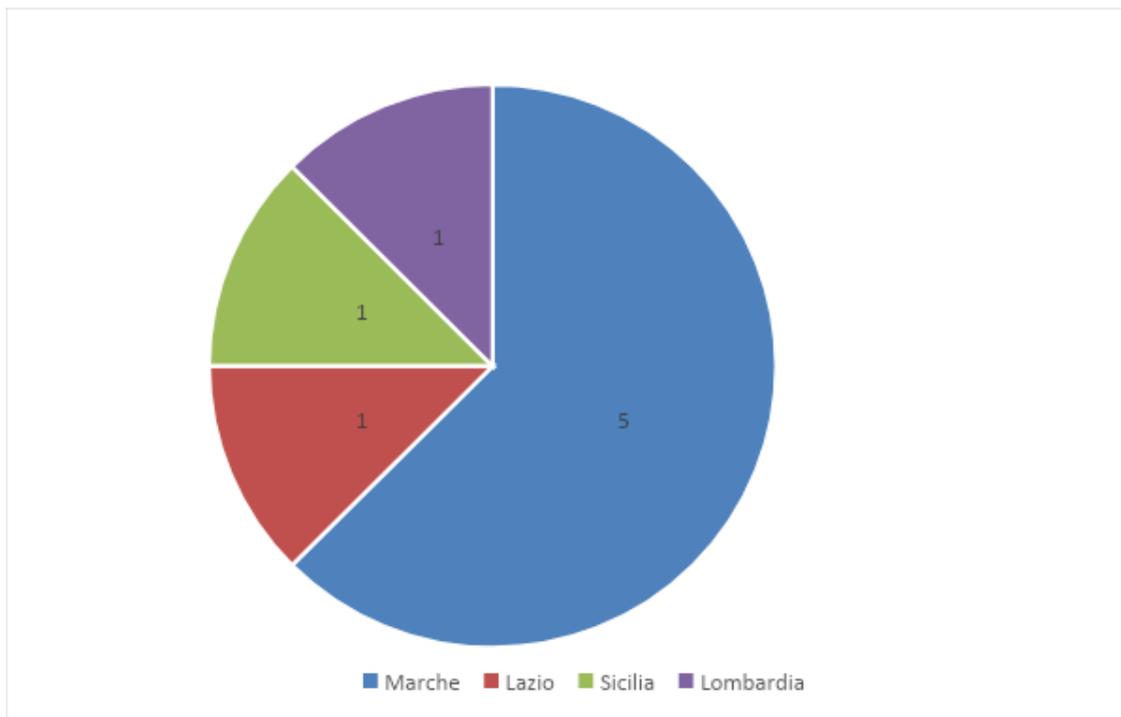


Grafico I.2: Regione in cui hanno sede gli enti e le strutture assistenziali per anziani

Ciò è dovuto al fatto che l'INRCA è molto conosciuta a livello regionale grazie ai suoi ospedali geriatrici e questo può aver influenzato la disponibilità dei rispondenti a dedicare il proprio tempo alla compilazione del questionario.

La maggioranza dei rispondenti (**10** casi su 17, pari al 58,8%) dirige un'**unità di assistenza a lungo termine** (RSA), due (**2**) un ospedale o clinica privata e altrettanti un centro di riabilitazione. Le altre strutture coinvolte sono: un centro diurno, un centro per la cura di malattie croniche e una organizzazione senza scopo di lucro [grafico I.3].

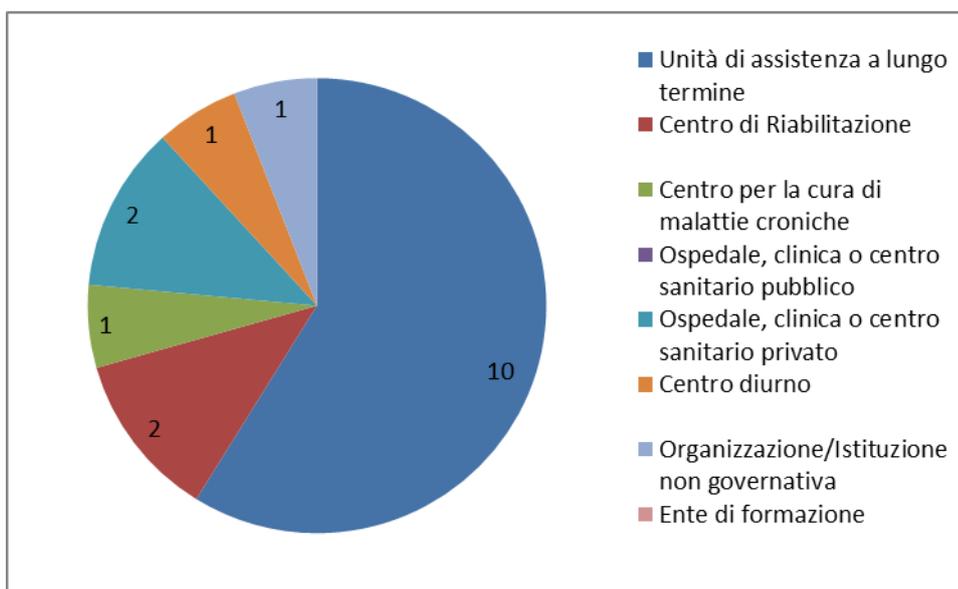


Grafico I.3: Tipologia degli enti e delle strutture assistenziali per anziani

3.2. Difficoltà nel reclutare personale socio-sanitario

Entrando nel gruppo delle questioni centrali della nostra indagine, alla domanda riguardante le eventuali **difficoltà incontrate nel reclutamento del personale socio-sanitario** (sia esso di alta o bassa specializzazione), soltanto due intervistati su 17 (11,8%) hanno dichiarato di non averne trovate: il dirigente di un centro diurno e quello di una clinica privata [grafico I.4].

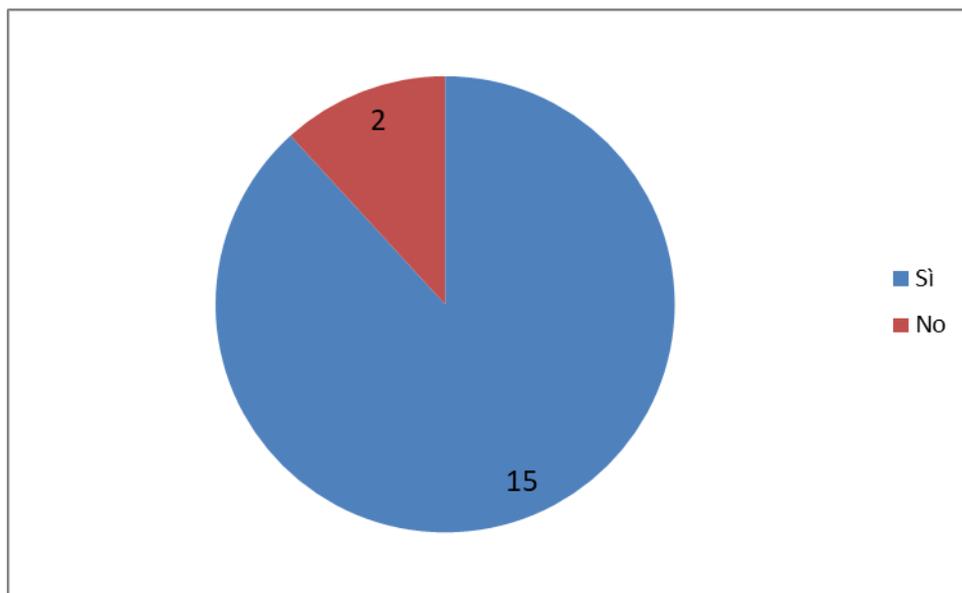


Grafico I.4: Difficoltà incontrate nel reclutare personale socio-sanitario

D'altra parte, il fatto che **quasi il 90%** dei rispondenti (**15**) abbia manifestato difficoltà nel reclutamento e nell'impiego di personale socio-sanitario, sembra cogliere nel segno dell'indagine e più in generale corrispondere agli obiettivi del progetto HERO.

Le ragioni per cui è difficile trovare personale adeguatamente preparato, sono da ricondurre per un terzo (**6**) dei rispondenti alla **tipologia delle attività svolte** (35,3%), e ad un insieme di ragioni che rendono **tali incarichi poco "attrattivi"**: stipendi troppo bassi (**5**; 29,4%), turni troppo faticosi, distanza dal domicilio e numero di assistenti in rapporto ai pazienti/utenti (ognuno di questi identificato dal 23,5% delle risposte (**4**) – ricordiamo che si potevano esprimere fino a tre preferenze) [grafico I.5].

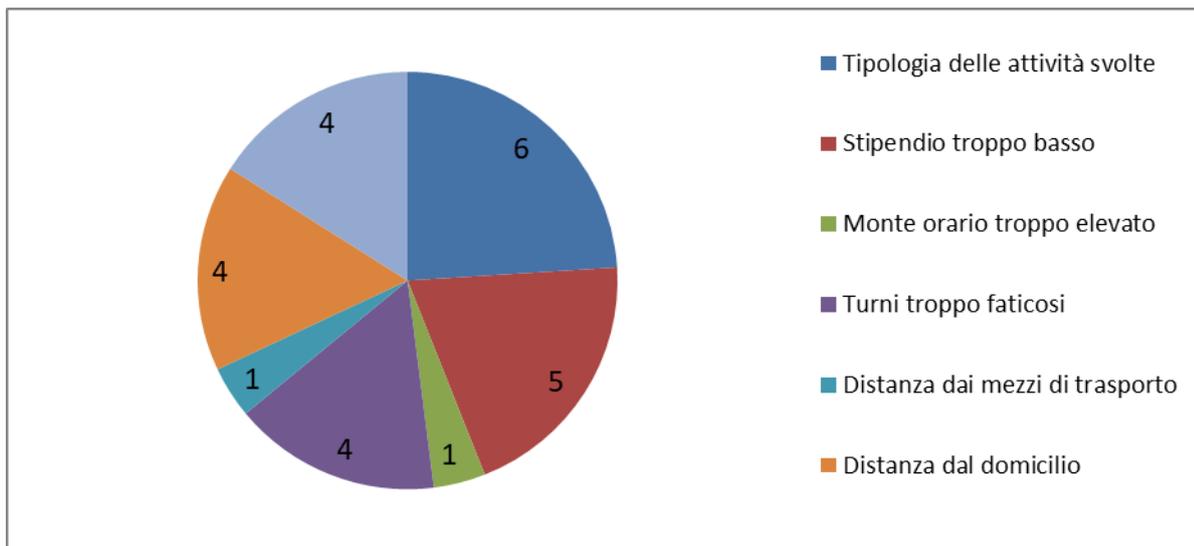


Grafico I.5: Ragioni a cui si riconducono le difficoltà incontrate nel reclutamento

Residuali invece risultano il monte orario troppo elevato e la distanza dei luoghi di lavoro dai mezzi di trasporto (una occorrenza ciascuno).

3.3. Caratteristiche del personale socio-sanitario in servizio al momento dell'indagine

Rispetto al **personale già in servizio** nelle strutture interpellate, **10** (il 58,8%) dei responsabili di struttura hanno dichiarato che la maggior parte di esso rientra nella fascia d'età **36-45 anni**, **8** (il 47,1%) nella fascia **46-55** e **5** (29,4%) nella fascia **26-35** anni. Le fasce 18-25 e oltre i 55 anni non sono rappresentate. Sostanzialmente dunque se ne deduce che almeno due terzi del personale socio-assistenziale nelle strutture rispondenti sia formato da lavoratori "maturi" [grafico I.6].

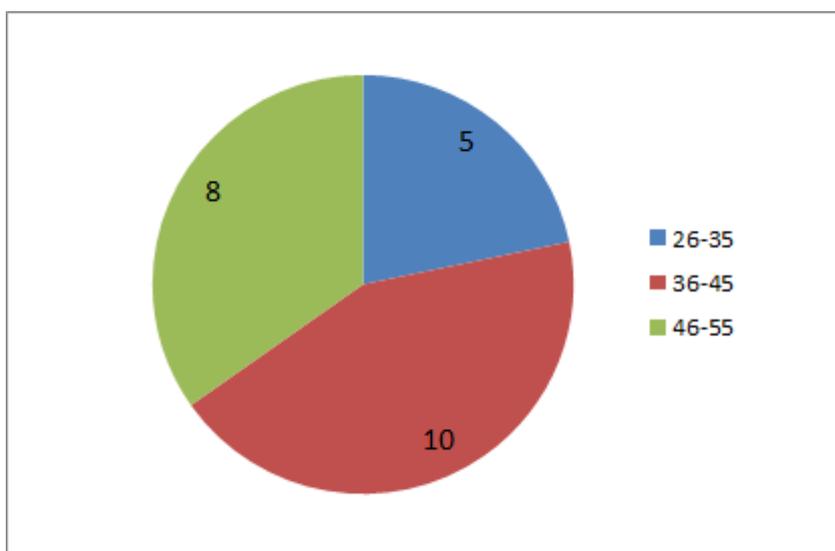


Grafico I.6: Fasce d'età del personale in servizio nelle strutture rispondenti

Tale dato andrebbe però letto insieme a quello relativo al **grado di istruzione** del personale stesso: qui oltre la metà (**9** occorrenze, pari al 52,9%) ha una **formazione professionale specifica**, mentre quasi un quarto (**4**, pari al 23,5%) si è fermato all'**istruzione secondaria** (in un (1) caso addirittura a quella **primaria**), meno dunque di chi è arrivato a completare il **percorso universitario** (**3** casi) [grafico I.7].

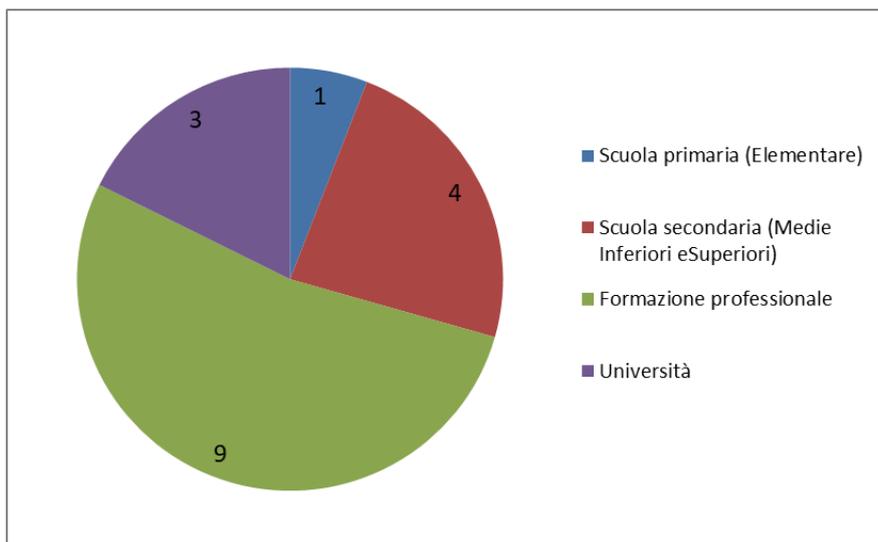


Grafico I.7: Livello di istruzione del personale in servizio nelle strutture interpellate

3.4. La formazione erogata al personale socio-assistenziale

Tutti gli intervistati hanno dichiarato che nelle loro strutture sono previste per i dipendenti **attività di formazione alle pratiche assistenziali**, a sottolineare dunque la necessità di accrescere (quando non addirittura fornire del tutto) le competenze del personale.

Rispetto alla **tipologia dell'attività di formazione erogata**, più della metà dei rispondenti (**10**, pari al 58,8%) adotta un **sistema misto**, in cui una parte delle attività viene realizzata internamente e l'altra da una organizzazione esterna. Quattro (**4**) invece le strutture che realizzano **esclusivamente al proprio interno** la formazione (23,5%), due (**2**) quelle che si affidano ad un ente formativo nazionale, mentre soltanto una (**1**) si affida integralmente ad un'organizzazione esterna [grafico I.8].

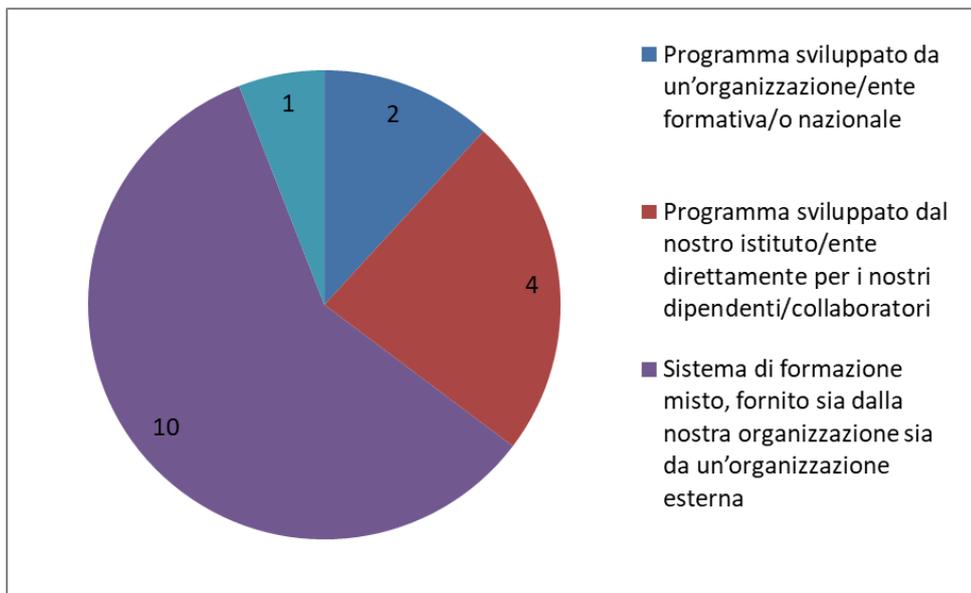


Grafico I.7: Tipologia di formazione erogata al personale in servizio nelle strutture rispondenti

Riguardo la prassi (dunque non la *disponibilità*, in senso generale ed ipotetico) di assumere lavoratori **migranti o rifugiati**, oltre un terzo (**6** casi su 17, il 35,5%) dichiara che ciò non avviene. Di converso, i due terzi (**11** casi su 17, il 64,7%) dichiara di assumere tali categorie di lavoratori [grafico I.8].

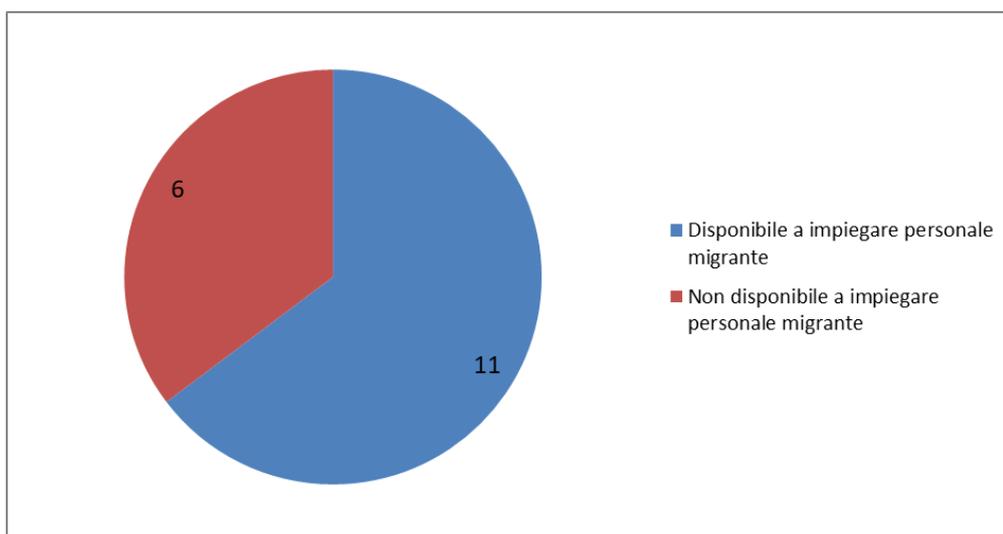


Grafico I.8: Disponibilità delle strutture all'impiego di personale migrante

3.5. Presenza di migranti e rifugiati tra i professionisti socio-sanitari impiegati nelle strutture al momento della survey online

In **9** casi su 17 (52,9%) le strutture dirette dai soggetti che hanno risposto alla *survey* online **impiegano** già migranti e rifugiati.

Si rileva dunque in due (2) casi (riguardanti un centro di riabilitazione ed un'organizzazione non profit) una mancata corrispondenza tra il primo dato (la prassi di reclutamento) e il secondo (presenza effettiva di migranti e rifugiati).

Rispetto ai migranti e rifugiati presenti nelle strutture rispondenti, la loro **provenienza geografica** riguarda prevalentemente (si potevano esprimere fino a 4 opzioni) l'**America Latina** (7 risposte, 41,2%), l'**Africa settentrionale** e l'**Europa orientale** (6 risposte in ciascuno dei casi), l'**Africa centrale** (5 risposte, 29,4%) (residuali le altre macro-aree) [grafico I.9].

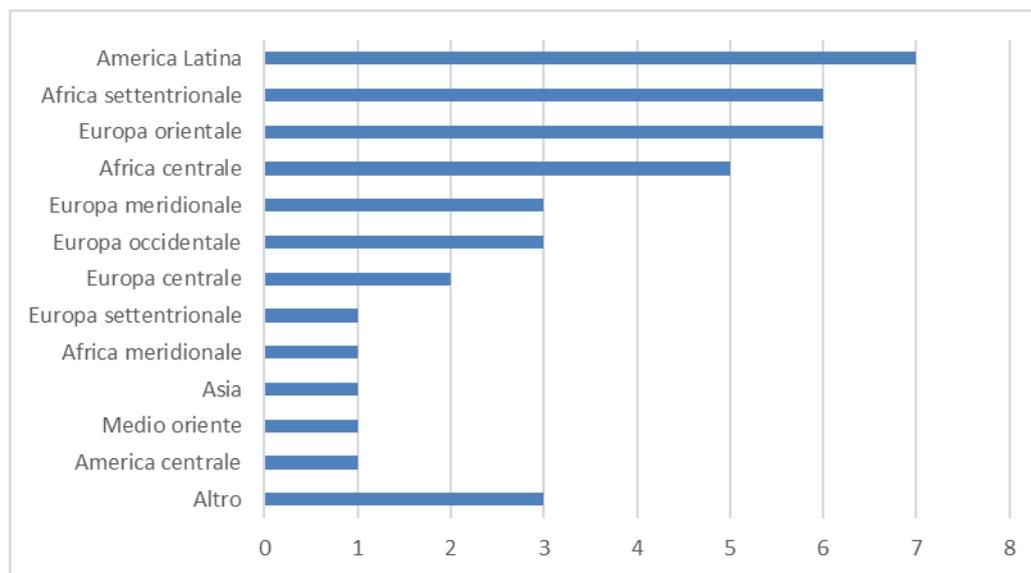


Grafico I.9: Provenienza del personale migrante impiegato nelle strutture interpellate

3.6. Difficoltà riscontrate con professionisti socio-sanitari migranti o rifugiati

Per quanto riguarda le **tipologie di difficoltà riscontrate con personale socio-sanitario di origine straniera** (potevano essere selezionate fino a cinque opzioni), occorre anzitutto notare che dei nove rispondenti che impiegano migranti e rifugiati, quattro (4) dichiarano di **non** riscontrare difficoltà affatto. In generale, lo scoglio più importante è quello linguistico-comunicativo, segnalato in 5 casi, e quello relativo agli aspetti culturali (4 casi). Difficoltà nella comunicazione delle informazioni e nella comprensione delle metodologie assistenziali sono state segnalate entrambe tre (3) volte, mentre due (2) la percezione delle metodologie di lavoro e i pregiudizi o gli stereotipi espressi dai pazienti/utenti. Una (1) volta sono stati segnalati rispettivamente problemi al livello della formazione e comportamenti razzisti subiti da parte degli utenti/pazienti [grafico I.10].

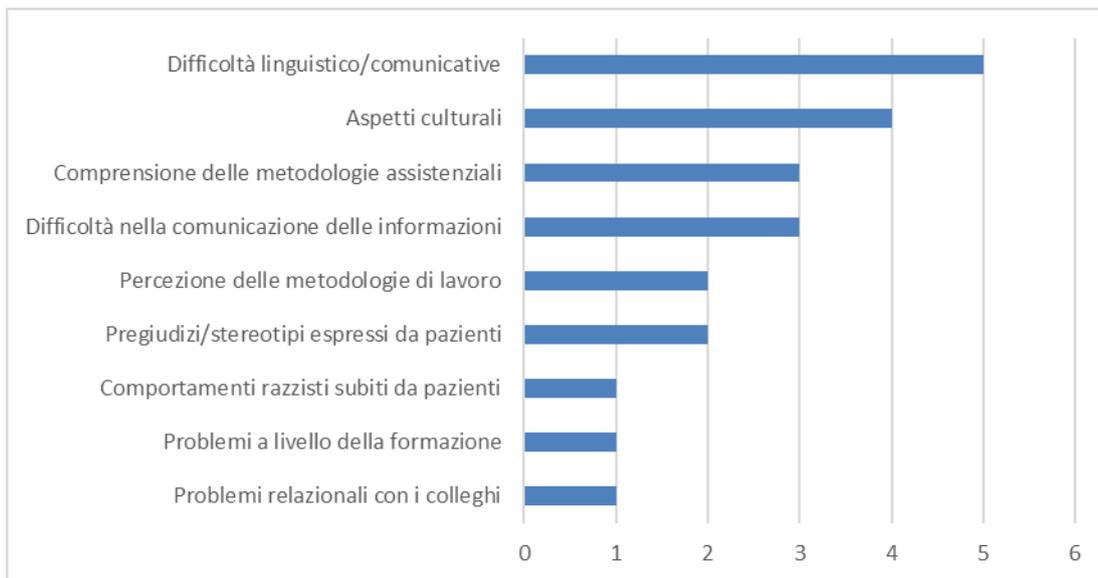


Grafico I.10: Tipologie delle difficoltà riscontrate dalle strutture interpellate con il personale di origine straniera

Le principali attività formative svolte da otto organizzazioni riguardano la formazione in ambito assistenziale, ma soltanto nell'orario di lavoro (4); formazione di tipo linguistico (2), formazione in ambito assistenziale in lingua italiana ed inglese (1); formazione in ambito assistenziale nella lingua nazionale (1).

Rispetto all'utilità di attività di questo tipo, quasi tutti i soggetti hanno dichiarato di apprezzarle per poter accogliere meglio nell'ambiente lavorativo migranti e rifugiati.

3.7. Formazione di rifugiati e migranti

Il **secondo** questionario, rivolto alle strutture dedicate all'assistenza sanitaria professionale, ha avuto **13** rispondenti: **7** donne e **6** uomini. La metà circa (**7**, cioè il 53,8%) ha un'età compresa fra i 41 e i 50 anni, tre (**3**; il 23,1%) hanno più di 60 anni, due (**2**; 15,4%) sono nella fascia 51-60 e uno (**1**; 7,7%) in quella 31-40 [grafico II.1]. La maggior parte lavora nella regione Marche (in cui l'INRCA ha sede).

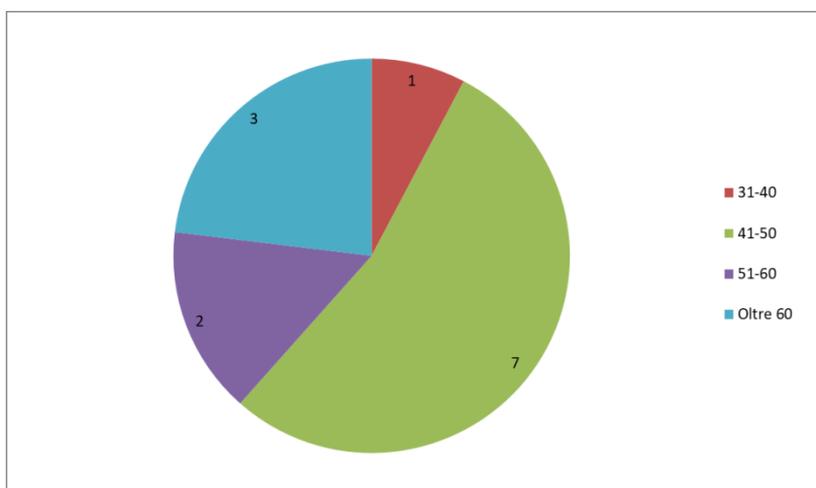


Grafico II.1: Fasce d'età dei responsabili delle strutture di formazione interpellate

In sette (7) casi si tratta di **organizzazioni private accreditate** dalla regione competente, in tre (3) di un ente pubblico, in due (2) di un'organizzazione non profit, in uno (1) di un centro di cura per le malattie croniche [grafico II.2].

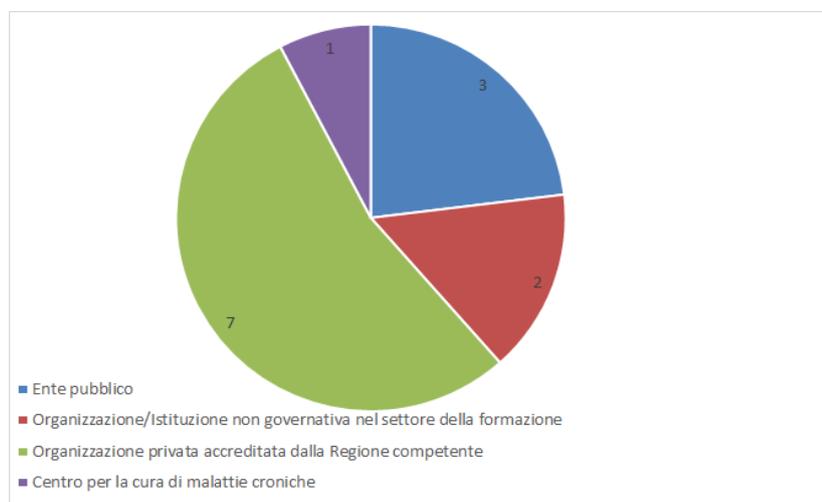


Grafico II.2: Tipologia delle strutture di formazione interpellate

Alla domanda se fossero stati mai contattati da **enti che forniscono assistenza sanitaria**, 11 rispondenti (84,6%) hanno risposto di sì e due (2; 15,4%) di no. Rispetto alla tipologia degli enti che hanno richiesto la formazione per i migranti (era possibile dare più di una risposta), otto volte sono stati indicati **enti privati a scopo di lucro**, altrettante enti pubblici, due organizzazioni non profit. Nell'ambito delle collaborazioni instaurate con tali organizzazioni, sette rispondenti (anche qui era possibile dare più risposte) hanno indicato **soltanto la formazione dei dipendenti/collaboratori**, cinque lo sviluppo di un **programma misto di formazione** (parzialmente fornita dall'ente di formazione stesso e parzialmente dalla struttura partner), due seminari di formazione su temi specifici, due lo sviluppo di un programma di formazione che è stato utilizzato dall'organizzazione, uno un'analisi delle necessità dell'ente che fornisce assistenza [grafico II.3].

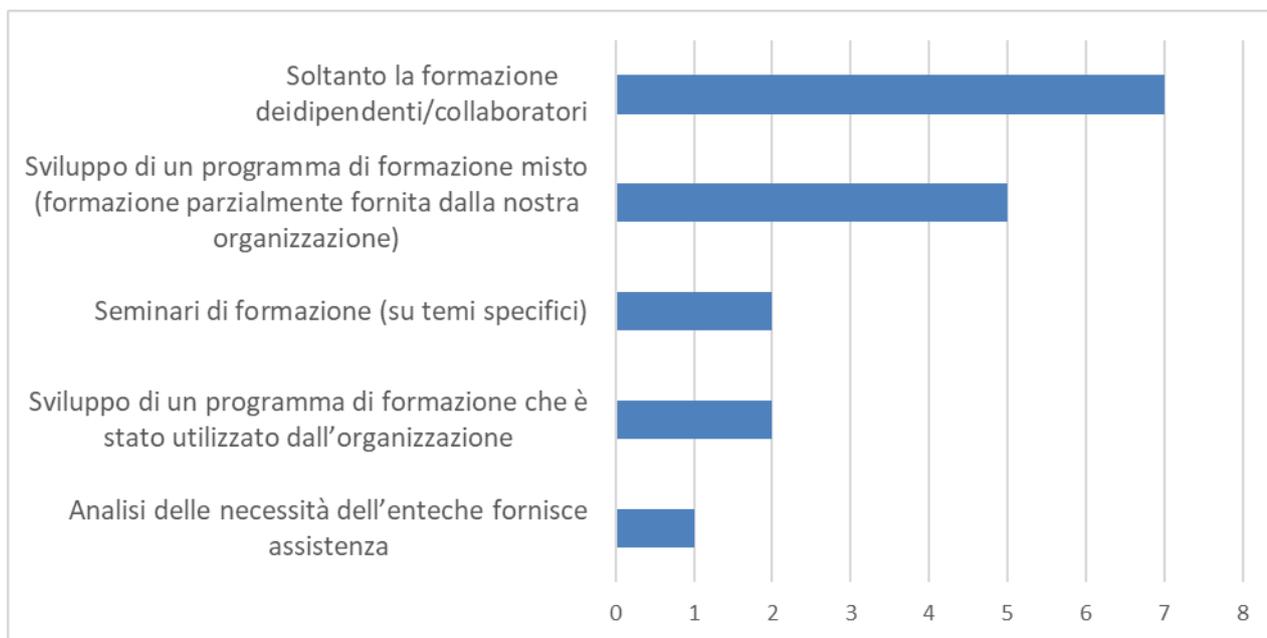


Grafico II.3: Tipologia di formazione erogata dalle strutture formative ai migranti

Tre domande riguardavano invece lo svolgimento di attività di formazione: tutti i rispondenti (13) le hanno realizzate a beneficio di cittadini italiani, ed 11 su 13 si sono rivolte anche a **persone provenienti da paesi stranieri** (1 *missing*). Otto organizzazioni su 13 hanno svolto attività di formazione rivolta a persone migranti e rifugiati.

Le **difficoltà** riscontrate – da rilevare che uno dei rispondenti non ne ha segnalata nessuna – riguardano in prevalenza (si potevano esprimere più preferenze) l'aspetto **linguistico** (6), la conoscenza della funzione e del sistema di lavoro dell'organizzazione (4), la conoscenza del sistema formativo (3) e la percezione del funzionamento del sistema statale (sistema assicurativo, servizi forniti dallo Stato, obblighi fiscali) (3). Segnalate anche la conoscenza delle metodologie formative (2), quella di fattori sociali come l'uguaglianza di genere sul posto di lavoro (1). Potrebbe risultare significativo il fatto che soltanto in un (1) caso siano state segnalate le differenze culturali (mentre nessuno ha indicato altre tipologie non incluse a priori nel questionario) [grafico II.4].

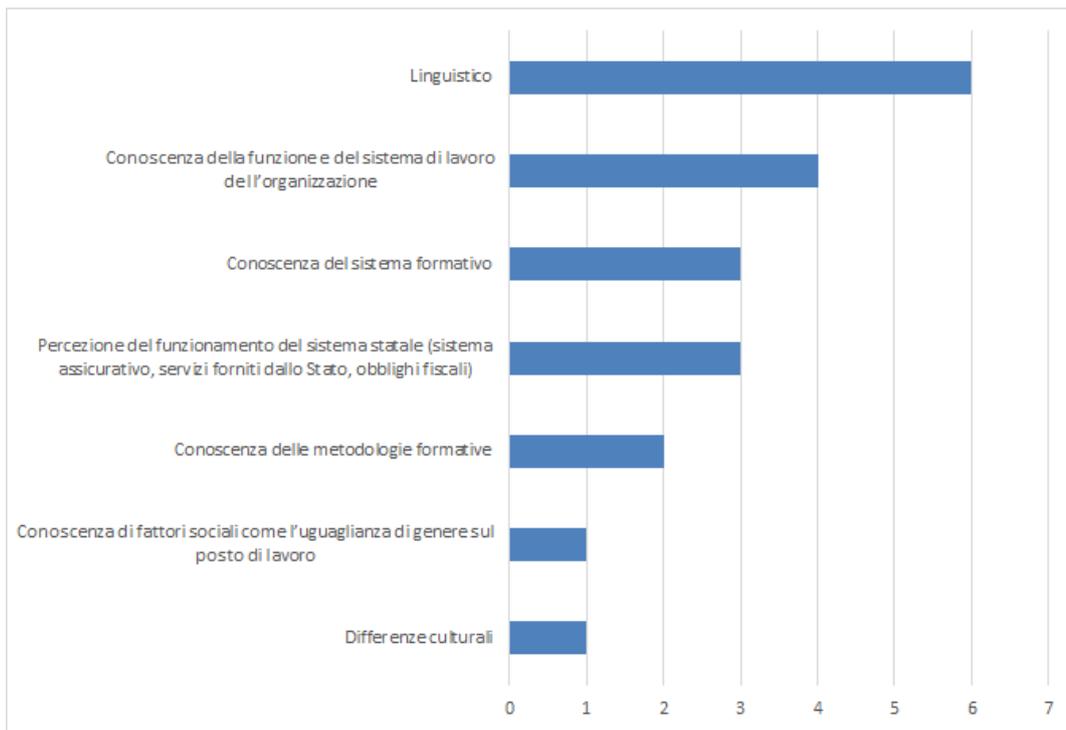


Grafico II.4: Difficoltà incontrate dagli enti formativi con i migranti

Soltanto due (2) su 11 rispondenti hanno invece condotto **ricerche** riguardanti le necessità in ambito formativo dei rifugiati e dei migranti impiegati nell'ambito assistenziale. Nonostante – o forse proprio per questo – tutti ritengono tali studi necessari: due (2) credono che dovrebbero essere condotte con frequenza quinquennale, mentre per gli altri undici (11) dovrebbero essere svolte “spesso”.

Quasi totale – soltanto un (1) parere discorda – anche l'accordo sulla necessità di fornire a migranti e rifugiati una formazione iniziale in ambito assistenziale: in 11 casi (anche qui era possibile indicare più opzioni) è stata indicata l'importanza di corsi che facilitino l'integrazione nell'ambiente sociale e professionale; in sette quella di corsi di lingua e relativi alla terminologia specifica utilizzata in questo ambito; tre hanno indicato il bisogno di corsi esclusivamente professionali [grafico II.5].

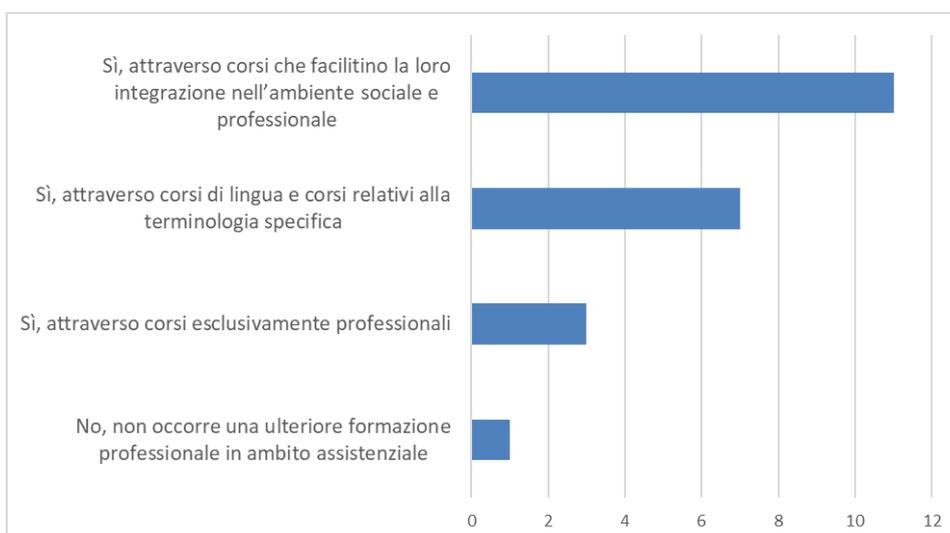


Grafico II.5: Parere sulla necessità di fornire a migranti e rifugiati una formazione iniziale in ambito assistenziale

Rispetto ad ulteriori possibili **aspetti da includere** nel questionario, sono state segnalate: domande sui costi dei corsi; sul *follow-up* lavorativo dei corsisti; su aspetti organizzativi, sanitari ed etici; sulle metodologie formative adottate; sulla realtà dei servizi assistenziali rivolti agli anziani nei paesi di origine, insieme all'offerta formativa ivi presente e alle differenze culturali rilevanti per i corsisti. Inoltre viene suggerito di assumere un "approccio interculturale" nell'interazione con professionisti socio-sanitari migranti e rifugiati. Ciò significa anche tenere conto dell'influenza del paese di origine sulla percezione, accettazione e gradimento della formazione e sulle rappresentazioni culturali e sociali del lavoro di cura (in particolare riguardo l'interesse e il rispetto degli impegni).

3.8. Caratteristiche dei migranti raggiunti dalla survey online

Il **terzo** questionario, rivolto ai lavoratori di origine asiatica o africana, ha avuto cinque rispondenti – **3** donne e **2** uomini [grafico III.1] –, tutti provenienti dal **continente africano**: **2** dalla Nigeria (una donna di 51 anni ed una di 21), e gli altri rispettivamente da Guinea (uomo, 24 anni), Marocco (uomo, 50 anni) e Camerun (donna, 40 anni).

Uno soltanto dei rispondenti (donna camerunense) può vantare un **percorso di studi** prolungato (15 anni in totale); due hanno un'esperienza notevolmente più breve: 8 anni (il 50enne marocchino) e 5 anni (la 21enne nigeriana). Gli altri due hanno invece un percorso dalla durata molto ridotta: rispettivamente 1 anno (24enne dalla Guinea) e 3 mesi (la 51enne camerunense).

A tutte e tre le donne rispondenti è stato riconosciuto lo **status** di rifugiato, mentre uno degli uomini è beneficiario di protezione umanitaria e l'altro rientra nella categoria più ampia di 'migrante' [grafico III.5].

La **conoscenza della lingua italiana** è in tutti i casi avanzata ('molto buona' per tre rispondenti e 'buona' per gli altri due). Sostanzialmente analoghi i risultati a livello della comprensione orale ('molto buona' per quattro rispondenti e 'buona' per quello restante). Meno approfondita – come è peraltro abbastanza ovvio aspettarsi – quella della produzione scritta ('molto buona' per tre rispondenti, 'buona' per uno e 'sufficiente' per il quinto).

Tali risultati vanno ricondotti presumibilmente – almeno in parte – al fatto che quattro rispondenti hanno frequentato dei **corsi gratuiti di lingua italiana**, in tre casi messi a disposizione da una scuola o ente formativo, e negli altri due rispettivamente da un'amministrazione comunale e da un ente privato.

Tre dei soggetti **attualmente lavorano**: uno come assistente alla persona in una casa di cura per anziani (RSA), da due anni; uno come assistente domiciliare, da quattro anni; uno sta frequentando un corso per operatore socio-sanitario (OSS) e da un anno lavora nell'ambito del trasporto dei malati.

Un altro rispondente invece, dopo un anno di lavoro come assistente domiciliare, è attualmente in cerca di occupazione. Un quinto, infine, non ha risposto alla domanda.

3.9. Difficoltà vissute dai migranti durante la formazione e sul lavoro

Riguardo alla tipologia di formazione ricevuta, due rispondenti hanno frequentato un corso per assistenti socio-sanitari (OSS) e uno di essi ha anche completato le scuole secondarie. Lo stesso livello di istruzione scolastica è stato raggiunto da un altro rispondente. Un altro ha frequentato un corso (in lingua italiana) per assistente familiare e un quinto è invece privo di formazione, ma ha dichiarato di aver appreso come svolgere il proprio lavoro (assistenza domiciliare) affiancando un'altra persona.

Durante la formazione quattro intervistati su cinque hanno riportato di aver avuto soprattutto difficoltà linguistiche e/o di comprensione durante la formazione, hanno sottolineato la brevità dei corsi (in riferimento ad un corso di 80 ore per assistente familiare), come descritto nelle seguenti citazioni, estrapolate dalle risposte degli intervistati:

“Durante il corso che ho frequentato non capivo i termini usati per indicare gli strumenti. Nonostante questo però mi è piaciuto e non cambierei nulla”.

“Ho avuto problemi con la lingua italiana”.

“Secondo me il corso è stato troppo corto nella parte teorica....poi ho fatto più pratica”

Ci sono state anche difficoltà relative alla formazione online imposta dalla pandemia e dalle relative misure di distanziamento fisico, definita “più difficoltosa” rispetto a quella tradizionale, come sottolineato da uno dei partecipanti: *“Ho fatto fatica a seguire il corso online”*

Almeno tre dei rispondenti hanno avuto, nel loro percorso formativo, un qualche rapporto con le tecnologie: due hanno indicato nel Web la tecnologia preferita, e uno di essi ha aggiunto anche il personal computer e gli applicativi sullo smartphone; il cellulare è stato indicato anche da un terzo rispondente. Un quarto ha invece completato la registrazione online al corso di formazione, che però non prevedeva una parte digitale o da remoto, mentre un quinto non ha specificato alcuna tecnologia. Riguardo ai **fattori problematici** riscontrati nel corso della loro **esperienza lavorativa**, due rispondenti hanno dichiarato che la situazione economica del paese ha influito negativamente sul loro percorso, uno ha indicato il mancato accesso alla formazione e due hanno invece indicato ‘altro’.

Rispetto all'**inizio del loro percorso lavorativo**, invece, le differenze culturali sono state indicate da due rispondenti come la principale **difficoltà** da affrontare, e altrettanti hanno riportato pregiudizi/stereotipi da parte dei datori di lavoro.

Uno ha invece indicato il mancato riconoscimento delle qualifiche di cui era in possesso. Allo stesso tempo, tutti hanno dichiarato di **essere riusciti a superare tali difficoltà**. Diverso, però, è stato il modo in cui hanno raggiunto l'obiettivo: con l'esperienza, oppure cercando di adattarsi e di conoscere meglio le persone, o ancora stabilendo un buon rapporto con uno dei familiari della persona assistita, ma anche attraverso la partecipazione ad un progetto specifico (uno dei rispondenti ha invece dichiarato di essere ancora impegnato nel percorso formativo).

Riguardo le **differenze** riscontrate nell'ambito sanitario e assistenziale **rispetto al paese di origine**, la principale, riportata da quattro rispondenti, è il fatto di dover pagare per accedere alle prestazioni e ai servizi sanitari. A questa, sono state aggiunte anche la disorganizzazione (1) e l'arretratezza (1) dei sistemi sanitari dei loro paesi di origine, ed il fatto che nel proprio contesto l'assistenza viene erogata principalmente dalla famiglia dei malati (1). Uno dei rispondenti ha invece indicato di non saper rispondere.

4. DISCUSSIONE

Questo studio ha lo scopo di raccogliere informazioni sui bisogni formativi e organizzativi di enti che forniscono assistenza socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti; di organizzazioni che erogano formazione socio-sanitaria; di migranti e rifugiati che lavorano nel settore formale dell'assistenza agli anziani.

L'indagine sembra fornire un quadro interessante delle caratteristiche più essenziali delle strutture assistenziali in Italia e di alcune delle difficoltà più comuni da queste affrontate relativamente al reclutamento e alla formazione del personale socio-sanitario. All'interno di tale quadro, inoltre, vari elementi ci sembrano trovare risalto: vi sono **diffuse difficoltà nel reclutamento del personale socio-sanitario**, dovute in parte a condizioni lavorative di per sé poco attrattive e in parte alla mancanza di una formazione adeguata e ad un livello di istruzione relativamente basso; l'**età media** dei lavoratori è piuttosto **elevata**; l'impiego di personale straniero sembra incontrare evidenti ostacoli, per ragioni sia **linguistiche** sia **culturali**.

4.1. Difficoltà nel reclutamento del personale

L'**invecchiamento della popolazione**, che ha come conseguenze l'aumento e il prolungamento delle malattie croniche e quindi la crescita della domanda di assistenza a medio e lungo termine, unitamente alla diminuzione del tasso di natalità (costante da qualche anno in Italia) – che comporta la diminuzione di persone in età lavorativa che potranno prestare cura sia formale sia informale al

crescente numero di anziani non autosufficienti – con tutta probabilità determinerà in futuro, in maniera crescente, **difficoltà nel reclutamento** del personale socio-assistenziale. Difficoltà che emergono anche in questa indagine. Anzitutto vi sono ragioni, per così dire, “strutturali”, dovute alle **condizioni lavorative** stesse, dipendenti da dinamiche più generali riguardanti il mercato del lavoro con le sue logiche: il rapporto fra il numero degli assistenti e quello dei pazienti; i turni troppo faticosi; gli stipendi bassi; la distanza dal luogo di lavoro. Allo stesso tempo vi sono criticità specifiche dovute al **profilo** dei lavoratori: le attività da svolgere sono delicate e spesso gravose, e la formazione professionale risulta di frequente carente. In sostanza, si ha il problema della **mancanza di formazione adeguata**, cioè **specificata**, focalizzata sull’assistenza socio-sanitaria.

Per ovviare a queste difficoltà, le organizzazioni assistenziali coinvolte in questo studio (in misura rilevante tanto quelle di natura privata quanto quelle pubbliche) avviano corsi appositi, ricorrendo spesso ad enti esterni. In questi casi, vengono attivate varie forme di collaborazione, spesso realizzando sistemi di formazione misti, in cui sia le strutture assistenziali che gli enti formativi erogano prestazioni, realizzando differenti tipi di attività (dai corsi indirizzati al personale sanitario a seminari di formazione su temi specifici). Tali rapporti, è bene sottolinearlo, appaiono frequenti: la netta maggioranza dei responsabili degli enti di formazione che hanno risposto al secondo questionario, ha infatti dichiarato di essere stato contattato da realtà assistenziali (tanto pubbliche quanto private).

In definitiva, le carenze a livello della formazione rappresentano senza dubbio uno degli aspetti di maggior risalto dell’indagine, che andrebbe investigato anche in combinazione al dato sull’**età dei lavoratori**, cosa che potrebbe rivelare corrispondenze interessanti³⁴.

Inoltre, l’**invecchiamento della forza lavoro** stessa rappresenta un ulteriore ostacolo che trova conferma nella nostra indagine. Quasi la metà dei lavoratori nelle strutture assistenziali rispondenti ha infatti un’età superiore ai **46** anni. Dato che ormai la soglia dell’età pensionabile è fissata attorno ai 65/67 anni, ciò significa che nel giro di un ventennio ci si troverà presumibilmente di fronte alla necessità di operare un ricambio (*turn-over*) rilevante.

4.2. Difficoltà specifiche *con* i lavoratori migranti

Per quanto riguarda le **strutture assistenziali**, si rileva in generale una **scarsa propensione ad assumere migranti e rifugiati**. Occorrerebbe indagare ulteriormente se la ragione di ciò vada individuata in un atteggiamento di indisponibilità *a priori* verso tali categorie (e nel caso dovuta a cosa: mancanza di fiducia, basso livello di formazione, pregiudizio, ecc.) o più semplicemente a una

³⁴ Ciò non è stato previsto in questa fase, ma si potrebbe ipotizzare che il personale più anziano sia tendenzialmente meno qualificato di quello più giovane.

scarsità quantitativa e/o qualitativa dal lato dell'offerta (le cui ragioni e caratteristiche, anche qui, andrebbero studiate).

Senza dubbio, per il reclutamento risulta indispensabile una generale "preparazione di base", che trova i suoi pilastri nella competenza linguistica e nella capacità di agire in un contesto culturale diverso da quello di provenienza. Difficoltà dell'uno o dell'altro tipo vengono infatti segnalate pressoché da tutti i rispondenti.

Una considerazione sulla **provenienza** dei lavoratori migranti pare opportuna: guardando al *target* del progetto HERO – lavoratori provenienti da paesi dell'Africa settentrionale e dell'Asia –, si vede che il peso dei primi (ma anche di quelli dei paesi dell'Africa centrale) è rilevante, mentre risulta sporadica la presenza di persone di origine asiatica: si tratta, in entrambi i casi, di contesti socio-culturali molto differenti rispetto ai paesi europei, soprattutto nell'ambito dell'influenza delle tradizioni religiose e dei ruoli all'interno della famiglia e di genere. In questo senso, le **difficoltà** riscontrate dal punto di vista **linguistico/comunicativo** e **culturale** non dovrebbero sorprendere, ma essere considerate pressoché "fisiologiche". Una riflessione analoga potrebbe forse essere fatta per le difficoltà registrate rispetto alla comprensione delle **metodologie assistenziali** e alla percezione delle **metodologie di lavoro**: in tutti questi casi interventi mirati nelle fasi della formazione potrebbero dare risultati degni di considerazione.

Sembra allora rilevante il fatto che la maggioranza delle organizzazioni assistenziali rispondenti **non svolga attività di formazione dirette in maniera specifica** ai propri lavoratori di origine straniera. Solo in due casi, infatti, si registrano attività finalizzate alla comprensione e comunicazione linguistiche. Tale realtà si scontra peraltro con la quasi unanime opinione relativa al fatto che proprio le attività specificamente indirizzate ai lavoratori migranti e rifugiati faciliterebbero l'accoglienza di costoro nelle strutture stesse.

Per quanto riguarda gli **enti formativi**, la maggioranza dei rispondenti ha dichiarato di aver svolto attività dirette specificatamente a personale straniero, in percentuale significativa migrante o rifugiato. Anche in questo caso, le **difficoltà linguistiche** sono quelle registrate con maggior frequenza, insieme alla **conoscenza della funzione e del sistema di lavoro**: quest'ultimo dato richiama l'attenzione sulla necessità di far comprendere a lavoratori provenienti da contesti tanto differenti la strutturazione stessa e gli scopi delle organizzazioni in cui sono impiegati. Si può infatti ipotizzare che tale comprensione faciliterebbe ulteriormente il loro inserimento ed eviterebbe forse anche alcune delle difficoltà che si manifestano in ambito linguistico e culturale, ma che sono dovute in sostanza all'incomprensione dell'organizzazione del lavoro⁴.

Tale ipotesi trova sostegno anche nella necessità, unanimemente condivisa tra i responsabili degli enti formativi, di **svolgere ricerche relative alle necessità di migranti e rifugiati in ambito formativo**. Anche qui, tuttavia, il fatto che soltanto due delle organizzazioni rispondenti abbiano dichiarato di

avere effettivamente condotto ricerche, rappresenta un ulteriore elemento che spinge a considerare il progetto HERO di particolare rilevanza.

Inoltre, la maggioranza dei rispondenti ritiene importante organizzare corsi di lingua e relativi alla terminologia specifica, e una percentuale ancor più alta di corsi **che facilitino l'integrazione dei lavoratori nell'ambiente sociale e professionale**.

In conclusione, i risultati dei due questionari sembrano suggerire che la necessità di lavorare sulla comunicazione, sull'istruzione linguistica e sulla terminologia specifica, seppur fondamentale, da sola non può essere sufficiente, nella misura in cui sfugge ai lavoratori il senso stesso e i meccanismi dell'azione professionale e della macchina organizzativa alle sue spalle.

4.3. Difficoltà specifiche *dei* lavoratori migranti

Il terzo questionario, nonostante l'esiguità del numero dei rispondenti, permette però di ottenere quantomeno qualche spunto di riflessione rispetto alle difficoltà e ai problemi incontrati dai lavoratori migranti nell'ambito socio-assistenziale. Anche perché, nonostante non possa essere considerato rappresentativo, il gruppo dei rispondenti sembra essere caratterizzato da un certo 'equilibrio' dal punto di vista anagrafico (due sotto i 25 anni, una 40enne e due *over* 50) e rispetto al genere (tre donne e due uomini) e alla provenienza (paesi africani).

In più aspetti i soggetti hanno **caratteristiche simili**: provengono tutti da paesi nei quali l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali è sostanzialmente riservato a chi possa permettersi di pagarle; **hanno imparato abbastanza bene l'italiano**, grazie anche alla frequenza di corsi di lingua – un aspetto che denota anche il fatto che tutti siano stati coinvolti, in un modo o nell'altro, in **programmi o progetti di inclusione messi a disposizione dallo Stato** (enti formativi, amministrazioni comunali, in un caso anche un privato); **lavorano** o lo hanno fatto fino a tempi recenti; sono **riusciti a superare le difficoltà** incontrate durante la loro esperienza lavorativa.

Per altri aspetti, invece, vi sono **differenze** evidenti: la loro **condizione** di rifugiati/migranti (status), come pure l'**età**; i **percorsi di studio** (da pochi mesi o un anno, fino a 15 anni) ed il tipo di **formazione** ricevuta; l'**ambito di lavoro** (RSA, assistenza domiciliare, trasporto dei malati); le **difficoltà** esperite **all'inizio** e poi successivamente **nel corso della loro esperienza lavorativa**, insieme al **modo di superarle**; le **difficoltà** incontrate **durante la formazione**.

Se varie risposte lasciano dunque trasparire una certa varietà di esperienze, allo stesso tempo vi sono elementi indicati da più di un rispondente. Trattati comuni ai cinque intervistati sono: le differenze culturali e i pregiudizi riscontrati nei datori di lavoro; l'influsso negativo della crisi economica sul loro percorso formativo e lavorativo; il fatto che l'esperienza accumulata nel tempo (in una forma o nell'altra) sia stata decisiva per superare le difficoltà iniziali; la frequenza di corsi per assistenti socio-sanitari.

4.4. Punti di forza e di debolezza del questionario

La somministrazione di due questionari, diretti rispettivamente alle organizzazioni assistenziali e a quelle formative, ha permesso ai ricercatori di focalizzare, già in fase di costruzione della *survey*, l'attenzione sulle problematiche e i temi di interesse del progetto HERO. In fase di analisi dei risultati, inoltre, si è potuto ulteriormente concentrare l'attenzione sul punto di vista specifico delle organizzazioni socio-assistenziali in un caso, e su quello degli enti di formazione nell'altro. Non per questo sono stati sottovalutati i punti di comune interesse delle due prospettive: un pericolo scongiurato mantenendo una struttura sostanzialmente analoga nei due questionari (vedi la sezione dedicata alla metodologia). In questo senso, si ritiene che la scelta di sdoppiare il questionario originario abbia permesso un approccio più organico all'analisi delle questioni relative al reclutamento e all'attività lavorativa di migranti e rifugiati in ambito socioassistenziale.

Questo studio costituisce una delle poche ricerche svolte in Italia sull'impiego di personale immigrato e rifugiato nel settore della cura e dell'assistenza, specialmente in ambito formale (cioè in ospedali, case di riposo e RSA). La maggior parte dei lavori svolti sinora si concentrano infatti sull'accesso dei migranti ai servizi sanitari (dunque quali pazienti/utenti) e sull'impiego di migranti nel settore delle cure informali a domicilio (le cosiddette/i cosiddetti "badanti"). Ancora più ristretto è il numero di studi che si focalizzano sui rifugiati impiegati nel settore della cura alla persona. Quindi, questo studio fornisce i primi input per disegnare successive ricerche che approfondiscano la tematica sia in Italia che in Europa. Da questo studio inoltre, si acquisiscono informazioni utili per poter strutturare e organizzare percorsi formativi per migranti e rifugiati, che tengano conto dei bisogni sia dei discendenti sia dei datori di lavoro.

Per quanto riguarda i punti deboli dell'indagine, non possiamo ignorare anzitutto l'esiguità del campione, che non permette nessuna generalizzazione dei risultati. La scarsa numerosità del campione non ha permesso analisi di genere in un settore come quello della cura, fortemente caratterizzato dalla componente femminile. Inoltre, in fase di analisi dei risultati, ci si è resi conto di non aver dato spazio alla legittima e dovuta attenzione alle caratteristiche specifiche del contributo dato da immigrati e rifugiati nell'ambiente di lavoro e al tipo di aiuto fornito alle persone anziane con bisogni assistenziali. In altre parole: sarebbe stato opportuno inserire almeno una domanda sul "valore aggiunto" di personale e colleghi con un background migratorio e spesso appartenenti a culture che tengono in grande considerazione la cura degli anziani (in quali ruoli, compiti, situazioni, i lavoratori migranti o rifugiati emergono? In cosa si differenziano positivamente rispetto ai colleghi italiani? In quali aspetti la loro azione si caratterizza in maniera più spiccata? In quali risulta particolarmente sorprendente?).

Un altro limite dello studio consiste nell'adozione di una *survey* online, metodo di raccolta dati imposto dalla pandemia in corso al momento dello studio, e dalle misure di distanziamento fisico ad essa collegate. I questionari rivolti a migranti e rifugiati hanno risentito in particolar modo di questa modalità di indagine, che non ha permesso di stabilire una relazione di fiducia e di somministrare un maggior numero di domande aperte: elementi che avrebbero agevolato lo scambio linguistico, la comprensione degli argomenti e la ricchezza dei contenuti raccolti.

Infine, l'ultimo limite dello studio è non aver incluso nella *survey* gli anziani e i loro *caregiver* familiari come primi destinatari dell'assistenza fornita dal personale migrante. Per questo si incoraggiano altri studi che raccolgano anche le opinioni degli anziani.

4.5. Riflessioni dal confronto con la letteratura e suggerimenti per la formazione

In Europa in generale e dunque in Italia manca un quadro esaustivo della situazione dei migranti e dei rifugiati impiegati nell'ambito delle cure formali dirette agli anziani non autosufficienti, che fornisca dati sia sulla numerosità e le caratteristiche demografiche sia su bisogni formativi e difficoltà incontrate nei percorsi formativi e lavorativi.

Dal confronto con la letteratura, lo studio conferma che l'impiego di immigrati e rifugiati da parte di enti assistenziali è una pratica consolidata per far fronte alla scarsa offerta di lavoro tra i nativi, a causa di turni di lavoro pesanti e salari bassi. Nonostante questo, alcuni datori di lavoro esprimono delle perplessità nei confronti di immigrati e rifugiati, spesso a causa della mancanza di una cultura aziendale e di una buona conoscenza della lingua locale.

Le difficoltà riscontrate dalle organizzazioni assistenziali rispetto a pregiudizi e stereotipi espressi dai pazienti non dovrebbero essere sottovalutate. In questo senso, tali strutture potrebbero forse pensare di organizzare momenti specifici di incontro e scambio fra l'utenza e gli operatori socio-sanitari, al fine di prevenire situazioni di conflitto e di mancato intendimento.

Dal lato degli enti di formazione, lo studio conferma la difficoltà nel riconoscimento dei titoli di studio acquisiti nel paese d'origine e nell'identificazione dei bisogni formativi di migranti e rifugiati, oltre alla necessità prioritaria di fornire da subito una formazione linguistica.

Al tempo stesso le ricerche disponibili mettono in luce alcuni elementi evidenti: il **contributo di migranti e rifugiati è crescente** in termini quantitativi, e questa tendenza è destinata all'aumento; i **contesti di origine** giocano un ruolo fondamentale nel determinare la loro inclusione – in questo senso monitorare l'afflusso dai differenti paesi (che a sua volta dipende da dinamiche più generali) darebbe indicazioni importanti ai fini della modulazione dell'offerta formativa; l'**informalità del lavoro** rappresenta un ostacolo rilevante non solo per l'attuazione delle politiche sociali, ma anche per rendere il contributo dei lavoratori efficace. Per le stesse ragioni, andrebbe studiato attentamente (tanto dagli attori politici/amministrativi quanto dagli enti di formazione e di quelli di assistenza) il

fatto che, in **Italia** in particolare, il **lavoro svolto dentro le mura domestiche** risulta di proporzioni rilevanti, con un forte coinvolgimento da parte delle **donne**. Progettare interventi formativi professionalizzanti per le *migrant care worker* (le cosiddette “badanti”) permetterebbe loro di aspirare ad un impiego presso ospedali e case di cura e fuggire così dalle maglie di un lavoro sottopagato e spesso non adeguatamente contrattualizzato.

La nostra indagine, per quanto limitata, rispecchia la forte componente di lavoratori migranti provenienti dall’Africa settentrionale e centrale in Italia. Rispetto al nostro paese dunque, appare prioritario focalizzarsi anzitutto su quelle **categorie** il cui **afflusso appare crescente** (migranti provenienti da nord Africa e subcontinente indiano) per rilevarne le caratteristiche peculiari e i bisogni e le difficoltà specifiche.

La dimensione del **genere** dei lavoratori migranti non è stata qui investigata. Sicuramente tuttavia è importante che il *training* preveda momenti dedicati alle problematiche specifiche delle **donne** ed alle **relazioni con i pazienti e i familiari** (nonché con il personale sanitario periodicamente coinvolto).

Rispetto alla formazione alle pratiche assistenziali in generale, due ulteriori considerazioni ci sembrano opportune. Da un lato, si potrebbe in futuro organizzare corsi e occasione di formazione in generale su due livelli differenziati, concentrandosi da una parte sull’avviamento al lavoro socio-assistenziale, finalizzato alla formazione di figure “di base” come gli operatori socio-sanitari (OSS), e dall’altra sull’aggiornamento e la formazione complementare per le figure di livello avanzato come gli infermieri specializzati.

Inoltre sembra importante non soltanto che gli enti formativi e le organizzazioni del terzo settore progettino e realizzino corsi specifici, ma anche che questi vengano opportunamente pubblicizzati attraverso i media e l’attività delle istituzioni, dei centri per l’impiego e delle agenzie per il lavoro, nonché attraverso una attività capillare di *counselling* rivolta anche alle famiglie delle persone che necessitano assistenza.

Dal questionario rivolto ai lavoratori migranti, a suggerire la necessità di politiche (da parte delle istituzioni) e iniziative (*anche* da parte degli enti assistenziali e formativi) che possano **facilitare l’inserimento** di tale categoria nell’ambito socio-assistenziale, sono le difficoltà incontrate dai rispondenti dovute alle differenze culturali ed ai pregiudizi/stereotipi dei datori di lavoro. A queste vanno ad aggiungersi i problemi (forse meno diffusi ma comunque degni di attenzione) relativi alla terminologia specialistica utilizzata nei corsi di formazione e al riconoscimento dei titoli e delle qualifiche di cui i lavoratori siano già in possesso.

Se l’importanza e la necessità dei **corsi di formazione in ambito assistenziale** sono già note e evidenti, le risposte sembrano suggerire che in alcuni casi chi arriva a prestare assistenza – quantomeno in ambito familiare – lo faccia senza una preparazione adeguata. In questo senso, sembra

necessario attivarsi da un lato per intercettare tutti i soggetti potenzialmente interessati a prestare la propria opera in questo ambito, e dall'altro per coinvolgere coloro che già lo facciano. In un paese in cui, come abbiamo accennato all'inizio, l'informalità nel settore assistenziale ha un peso rilevante, ciò può essere considerato forse non soltanto una necessità, ma addirittura un'urgenza.

Sempre in relazione alla formazione, le **tecnologie e gli strumenti digitali** vengono presumibilmente già utilizzati con frequenza e sembrano riscontrare, da parte dei migranti, un'accoglienza favorevole. Per questo, implementarne l'uso a più livelli potrebbe contribuire a raggiungere un numero sempre più ampio di utenti, permettendo una partecipazione più diffusa, continua (anche se a distanza) e ripetuta nel corso del tempo. A beneficio dei lavoratori, ma anche (e soprattutto) degli utenti.

5. CONCLUSIONI

L'Italia è un paese con un'alta percentuale di popolazione anziana che presentano bisogni assistenziali a lungo termine, e con una bassa percentuale di giovani e adulti impiegati nel settore sanitario. Migranti e rifugiati sono una risorsa importante che attualmente viene utilizzata, e a volte sfruttata, quasi esclusivamente nel settore informale dell'assistenza sanitaria agli anziani dove i migranti vengono assunti principalmente come assistenti conviventi, con basso reddito e condizioni di lavoro inique. Ciò è dovuto anche alla mancanza di formazione formale, semi-formale e informale nelle pratiche di assistenza agli anziani e al mancato riconoscimento delle qualifiche acquisite nei paesi di nascita o di origine. Infatti, i pochi corsi per operatori sanitari erogati in Italia non prevedono contenuti e metodologie didattiche adatte a migranti e rifugiati. Questo studio ha messo in evidenza che tali corsi, per essere efficaci, dovrebbero insegnare la lingua del paese ospitante e il linguaggio tecnico assistenziale e sanitario; la cultura del paese ospitante e la cultura lavorativa e organizzativa delle strutture sanitarie per anziani. Inoltre, essenziale sarebbe l'inserimento di moduli specifici sull'invecchiamento e sulle malattie più comuni legate all'invecchiamento nel curriculum generale.

In fine, la formazione dei migranti dovrebbe essere supportata da leggi, linee guida e accordi formali tra enti governativi, ONG, enti educativi e organizzazioni sanitarie per garantire la continuità del processo di accoglienza, formazione, lavoro e integrazione sociale dei migranti.

L'acquisizione di conoscenze e competenze appropriate nel settore della cura agli anziani e equie condizioni lavorative si ripercuoterebbero positivamente nella relazione con i pazienti e gli assistiti, garantendo la qualità della cura agli anziani in ospedale, in struttura protetta o a domicilio.