Associazione
Ires
Lucia Morosini

COMPAGNIA di San Paolo

IL LAVORO DI CURA DEGLI STRANIERI NELLA SANITA'

Il mutamento dell'organizzazione del lavoro
negli ospedali
per gli infermieri e per gli infermi

A cura di
Gruppo di ricerca sui temi dell'immigrazione
dell'Ires L. Morosini

Dicembre 2008

CGIL PIEMONTE

Questa ricerca è stata realizzata grazie al contributo della Compagnia di San Paolo



Il rapporto di ricerca è stato curato dal gruppo di ricerca sui temi dell'immigrazione dell'Ires L. Morosini:

Carol Brentisci
Francesco Ciafaloni
Alice Colombo
Serena Palli
Amedeo Rossi
Giovanna Spolti

INDICE

Introduzione *di Francesco Ciafaloni*---------- ----4

Nota metodologica *di Giovanna Spolti* ---------- --12

Il quadro quantitativo: alcuni dati di contesto del
sistema infermieristico locale *di Giovanna Spolti* ---------- --13

L'invecchiamento della popolazione infermieristica.
Alcuni aspetti quantitativi *di Giovanna Spolti* ---------- --22

La formazione professionale degli infermieri ed OSS e
la presenza di immigrati *di Amedeo Rossi e Alice Colombo* ---------- --30

I canali di reclutamento e l'inserimento lavorativo
degli stranieri *di Serena Palli e Amedeo Rossi* ---------- --46

Le esternalizzazioni di servizi infermieristici *di Carol Brentisci,* ---------- --61

Condizioni di lavoro *di Carol Brentisci, Alice Colombo e Serena Palli*---------- --86

Ruolo e rapporti del sindacato nella sanità *di Giovanna Spolti*---------- 102

Conclusioni *di Amedeo Rossi* ---------- 113

Introduzione *di Francesco Ciafaloni*

Tutti gli aspetti di cui la nostra ricerca si occupa – formazione infermieristica, organizzazione del lavoro degli ospedali, esternalizzazione, differenze tra pubblico e privato, funzione, condizioni di lavoro e gerarchia degli infermieri, situazione delle case di cura, dell'assistenza domiciliare e degli ospedali, numero degli stranieri – sono cambiati radicalmente negli ultimi anni. E così sono cambiati il modo dell'arrivo, il reclutamento, l'inserimento degli infermieri stranieri, per ragioni economiche generali, legislative, di mercato del lavoro, di organizzazione dell'intermediazione.
Per riuscire a dare tutte le risposte alle domande che ci siamo posti, alla luce dei problemi umani e sindacali da cui siamo partiti, dovremmo produrre un film, non una fotografia. E per giunta un film diverso da un luogo all'altro perché conta non solo la concentrazione della popolazione piemontese nell'area metropolitana di Torino, ma anche la vicinanza alla Lombardia e il particolare invecchiamento della popolazione, e quindi la percentuale di immigrati, particolarmente alta, del Piemonte orientale.
Dovremmo in sostanza fornire, come fatti – di cui le testimonianze ricostruiscono le cause, gli effetti, le prospettive – le serie dei laureati degli istituti di formazione, debitamente suddivisi tra stranieri e italiani e per classi di età, le serie degli iscritti agli albi, suddivisi per nazionalità e classi di età, le serie dei dipendenti, infermieri professionali, generici residui, OSS e OTA negli ospedali pubblici e privati, le serie degli interinali e dei dipendenti di cooperative.
È quello che cerchiamo di fare, nella misura del possibile.
Ma serie complete con la disaggregazione necessaria non sono accessibili; forse non esistono. E, se esistessero, non basterebbero in ogni caso perché per loro natura incoerenti. Per esempio, gli infermieri professionali iscritti in una sede possono ovviamente lavorare in tutta Italia. I dipendenti di una cooperativa con sede a Frosinone notoriamente lavorano in tutta Italia. Cliniche private piemontesi appartengono a catene lombarde. Nella fase di transizione, che forse ha avuto il massimo prima dell'ingresso della Romania nella UE, la classificazione dei lavoratori immigrati per tipologia – interinali, dipendenti di cooperative, lavoratori autonomi, infermieri iscritti a studi associati – dipendeva sostanzialmente da decisioni dell'ente che li intermediava, formalmente o informalmente, e che poteva anche usare lo stesso lavoratore in più di una categoria. Senza contare i doppi lavori, regolari e in nero, i lavori all'estero o in province diverse.
Insomma il film completo non può esserci.
Possiamo però fornire delle coordinate generali, uno schema dei flussi e delle cause dei flussi, come emergono dai dati che abbiamo e dalle testimonianze, in cui inserire i quadri organizzativi generali e di singoli ospedali, le vicende specificamente migratorie, le storie di vita.
I punti fermi sono i mutamenti legislativi ed organizzativi, i dati disponibili, le testimonianze.

L'antefatto

Il sistema sanitario italiano, alla formazione e per un paio di decenni, si regge su un alto numero di medici – il più alto al mondo in percentuale – che svolgono funzioni di cura e di comando e un basso numero – tra i più bassi al mondo in percentuale – di infermieri, gerarchicamente dipendenti dai medici, che svolgono funzioni di cura e di fatica, relativamente giovani.
Il numero dei medici in attività, dentro e fuori il Sistema sanitario nazionale, viene ritenuto pericolosamente alto. Pericolosamente forte viene ritenuta la spinta all'ingresso nella professione medica. Perciò le facoltà di medicina sono le prime, e a lungo le uniche, facoltà in Italia ad avere barriere all'ingresso.
Del resto i medici hanno una storia millenaria di deontologia e una storia secolare di regolamentazione dell'Ordine difficilmente imitabile dagli infermieri. Quella tra i medici – che fanno la diagnosi, la prognosi e definiscono la terapia; che decidono se e in che forma il malato è malato e cosa bisogna fargli – e gli infermieri – che assistono e aiutano in camera operatoria,

somministrano le terapie ed eventualmente aiutano il malato nelle necessità patologiche e fisiologiche – è una divisione netta, difficile da scavalcare Del resto anche quella dell'alto numero dei medici e del basso numero di infermieri è un'eredità del passato molto difficile da modificare. Corrisponde a una divisione del lavoro di fatto diversa, al di là delle parole, e ad interessi consolidati – come le attività private dei medici *intra* ed *extra moenia* – cui può corrispondere anche un parallelo doppio lavoro infermieristico.
La giovane età – e l'alta efficienza fisica – degli infermieri era dovuta alla possibilità di andare in pensione con pochi anni di lavoro nel pubblico impiego. Si entrava nella professione poco dopo i 18 anni, si poteva uscire dopo 20-25 anni di lavoro, a poco più di 40 anni.
Va detto, anche se non abbiamo fatto interviste specifiche su questo tema e se ne accenna solo nell'intervista al gruppo di delegati dell'ospedale pubblico di Ivrea, dove si parla di reparti aperti e chiusi – quelli di Ivrea sono aperti, cioè con l'accesso continuo delle famiglie – che non si può immaginare il funzionamento di un ospedale italiano senza i parenti che badano direttamente il malato nei momenti critici, danno la mancia all'infermiera di turno, pagano un'infermiera o una badante privata per fare le notti, aiutano, disturbano, brigano, commentano, cercano di ottenere la collocazione migliore, se occorre, pagando.
Un invalido per un incidente sul lavoro, marocchino, tenuto in coma farmacologico per vari mesi e poi dentro e fuori dal coma per un anno, parzialmente cosciente a lungo e poi senza memoria a breve per sempre – si ricorda di sua madre, morta vari anni fa, ma non ti riconosce a un giorno di distanza – ha avuto l'assistenza continua di molti connazionali e qualche amico per mesi. Senza non sarebbe sopravvissuto perché si strappava flebo e catetere e legato si faceva male. L'ospedale, uno dei grandi ospedali di Torino, non riesce a badare 24 ore su 24 uno così – e sono tanti, per incidenti automobilistici e sul lavoro. Ci badano i parenti. È una criticità futura perché tra un po', per ragioni demografiche, cominceranno ad arrivare quelli senza parenti.
I primi scossoni al vecchio equilibrio li hanno dati l'allungamento del periodo minimo di lavoro per la pensione nel pubblico impiego, che ha aumentato l'età media alzando l'età all'uscita, e la laurea infermieristica, che l'ha aumentata alzando l'età all'ingresso di almeno tre anni, ma mediamente di più, dato che quella infermieristica non sempre è la prima opzione
Il trauma maggiore, temporaneo ma intenso, è stato prodotto dall'esigenza stessa di laurearsi per entrare nella professione. Per almeno tre anni non è entrato nessuno.
In quegli anni c'è stato il primo coinvolgimento dell'Ires CGIL nello studio della formazione infermieristica, perché c'è stato il primo ricorso agli stranieri come infermieri generici, insieme al primo arrivo importante di pazienti stranieri, e ci sono state chieste ore di formazione interculturale, come si dice, per le infermiere italiane e di formazione giuridico-pratica o come mediatori culturali per le infermiere, o addette, straniere.

I flussi e le criticità oggi

Non siamo in una situazione stabile. Non è concluso il periodo di transizione dall'organizzazione in cui l'infermiere lavora alle dipendenze del medico a quella in cui l'infermiere ha compiti autonomi ed una prospettiva nella carriera dirigenziale e non nel pensionamento.
Del M., già infermiere e dirigente infermieristico, oggi – al momento dell'intervista – vicepreside della facoltà di scienze infermieristiche alle Molinette, dice:

> *"Fino a prima del '94, quando sono usciti i profili professionali, e nel '99, con la legge 42 sull'autonomia, il medico era l'unico responsabile, anche della parte assistenziale infermieristica. Oggi nei fatti comincia ad esserci una differenza, perché la responsabilità dell'assistenza è dell'infermiere e non del medico. Questo sta mettendo in discussione chi è il vero responsabile della salute del paziente. La situazione è molto diversificata: in alcuni casi la responsabilità*

dell'infermiere è chiara, in altri casi persiste la vecchia impostazione, per cui il medico, indipendentemente dalla legge, continua ad essere responsabile di tutto.*"*

E aggiunge:

> *"Da una professione totalmente deresponsabilizzata si passa ad una di responsabilità. Questo cambia l'organizzazione del lavoro. Si stanno riorganizzando i servizi infermieristici, anche con la direzione da parte delle stesse figure professionali. È un'assunzione di responsabilità, anche dal punto di vista dirigenziale. C'è l'infermiere che si occupa della persona, poi c'è il coordinatore di unità operativa, che ha prevalentemente ruolo e competenze organizzative, avendo ben presente come stanno le persone assistite."*

È una trasformazione non ancora completa, però:

> *"A medio e lungo termine la situazione sta cambiando, non è così immediato, e l'organizzazione è ancora pesantemente quella di alcuni anni fa. Storicamente certe funzioni le ha fatte in medico e continua ancora a farle in molti casi. Credo che ci sia ancora un aspetto che frena il cambiamento: storicamente gli infermieri hanno garantito che nel reparto il servizio funzionasse dal punto di vista organizzativo, perché sono lì 24 h. al giorno e sono gli unici che possono garantire che il reparto vada avanti. Questo stride con il nuovo mandato degli infermieri, cioè di occuparsi in modo diverso dei malati."*

Malgrado l'aumento dell'età pensionabile, che ha allontanato le uscite, il flusso degli infermieri laureati è largamente insufficiente a coprire le uscite.
Negli ultimi anni la capacità del sistema formativo si è moltiplicata:
Secondo quanto ci ha detto un responsabile di un'importante agenzia di lavoro interinale, nel 2003 i formati sono stati 170, mentre nel 2007 siamo arrivati a circa 700. In effetti si è passati da una situazione in cui era coperto 1/5 della domanda ad una in cui è coperta la metà.
Ma, nonostante l'importazione massiccia, non è detto che ci si avvii a una situazione soddisfacente.
Si accumulano problemi e tensioni. Nessuno degli intervistati, dirigenti infermieristici, esperti, avvocati, sindacalisti, pensa che ci sia una soluzione unica, per la condizione giuridica e pratica degli infermieri e per quello che devono saper fare ai vari livelli.
Al momento le instabilità maggiori sono:
a) Una carenza generale di infermieri professionali, in Italia, in Europa, nel mondo;
b) l'invecchiamento degli infermieri in Italia, che rende difficile prospettare soluzioni stabili, anche per la difficoltà di continuare a mantenere nel tempo l'efficienza necessaria;
c) la difficoltà nell'inserire le persone importate dall'estero nelle funzioni in cui sono necessarie sia ricorrendo all'assunzione diretta sia ricorrendo agli appalti e agli interinali.
Le figure chiavi che ci hanno illustrato questi aspetti dai loro, diversi, punti di vista, concordano in alcuni punti chiave, lasciano qualche incertezza su altri, fanno intravedere, o sostengono, soluzioni di medio periodo diverse.
I capitoli sulla formazione, sull'inserimento, i dati sull'invecchiamento, espongono, illustrando anche le differenze per territorio, le convergenze e le differenze.

Le carenze immediate.

Che ci sia una carenza forte ora, che si aggraverà di anno in anno se il quadro resta immutato, non è in dubbio.
Ora la situazione si regge grazie al ricorso agli straordinari ed ai salti dei turni di riposo, per il

perdurare di ruoli in esaurimento, per l'uso di interinali e liberi professionisti.
Se si dovessero coprire le ore in più prestate con assunzioni ordinarie, come si dovrebbe fare per rispettare i principi sostenuti con continuità dagli assessori Valpreda e Artesio, ci sarebbe bisogno di un paio di migliaia di nuove assunzioni). Un ex direttore IPASVI, attuale docente di scienze infermieristiche ci ha detto:

> *"Con gli attuali ritmi di crescita della popolazione infermieristica piemontese, al netto dello scarto neolaureati-pensionati, è inevitabile ricorrere al reclutamento diretto (assunzione da Paesi neo-comunitari) o indiretto (somministrazione) di personale straniero. Questa risorsa però non sarà disponibile a lungo sia per l'acuirsi della carenza di infermieri a livello planetario, sia perché è prevedibile che i paesi attualmente 'donatori' (Romania e Polonia in primis) avranno essi stessi gravi carenze determinata dal massiccio esodo dei propri infermieri; esodo che dovrebbe terminare col miglioramento delle condizioni economiche di quei paesi."*

Negli ultimi anni il numero di infermieri professionali iscritti all'IPASVI si è moltiplicato, proprio per rispondere alla domanda inevasa, anche se, per ovvie ragioni, non sono finiti fino a quest'anno, tra i dipendenti diretti ma sono diventati interinali, liberi professionisti, soci di studi infermieristici. Lo stesso intervistato già citato afferma:

> *"È evidente che ormai circa la metà degli ingressi nella professione infermieristica è costituito da infermieri stranieri. Solo 10 anni fa rappresentavano il 3%.… La componente di provenienza rumena da sola contribuisce per il 43% al totale degli stranieri." (Piccoli*)

Malgrado il numero degli stranieri, anche comunitari, presenti negli ospedali maggiori resti basso, è chiaro che in non molti anni il flusso in entrata, in varie condizioni contrattuali, si farà sentire.
Il punto di incertezza che resta nelle valutazioni quantitative comparate e si intravede quando si parla di prospettive future è se la definizione di infermiere nelle statistiche internazionali sia realmente la stessa, cioè se includa solo gli infermieri laureati o anche l'equivalente dei nostri vecchi infermieri generici, o dei possibili Operatori socio-sanitari specializzati, OSSS, che molti indicano come la possibile soluzione, o addirittura gli Operatori socio-sanitari, OSS.

L'invecchiamento

È uno dei problemi maggiori. Ben comprensibile perché riguarda molte professioni e dipende dallo stesso meccanismo.
Ne abbiamo già accennato nel primo paragrafo.
Al momento della creazione del Sistema sanitario nazionale gli infermieri possono cominciare la professione da diplomati, a poco più di 18 anni. Sono pubblici dipendenti e perciò possono andare in pensione con un numero di anni di contributi assai minore di quello dei dipendenti privati: 25 e, in caso di maternità, anche 20 anni.
Il lavoro è faticoso, le attrezzature tecniche per sollevare i malati non ci sono, compiti di pulizia e di fatica si sommano a quelli specificamente paramedici, la dipendenza dal medico è forte. Ma a 40-45 anni si può essere fuori, badare la famiglia, fare l'infermiere a domicilio regolarmente o irregolarmente a seconda della casella in cui si è finiti per caso.
È ben comprensibile che, con l'allungarsi della vita media, si sia alzata l'età di pensione e sia cresciuto il numero minimo di anni di contributi. Crescerà ancora perché nessun numero di immigrati con densità di popolazione ragionevole può mantenere il rapporto di fine secolo tra popolazione attiva e popolazione dipendente.
Ma non è che il sistema sia stabile. Nel privato dopo i 50 anni se si perde il lavoro non lo si trova più. Nel pubblico, anche se sono arrivati i sollevatori e le squadre di pulizia e gli OSS, non tutto

funziona dappertutto, perché porte e corridoi non sono a norma, e poi le generazioni attualmente al lavoro hanno passato la gioventù senza attrezzature e Operatori, per cui *"le loro schiene se lo ricordano"* (Ospedale pubblico di Ivrea). Per quanto riguarda gli OSS, buona parte di quelli attualmente presenti negli ospedali pubblici sono in realtà operatori non qualificati già in forza da molti anni presso le strutture e che sono stati riqualificati con corsi per OSS organizzati ad hoc. Quindi anche per loro vale il discorso fatto per gli infermieri: alta età media , con conseguente usura.
Crescono le *"*ridotte capacità lavorative*"*, le assenze per malattia, i *part-time*.
Si preannuncia un periodo in cui, ciclicamente, ci saranno ondate di assunti che entreranno in sostituzione di una generazione numerosa che si pensiona, e a loro volta riprodurranno nel tempo concentrazioni di anziani, con una media sempre alta, però, perché oggi non si entra più a 19 anni, ma almeno a 22, senza contare i ritardi e gli ingressi di chi sceglie la professione infermieristica come seconda opzione, come abbiamo già ricordato.

I percorsi di inserimento degli stranieri

Gli infermieri sono la prima professione di cui ci sia una carenza strutturale in Italia. Questa è perciò la prima immigrazione qualificata che entra con canali specifici e una specifica regolamentazione.
In effetti anche le badanti hanno avuto un canale privilegiato e sono state le uniche figure che siano entrate in Italia regolarmente fino alla Turco-Napolitano e ai decreti flussi, che però di fatto regolarizzano, in parte, i già presenti.
Le badanti però, comunque le si definisca, sono assunte dalle famiglie, con il passaparola e la catena migratoria che seleziona le persone. Gli infermieri hanno un titolo di studio, una pratica, un ordine, una retribuzione maggiore, devono avere un alloggio perché non abitano presso la persona badata. La rete che si forma è diversa.
La formazione della rete avviene però in un ambiente di immigrazione irregolare di massa che rende tutto il quadro più complicato e drammatico, almeno all'inizio.
L'intermediazione dell'immigrazione professionale si crea dentro il flusso migratorio generale. Lo precede solo in qualche, limitato, caso.
Quando la carenza di infermieri si manifesta, in coincidenza con l'introduzione della laurea infermieristica, l'immigrazione è già in atto e c'è la prevalenza della necessità o volontà di immigrare sulla necessità di assumere. La convinzione che i fattori di spinta – necessità di emigrare – prevalgano su quelli di attrazione – disponibilità di posti di lavoro – resta anche dopo che la situazione si è rovesciata, per ragioni demografiche, e in effetti di immigrati le aziende e le famiglie italiane hanno assoluto bisogno.
Inoltre, con l'eccezione di qualche diecina di migliaia di badanti in un decennio, l'Italia è un paese chiuso. Non si può entrare legalmente.
Perciò bisogna entrare illegalmente, pagarsi il passaggio, pagare intermediari, corrompere doganieri, funzionari di ambasciata e poliziotti.
La quasi totalità degli immigrati in Italia, salvo le già dette badanti e i famigliari ricongiunti dopo la Turco-Napolitano, entrano pagando una tangente o contraendo un debito.
In questo secondo caso sono lavoro vincolato: non possono abbandonare il lavoro, legale o paralegale, che svolgono, prima di avere restituito il debito.
Il debito non rifonde una spesa realmente e sostenuta e controllabile, include il sostentamento durante il viaggio e all'arrivo, qualche volta l'alloggio e il vitto per anni. È tanto maggiore quanto più è retribuita la professione per cui si è stati importati.
Le ragazze importate dalla Nigeria per prostituirsi hanno un debito maggiore delle donne importate dalla Cina per fare cameriere nei ristoranti, anche se i percorsi, le tappe, i rapporti, sono altrettanto lunghi e, nella parte finale, identici. Solo che le cameriere guadagnano di meno.

Il flusso degli infermieri, dall'America latina, dall'Europa orientale, in piccola misura anche dall'Africa, è una corrente di questo grosso fiume.
Tutti devono pagare per entrare e scopriranno solo qui che cosa davvero riescono a fare.
Ci sono state infermiere ivoriane e nigeriane, in nero e non, prima della laurea infermieristica. E ci sono infermiere laureate peruviane che non si sono mai inserite stabilmente nella loro professione.
Poi, da 4-5 anni è cominciato il reclutamento delle infermiere da parte di agenzie di collocamento o comprando il nominativo, il curriculum, da agenzie di reclutamento locali, o aprendo agenzie di reclutamento proprie. Il già citato responsabile di un'agenzia di lavoro interinale ci ha raccontato:

> *"O. L. ha aperto la prima sede estera in Romania nel 2003 per reclutare personale per l'alta velocità e per la cantieristica navale, per cui mancavano le maestranze. Poi ha esteso agli infermieri. C'erano agenzie di reclutamento locali, che vendevano curricula. Ma c'erano anche agenzie miste, italo-rumene."*

L'eccezione è rappresentata dal reclutamento diretto in Europa orientale da parte di cliniche private torinesi immediatamente dopo la caduta del muro e l'apertura delle frontiere (intervista infermiera polacca). In questi casi la clinica ha incaricato un proprio inviato di reclutare le persone di cui aveva bisogno e ha curato il percorso di inserimento.
Sembra più frequente il percorso di altre infermiere, serbe, rumene, che sono state reclutate da agenzie locali e poi passate ad agenzie di collocamento italiane, con versamento di un contributo, di un anticipo, di una tangente, a seconda di come la si valuta, o senza versamento di contributo, che però, in un caso era stato richiesto
Le cifre di cui si parla sono dell'ordine di un paio di migliaia di euro.
Quando le agenzie torinesi si internazionalizzano, smettono di pagare le agenzie di reclutamento locali (si parla anche di 4.000 euro) e investono direttamente sul lavoratore. Sempre a proposito delle scelte di un'agenzia interinale, l'intervistato ha elencato le scelte fatte in materia di reclutamento:

> *"Dopo O. L. Romania è venuta O. L. Polonia. Facevano anche reclutamento e corsi di formazione all'estero, pagati dall'agenzia. Poi hanno aperto in Sudamerica: Brasile, Argentina, Perù. In Brasile sono entrati attraverso l'Università e il sindacato.*
> *Un problema è sempre stato il rapporto con le ambasciate italiane per il riconoscimento dei titoli, per potere poi fare l'equipollenza. Per le pratiche ci sono call center che funzionano otto ore l'anno. Da questo nascono le tangenti, perché tutti sono costretti a cercare di saltare la fila."(Z.)*

Il ruolo per lo più nefasto delle ambasciate italiane risulta da tutte le interviste per tutti i tipi di ingresso, dal ricongiungimento famigliare alla prostituzione.
Il tipo di flusso cambia a seconda della provenienza, delle retribuzioni nel paese di origine, delle prospettive:

> *"Dall'Argentina vengono soprattutto per tornare in Italia. Non c'è una selezione professionale positiva. Dal Perù il viaggio è molto costoso e il costo deve essere anticipato dall'agenzia. Si formano delle isole di provenienti dai vari paesi. Un esempio è l'ospedale di Asti, dove c'è un nucleo di peruviani.*
> *Gli alloggi sono affittati a nome dell'agenzia e i lavoratori li pagano un prezzo ragionevole, sui 250 euro a persona. Naturalmente si affittano alloggi quando si vincono gli appalti. Se si perde un appalto cambia il posto di lavoro ed è un problema.*
> *Si cerca di mettere insieme persone che vengono dallo stesso paese, che parlano la stessa lingua, possibilmente che si conoscano. Non si fa distinzione di sesso, ma si cerca di mettere insieme persone*

che hanno voglia di stare insieme. Ci sono casi di coppie di fatto che sono ben contente di coabitare; di gruppi, famiglie formali e informali, che sono anche unità economiche allargate." (Z.)

Il rapporto con l'agenzia sembra diverso per varie persone, e a seconda del punto di vista – infermiere o agenzia.
Parlando con le infermiere e con gli ospedali si ha un quadro vario. Ci sono agenzie o cooperative che non investono sul lavoratore, lo spostano senza preavviso, come è possibile per il contratto che hanno, cercano di guadagnare usandolo come tappabuchi.
Parlando con le infermiere si ha un quadro non roseo, ma umano, che corrisponde in parte a quello che dicono le agenzie: alloggi decenti, a prezzi decenti; difficoltà per il rischio di essere spostati, anche senza propria colpa, per il mutare delle normative,. per esempio per l'accesso ai concorsi delle infermiere cittadine dell'Unione.
È possibile che ci siano due comportamenti: quello delle agenzie e cooperative che cercano di fidelizzare il lavoratore, investono inizialmente in formazione, collocamento, alloggi, ma poi guadagnano sulla differenza tra ciò che l'ospedale paga a loro e ciò che loro pagano all'infermiere; quello delle agenzie e cooperative che cercano di arraffare ciò che possono fino a che il lavoratore non le molla.

La quadratura del cerchio

Le situazioni instabili non restano tali in eterno, anche se possono restarlo molto a lungo.
Cambia almeno la natura dell'instabilità.
Può durare a lungo l'oscillazione dell'anzianità nelle cliniche di cui abbiamo parlato.
Può durare a lungo l'importazione di persone da paesi non membri dell'Unione, col vantaggio della difficoltà dell'ingresso, della maggiore differenza retributiva, dell'ignoranza delle norme e quindi della debolezza dei lavoratori.
Possono crescere le difficoltà dovute alle differenze linguistiche, ma un'instabilità, un'oscillazione permanente è possibile.
Sembra meno possibile che perdurino senza patologie gravi altre instabilità: quella che deriva dalla carenza assoluta di infermieri e quella che deriva dall'irrisolta divisione del lavoro negli ospedali.
Nel primo caso sembra evidente che l'unica soluzione possibile è l'aumento del numero dei formati, su scala locale e mondiale.
Se nei paesi ricchi crescono i vecchi, i malati cronici, e le capacità di curarli, per cui invece di una crescente domanda di bare c'è una crescente domanda di infermieri, dovrebbe essere chiaro che ci saranno meno pompe funebri e più facoltà infermieristiche.
E se, ai prezzi attuali, non conviene frequentare tre anni di università per fare poi un lavoro sgradevole, faticoso, alla lunga insostenibile, vuol dire che i prezzi saliranno e ci saranno vie di uscita.
Ma è qui che il problema del reclutamento si intreccia con quello della divisione del lavoro e delle carriere e il problema smette di essere tecnico per diventare anche giuridico e politico.
È così sicuro che la carenza sia proprio di infermieri laureati, autonomi, gerarchicamente dipendenti solo da altri infermieri, oltre che dalla direzione sanitaria, e non, per esempio, di OSSS, di vecchi infermieri generici?
La via di uscita attraverso la carriera infermieristica non disegna un fatale percorso di moltiplicazione dei ruoli, dei livelli gerarchici, delle figure di controllo, delle figure di consulenza e di raccordo, con persone che l'infermiere lo fanno davvero per poco e persone che non riescono a schiodarsi dal reparto, fino all'età in cui devono entrarci come malati?
Non è un gruppo di ricerca che può dare risposte attendibili a domande come queste, che trovano risposta solo nelle dinamiche umane, economiche, dirigenziali, sindacali, del mondo

reale.
Noi possiamo solo testimoniare che molti a fare l'infermiere o a dirigere gli infermieri o a rappresentare gli infermieri o a dirigere la sanità ci passano la vita si pongono domande analoghe, o rappresentano una delle figure, uno degli interessi presenti nel quadro.
Le organizzazioni sindacali hanno ben presente i problemi, hanno seri motivi per temere la specializzazione di alcuni OSS, con conseguente caduta delle mansioni degli altri, e tentano di inventare uno sviluppo di funzioni, restando veri infermieri.
Possiamo augurarci che i problemi umani ed economici che si presentano siano affrontati esplicitamente e con chiarezza, in modo comprensibile a chi nella sanità lavora e a chi la sanità, purtroppo, deve usarla, e ha il diritto di capire quali sono i bivi realmente presenti, le scelte realmente possibili.

Nota metodologica *di Giovanna Spolti*

La ricerca i cui risultati verranno di seguito presentati è di tipo qualitativo. Lo strumento utilizzato nel percorso di indagine è stato soprattutto quello dell'intervista in profondità rivolta a soggetti coinvolti a vario titolo nel sistema sanitario delle province di Torino, Alessandria e Novara. Abbiamo comunque utilizzato anche alcuni dati quantitativi per descrivere il quadro generale che caratterizza la situazione della sanità italiana e piemontese.
Gli intervistati sono stati circa 60, circa metà intervisterei quali infermieri e OSS (Operatore Socio Sanitario) del sistema sanitario pubblico e privato, per la maggior parte lavoratori stranieri. Il reclutamento di questi intervistati è stato possibile sia attraverso canali sindacali che grazie a rapporti informali. L'altra metà delle interviste ha riguardato testimoni privilegiati di diverso ruolo e con competenze diversificate: direttori generali di ASL e ASO, dirigenti infermieristici, dirigenti e funzionari sindacali, avvocati che hanno seguono cause di lavoro in cui sono coinvolti infermieri, esponenti di agenzie interinali, responsabili e addetti alla formazione sia degli infermieri sia degli OSS.
Il periodo di rilevazione cominciato a ottobre 2007 si è concluso nel settembre 2008. Il numero di contatti avuti per raccogliere il suddetto numero di interviste è stato molto alto, in quanto sul versante dei lavoratori spesso abbiamo incontrato resistenze e timori che hanno preso il sopravvento, inibendo la disponibilità all'intervista. Abbiamo anche incontrato alcuni netti rifiuti, da parte di responsabili di cooperative che si occupano di servizi sanitari. Inoltre non è stato possibile coinvolgere liberi professionisti che gestiscono o coordinano gli associati agli studi professionali; la chiusura e la non disponibilità dimostrata è stata totale. Questo fatto ci ha molto rammaricato, ma ci ha anche permesso di intravedere in questo atteggiamento un segnale di opacità delle dinamiche e condizioni lavorative che si svolgono all' interno di alcune cooperative, agenzie interinali e studi professionali.

Come si vedrà in seguito, il quadro che è emerso dal nostro lavoro è molto differenziato ed alcuni aspetti richiederebbero sicuramente di un ulteriore approfondimento. Riteniamo tuttavia che alcune delle informazioni raccolte possano contribuire a delineare una realtà lavorativa ancora poco analizzata negli studi che si occupano di immigrazione.

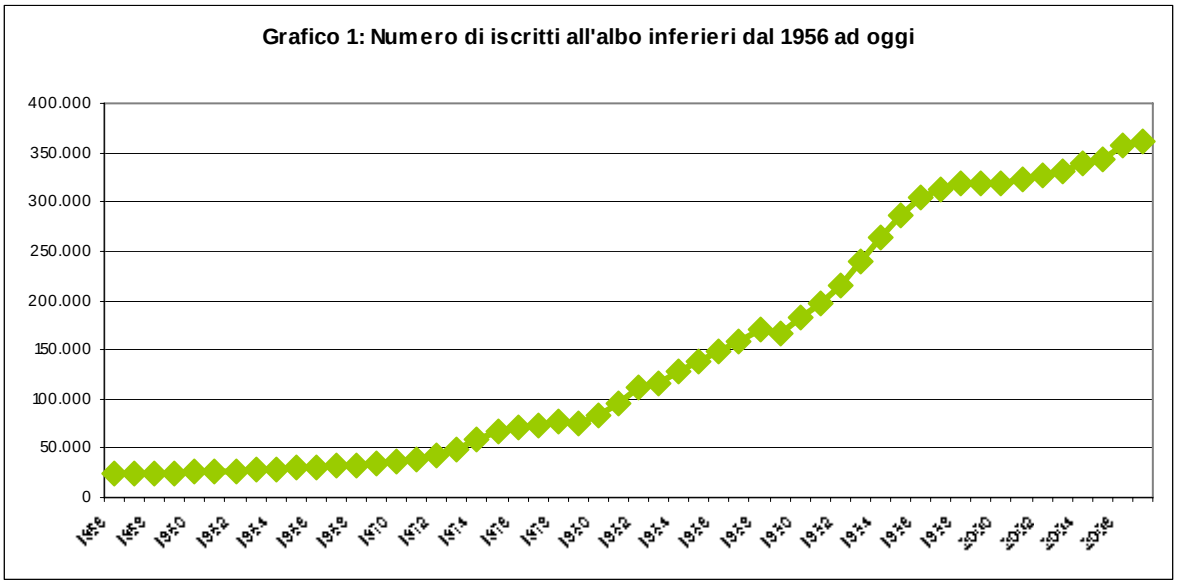
Ringraziamo tutti coloro che si sono resi disponibili a collaborare alla ricerca fornendoci le loro preziose testimonianze, grazie alle quali è stato possibile realizzare l'analisi che di seguito andiamo a descrivere. In particolare il nostro ringraziamento va ai lavoratori, italiani e stranieri, che, nonostante i ritmi di lavoro di cui daremo ampliamente conto nel corso del rapporto, hanno accettato di dedicarci una parte del loro ridotto tempo libero.

Il quadro quantitativo: alcuni dati di contesto del sistema infermieristico locale *di Giovanna Spolti*

L'obiettivo di questo breve capitolo di apertura è quello di ricostruire la dimensione del fenomeno dell'occupazione degli stranieri tra gli infermieri presenti nelle tre province nelle quali è stata condotta la nostra ricerca e di collocare il tutto in un contesto di riferimento regionale e nazionale.
Come spesso accade, nel tentativo di ricostruzione quantitativa di un contesto i dati a disposizione sono limitati perché spesso non vengono raccolti, oppure, come nel nostro caso, non vengono disaggregati al livello territoriale oggetto della ricerca. La scarsa presenza di dati territoriali disaggregati riguardanti le professioni e le provenienze nel mercato del lavoro limitala costruzione del quadro di riferimento all'utilizzo essenzialmente dei dati provenienti dalla Federazione dei Collegi IPASVI Nazionale e dai singoli Collegi provinciali locali.

Gli infermieri presenti in Italia secondo i dati IPASVI

La Federazione dei Collegi IPASVI è l'organismo che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani.[1] Essa coordina i Collegi provinciali, che tra i loro compiti istituzionali hanno quello della tenuta degli Albi professionali. Per esercitare la propria attività l'infermiere ha l'obbligo di iscrizione. I Collegi provinciali sono enti di diritto pubblico non economici, istituiti e regolamentati da apposite leggi (Dlcps 233/46 e Dpr 221/50).
La norma affida ai Collegi una finalità esterna e una finalità interna. La prima è la tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, senza pendenze rilevanti con la giustizia La seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'Albo, che il Collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, esercitando il potere tariffario, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale[2] In Italia i Collegi IPASVI sono 100. I primi si sono costituiti nel 1954 (legge 29 ottobre 1954, n. 1049)

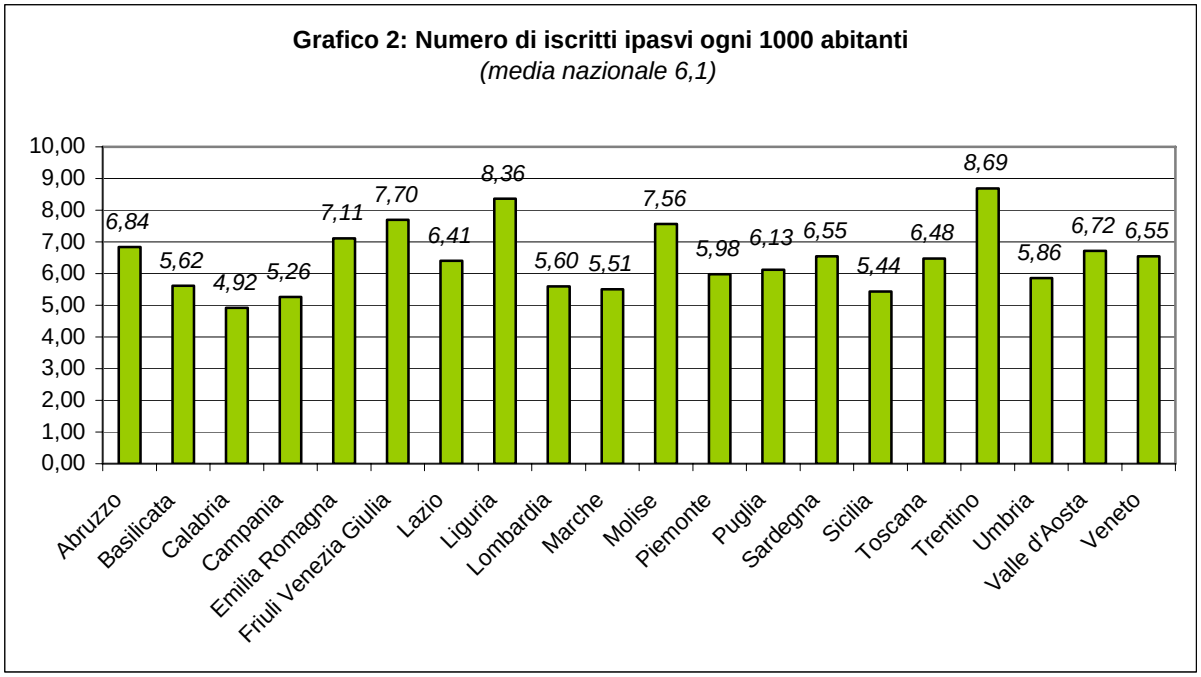


Fonte: Federazione nazionale IPASVI anno 2007 – www.IPASVI.it

[1] Si ricorda che presso i collegi Ipasvi hanno obbligo di iscrizione gli infermieri professionali, gli assistenti sanitari e le vigilatrici di infanzia. Più del 90% degli iscritti è costituito però dagli infermieri professionali.
[2] www.ipasvi.it

In poco più di 50 anni dalla loro istituzione, i Collegi hanno registrato un incremento esponenziale di iscritti: dai 23.000 del 1956 agli oltre 360.000 iscritti del 2007 sull'intero territorio nazionale.
Gli anni per i quali si registra una crescita maggiore sono i due decenni che vanno dal 1970 al 1980 e dal 1980 al 1990, che evidenziano una crescita pari al 120%. A questo proposito va considerato come fondamentale il fatto che due decreti, nel 1979 e nel 1982, hanno introdotto l'obbligo di iscrizione all'albo dei Collegi professionali (Tousijn, 2000). Dalla metà degli anni '90 la crescita delle iscrizioni rallenta fino ad arrivare agli anni 2000 dove si evidenzia una quasi totale stabilizzazione del numero di iscritti, con una variazione annua media dell'1,9%.
In Piemonte esistono 7 Collegi provinciali perché Novara e Verbania costituiscono un solo Collegio. Complessivamente il numero di iscritti agli IPASVI piemontesi è di 25.202 unità, di cui quasi la metà iscritta nel solo Collegio torinese.
Prima di entrare nel dettaglio, descrivendo la situazione numerica esistente della nostra regione e nelle tre province di riferimento, osserviamo che il numero di iscritti ad un determinato Collegio IPASVI non corrisponde al dato esatto relativo agli infermieri operanti su quel territorio. Infatti qualsiasi infermiere si può iscrivere al Collegio di una determinata provincia, più spesso quella di residenza o quella del primo impiego, ma in seguito può esercitare in un'altra provincia pur rimanendo in quota al Collegio in cui ha fatto l'iscrizione. Questo meccanismo rende i dati di fonte IPASVI un po' riduttivi e fuorvianti rispetto ai numeri reali di infermieri distribuiti sui vari territori. Detto ciò riteniamo comunque che siano un buon indicatore per ricostruire l'andamento del mercato del lavoro inerente alle professioni infermieristiche.

Grafico 2: Numero di iscritti ipasvi ogni 1000 abitanti
(media nazionale 6,1)



Fonte:- Dati IPASVI; federazione nazionale IPASVI anno 2007 – www.IPASVI.it
- Dati di popolazione: Istat anno 2007

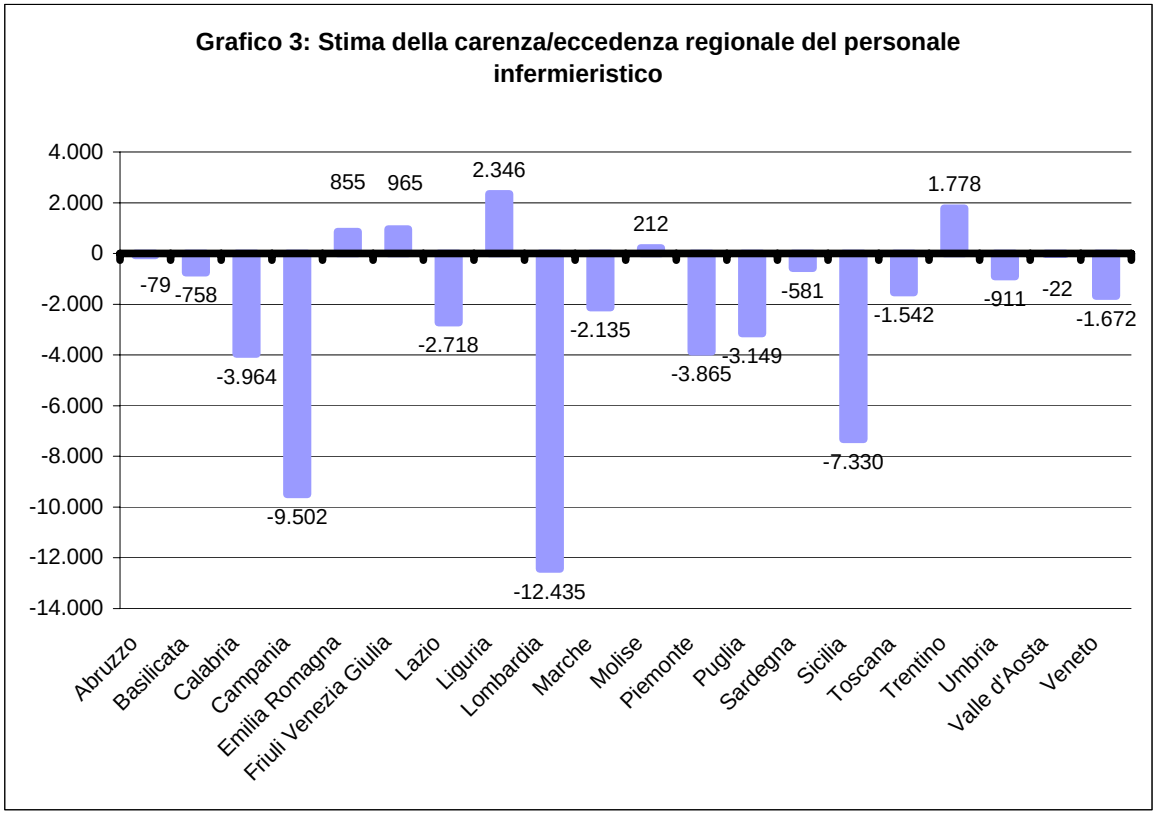
La media nazionale degli iscritti ai Collegi IPASVI è di 6,1 ogni 1.000 abitanti- In Piemonte il numero medio di iscritti ai Collegi è leggermente inferiore rispetto al dato nazionale (5,9 ogni 1.000 abitanti). La regione con il numero minore di iscritti è la Calabria (4,92) seguita dalla Campania (5,26) e dalla Sicilia (5,44). Si tratta di regioni a forte tradizione migratoria, nelle quali ancora oggi i giovani per trovare un lavoro attinente alla propria formazione scolastica spesso sono costretti ad emigrare al Nord. Tra questi giovani troviamo anche i neo-infermieri, che, per esercitare la professione, si iscrivono negli albi dei Collegi della provincia dove vengono impiegati.
In effetti riscontriamo che nei territori in cui esistono strutturalmente più possibilità di impiego il rapporto tra iscritti e popolazione residente è decisamente più alto. In particolare spiccano il

Trentino Alto Adige e la Liguria, dove il rapporto supera l'8 per 1000. Per quanto riguarda quest'ultima regione possiamo dedurre che l'alto rapporto infermiere/n° abitanti sia correlato con il fatto che si tratta della regione con la più alta percentuale di popolazione anziana rispetto al resto d'Italia.
Non va inoltre dimenticato che, come verrà evidenziato nel capitolo relativo alla formazione, nelle sedi universitarie delle tre province piemontesi da noi analizzate c'è un numero consistente di iscritti provenienti dal sud Italia, e che dopo la laurea si iscrivono agli IPASVI delle province in cui hanno studiato e presumibilmente rimangono a lavorare nel Nord Italia.
Come detto poc'anzi, le variabili che interferiscono sul numero di iscritti agli albi provinciali sono numerose, prima tra tutte, come abbiamo visto, la mobilità sul territorio data dall'immigrazione interna, per cui ci sono infermieri che risultano iscritti in una provincia ma che in realtà lavorano in un'altra. Inoltre, sempre sul versante della distorsione del dato che deriva dalla mobilità sul territorio, spesso accade che i lavoratori si iscrivano all'albo nella provincia dove ha sede l'impresa o la cooperativa che li assume, ma poi effettivamente lavorino presso unità locali o enti situati in altre province.
Questa breve puntualizzazione sulla criticità del dato è dovuta dal fatto che spesso in letteratura, quando si parla di fabbisogno degli infermieri a livello territoriale, ci si basa sul dato degli iscritti agli albi rapportandolo alla popolazione di riferimento[3], non tenendo quindi conto dell'effettiva presenza o meno della forza lavoro sul quel determinato territorio.

Il fabbisogno infermieristico

In base a quanto abbiamo appena detto rispetto alla mobilità, risulta evidente che a livello nazionale, considerata in modo aggregato, la stima del fabbisogno infermieristico basata sul numero di iscritti al Collegio IPASVI diviene sicuramente più attendibile di quanto possa avvenire ad un livello più disaggregato.
L'OCSE nel 2006 fissava come parametro standard minimo 6,9 infermieri ogni 1000 abitanti e come parametro ottimale 8,1. Oggi in Italia si registra un rapporto pari a 6,1 contro i 9,8 della Germania, i 12,8 dell'Olanda o, addirittura, i 14,8 dell'Irlanda[4].
Secondo il parametro standard del fabbisogno, la carenza nazionale di infermieri aggiornata al 2007 si aggirava intorno alle 40.000 unità. Infatti, a fronte di una popolazione di circa 59 milioni di abitanti, abbiamo circa 360.000 infermieri iscritti, contro un fabbisogno di circa 407.000 unità. Se applicassimo il parametro del fabbisogno ottimale la carenza di infermieri salirebbe a 110.000 unità
Va inoltre rilevato, come si ricorderà in modo dettagliato nell'approfondimento inserito nel presente capitolo, che il calcolo relativo al fabbisogno non può essere solo di carattere quantitativo. Infatti, se si analizzano le caratteristiche demografiche della popolazione italiana si vede come ci sia un notevole squilibrio tra le coorti di età più giovani e quelle più anziane, a favore di queste ultime. Ciò comporta ovvie conseguenze rispetto alle esigenze di cura ed assistenza, con relativa maggiore pressione sul sistema sanitario nazionale.

[3] Bernardotti, 2006
[4] Ministero della Salute anno 2007



Fonte: - Dati IPASVI; federazione nazionale IPASVI anno 2007 – www.IPASVI.it

- *Dati di popolazione: Istat anno 2007*
- *Dati OCSE*

Se scendiamo di livello territoriale, , basandoci quindi sul dato puro degli iscritti ai Collegi provinciali e con le riserve metodologiche summenzionate, troviamo la situazione descritta dal grafico 3.
Il quadro nazionale evidenzia una carenza media pari a 2.225 addetti per regione. Troviamo però alcune regioni in situazione di forte sofferenza, dove la carenza di infermieri è drammatica: la Lombardia necessita di più di 12.000 unità, la Campania, con una carenza che si aggira sui 9.500 addetti, la Sicilia, a cui mancano oltre 7.300 infermieri. Seguono Piemonte e Calabria, con una carenza non grave ma significativa che si aggira intorno ai 3.900 addetti.
Per contro troviamo regioni che segnano un'eccedenza di addetti, come la Liguria, che ha un sovrannumero di circa 2.300 unità, il Trentino Alto Adige (1.778), il Friuli Venezia Giulia (965) e l'Emilia Romagna (855).
Fatta salva la differenza tra provincia di iscrizione all'IPASVI ed effettivo luogo di lavoro, si evidenzia in questo modo che, oltre ad una carenza complessiva di infermieri a livello nazionale, il nostro paese soffre di una pessima distribuzione delle risorse umane disponibili. Questa disfunzione andrebbe spiegata, per esempio rispetto al funzionamento del sistema sanitario pubblico, molto carente in alcune regioni, tra cui sicuramente la Calabria.
Il dettaglio piemontese si arricchisce con i dati delle tre province oggetto di analisi della nostra ricerca. Nella provincia di Torino nel 2007 si registravano 12.323 iscritti al Collegio provinciale IPASVI, a fronte di una popolazione di circa 2.200.000 abitanti e con una media di 5,6 infermieri ogni 1.000 abitanti. Il fabbisogno provinciale secondo i parametri OCSE sarebbe di circa 15.180, facendo registrare una carenza pari a 2.857 unità
La situazione nella provincia di Alessandria è migliore: nel giugno del 2007 gli iscritti al Collegio provinciale IPASVI erano 2.842 che, rispetto ad una popolazione di circa 435.000 abitanti, corrispondono a 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti. Il fabbisogno ideale sarebbe di 3.000 addetti; si registra quindi una carenza provinciale di circa 200 infermieri.

La provincia di Novara registra una situazione in simile al resto del Piemonte. In questo Collegio a cui afferisce anche la provincia di Verbania infatti nel 2007 risultano iscritti ben 3.306 infermieri su una popolazione complessiva di riferimento di 524.000 abitanti; ci sono quindi 6,3 infermieri ogni 1000 abitanti, 309 in meno del fabbisogno standard previsto dall'OCSE,

Tabella 1 Stima del fabbisogno infermieristico nelle tre province di indagine.[5]

	Numero di infermieri iscritti all'IPASVI	Rapporto infermieri/1.000 abitanti	Stima carenza addetti secondo fabbisogno standard OCSE
Italia	360.000	6,1	40.000
Piemonte	25.202	5,9	3.865
Torino	12.323	5,6	2.857
Alessandria	2.842	6,5	200
Novara-VCO	3.306	6,3	309

Il numero di stranieri nelle professioni infermieristiche

Per limitare la carenza di personale infermieristico a livello sia nazionale che locale emerso dai dati, ormai da qualche anno il ricorso all'impiego di personale straniero è molto diffuso sia da parte della sanità pubblica che privata.
La normativa sull'immigrazione negli anni ha agevolato l'ingresso di infermieri stranieri attraverso dispositivi come quello previsto dall'art.22, comma 1, lett. a del D.P.R. n 334/2004, che dispone che per gli infermieri professionali stranieri è consentito l'ingresso in Italia per motivi di lavoro al di fuori delle quote previste dal decreto flussi. Attualmente gli infermieri stranieri, se non comunitari, non possono accedere ai concorsi pubblici, quindi possono lavorare nella sanità privata, in quella pubblica attraverso una chiamata diretta o un concorso ad hoc con un contratto a tempo determinato, oppure attraverso l'assunzione da parte di agenzie interinali o di cooperative appaltatrici di servizi infermieristici.
Nel 2007 si registrano sull'intero territorio nazionale circa 30.000 stranieri iscritti, di cui circa 17.000 nei Collegi del Nord, circa 8.000 al Centro e circa 5.000 tra Sud e isole.
La maggioranza (circa 17.000) proviene da paesi comunitari, mentre 13.000 provengono da paesi extracomunitari, di cui il 40% da stati europei. Tra i comunitari i più numerosi sono di nazionalità romena (ca.8.300) seguiti dai polacchi (ca.3.400). Tra i non comunitari provenienti da paesi europei circa la metà è costituita da svizzeri (ca. 2.700), seguiti dagli albanesi (ca. 900), e dai provenienti dall'ex-Jugoslavia (ca. 1.000). Il resto degli extracomunitari è costituito da latinoamericani (circa 3.400 infermieri), seguiti dall'Asia e dall'Africa (con circa 1500 iscritti per continente).
In Piemonte nel 2007 si registrano 2.869 infermieri stranieri iscritti ai vari Collegi provinciali, di cui 1.775 comunitari e 1.094 extra comunitari. L'86% sono donne e solo il 14% ha meno di 30 anni.[6]

Gli infermieri stranieri in provincia di Torino

[5] Alla luce di quanto detto osserviamo che per avere una reale stima del fabbisogno di personale infermieristico a livello provinciale sarebbe doveroso ed auspicabile non limitarci a misurare il fenomeno utilizzando esclusivamente il numero degli infermieri iscritti all'albo Ipasvi, ma a nostro avviso bisognerebbe verificare il numero degli infermieri effettivamente occupati provincia per provincia. Solo in questo modo potremmo definire meglio la portata del fenomeno a livello sub-nazionale. Purtroppo questo tipo di analisi non è possibile in modo sistematico in quanto i dati degli occupati per mansione specifica (infermieri) a livello disaggregato non sono ovunque disponibili e di facile reperibilità.

[6] Cfr Banca dati federazione nazionale IPASVI- gli iscritti stranieri nel 2007. Roma marzo 2008

Riportando l'attenzione sul territorio di riferimento della nostra ricerca. Nella provincia di Torino dal 2000 ad oggi abbiamo registrato un aumento di infermieri stranieri decisamente significativo. Infatti se nel 2000 si sono iscritti al Collegio IPASVI torinese solo 23 stranieri, cioè solo il 14,5% dei neoiscritti di quell'anno, nel 2007 questa percentuale è salita al 41,4%, pari a 194 unità. (vedi tab.2)

Tabella 2:. I nuovi iscritti nel Collegio IPASVI di Torino

Collegio IPASVI di Torino (nuovi iscritti per ogni anno)				
Anno iscrizione	Stranieri	Italiani	Totale	% di stranieri
2000	23	136	159	14,47
2001	57	194	251	22,71
2002	159	201	360	44,17
2003	181	271	452	40,04
2004	147	271	418	35,17
2005	261	291	552	47,28
2006	182	308	490	37,14
2007	194	274	468	41,45
Totale iscrizioni	1.217	1.958	3.175	38,33

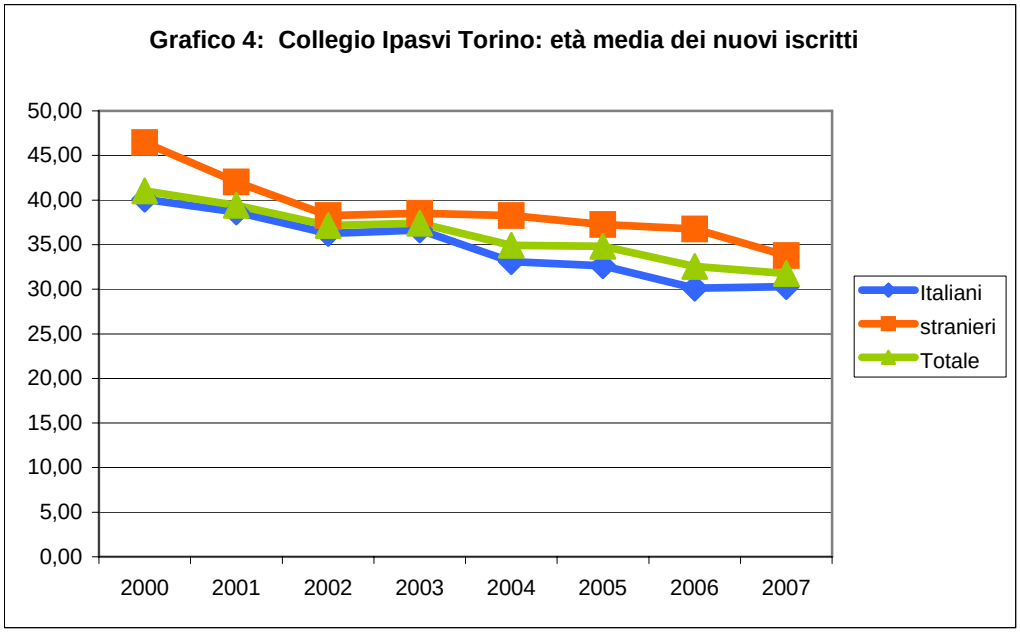
Negli anni la provenienza si è notevolmente modificata. L'entrata della Romania nella Comunità Europea ha portato ad un incremento notevole del numero di infermieri di quella provenienza rispetto alle altre nazionalità. Nel 2007 i romeni sono stati il 72% del totale degli iscritti. La posizione privilegiata di questi infermieri (ricordiamo che in quanto comunitari possono accedere ai concorsi pubblici) è andata a discapito della presenza di altre provenienze come quella polacca o peruviana, le quali dal 2000 ad oggi registrano un notevole ridimensionamento percentuale del numero di nuovi iscritti. Alcuni di questi scostamenti negli anni rispetto alla provenienza possono essere dovuti ad un miglioramento relativo della situazione di alcuni paesi di provenienza (forse la Polonia) o alla maggiore attrattiva di altri paesi diventati più facilmente accessibili (forse gli USA o altri paesi europei per i peruviani), o al fatto che i rumeni abbiano coperto buona parte dei posti vacanti, sia grazie alla facilità di ingresso anche prima dell'entrata del loro paese nell'UE, sia per una più rapida integrazione nel nuovo contesto, per esempio dal punto di vista linguistico (come verrà sottolineato in seguito).

Tabella 3: Principali nazionalità dei nuovi iscritti nel Collegio IPASVI di Torino.

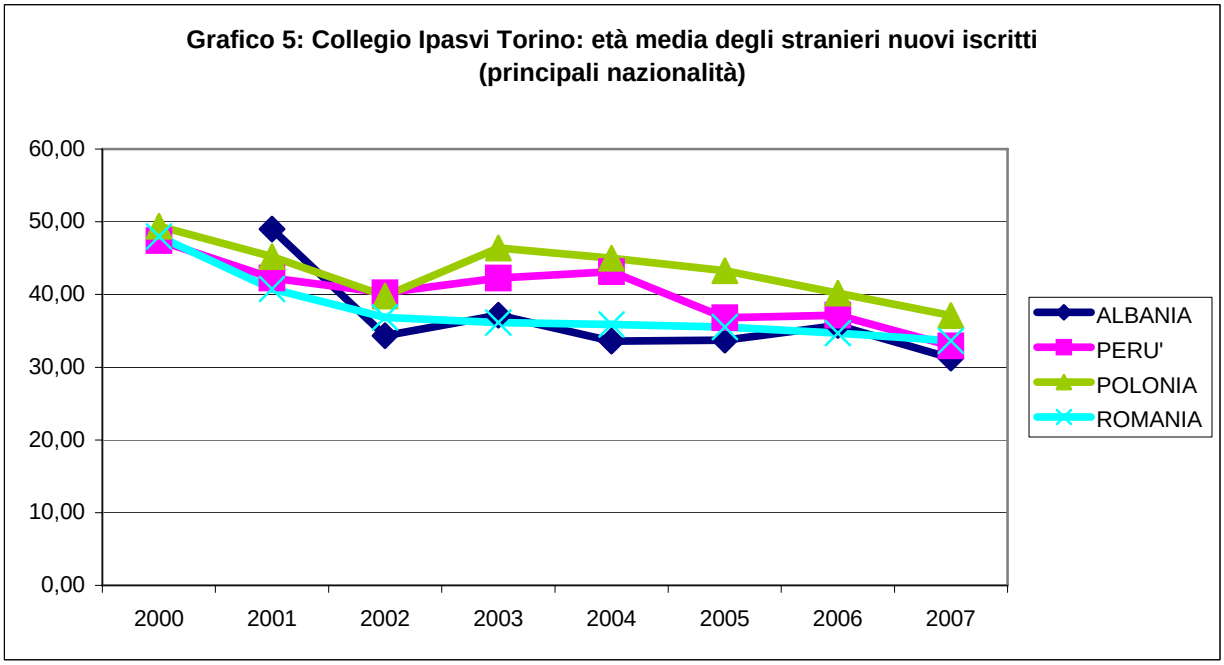
Collegio IPASVI Torino: principali nazionalità dei nuovi iscritti (% su totale stranieri)					
Anno iscrizione	Totale stranieri	ALBANIA	PERU'	POLONIA	ROMANIA
2000	23	0,00	21,74	21,74	8,70
2001	57	3,51	14,04	17,54	31,58
2002	159	1,89	15,09	12,58	50,31
2003	181	3,31	4,42	11,05	65,75
2004	147	4,76	9,52	5,44	54,42
2005	261	3,83	10,73	13,41	54,02
2006	182	2,20	12,09	10,99	50,00
2007	194	2,06	9,79	4,12	72,16

L'età media degli iscritti nel Collegio Torinese dal 2000 ad oggi è di 36 anni, mentre per gli stranieri è di quasi 39 anni (quasi 35 per gli italiani). Probabilmente la differenza di età tra stranieri e italiani è dovuta al percorso e alla storia personale dei lavoratori migranti, in quanto molti di questi hanno lasciato il proprio paese dopo una lunga carriera di infermieri. Come si nota dal grafico 4,

l'andamento di questi ultimi 8 anni evidenzia una tendenza generale all'abbassamento dell'età dei nuovi iscritti sia per gli italiani (con una media nel 2007 di circa 30 anni), sia per gli stranieri, che nello stesso anno si sono iscritti con un'età media di circa 34 anni.



Per quanto riguarda le singole nazionalità, è visibile il processo di "svecchiamento" dei nuovi infermieri stranieri soprattutto evidente per gli immigrati albanesi e romeni a partire dal 2002, più oscillante per peruviani e polacchi, anche se questa tendenza ha riguardato tutte e quattro le nazionalità prese in considerazione nel Grafico 4.



Gli infermieri stranieri in provincia di Alessandria

Se in questi anni nella provincia di Torino gli iscritti stranieri al Collegio IPASVI sono aumentati, pur continuando ad essere in numero inferiore rispetto agli iscritti italiani, nella provincia di Alessandria la situazione è diametralmente opposta. Infatti negli ultimi 4 anni i nuovi iscritti al Collegio alessandrino sono per la maggior parte infermieri stranieri. Fin dal 2001 la percentuale di iscritti stranieri risulta molto significativa., fino ad arrivare nel 2004 al 54%, ed al 67% del 2006[7].

Tabella 4:. I nuovi iscritti nel Collegio IPASVI di Alessandria

Collegio IPASVI di Alessandria (nuovi iscritti per ogni anno)				
Anno iscrizione	Stranieri	Italiani	Totale	% di stranieri
2000	0	21	21	0,00
2001	23	29	52	44,23
2002	40	54	94	42,55
2003	42	57	99	42,42
2004	59	50	109	54,13
2005	91	57	148	61,49
2006	130	64	194	67,01
2007	*31*	*10*	*41*	*75,61*
Totale iscrizioni	416	342	758	54,88

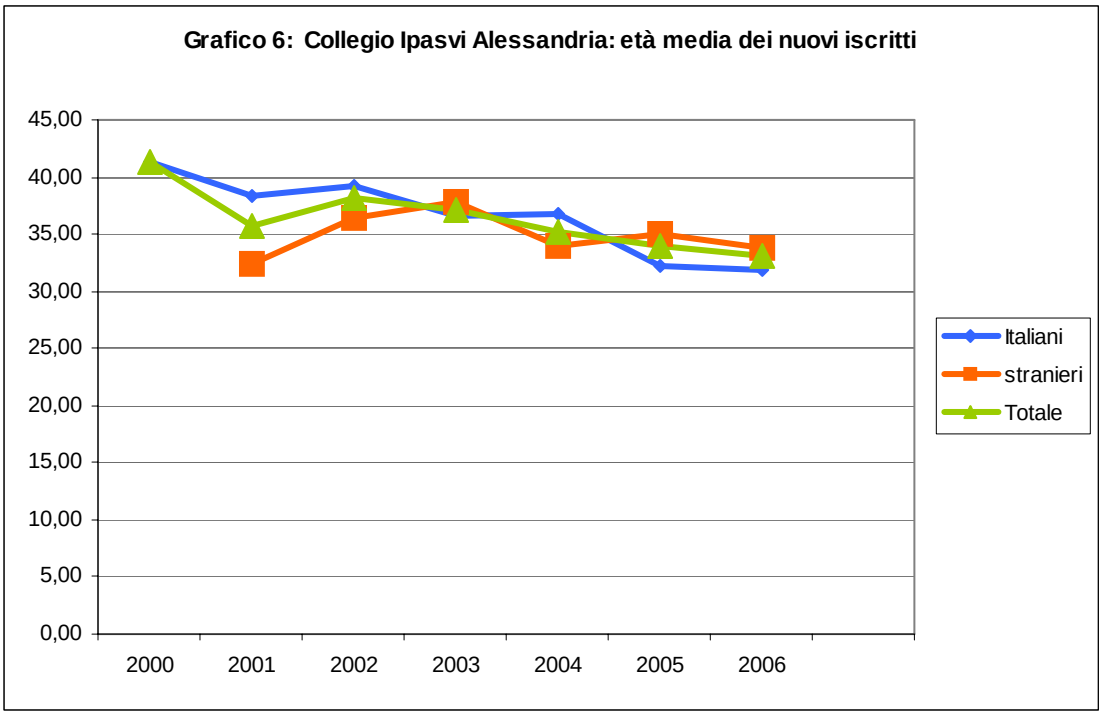
Nel corso di questi ultimi anni, anche nella provincia di Alessandria le nazionalità dei nuovi iscritti sono cambiate: nei primi anni 2000 troviamo soprattutto spagnoli e albanesi, che recentemente sono diminuiti rispetto a romeni e peruviani.

Tabella 5: Principali nazionalità dei nuovi iscritti nel Collegio IPASVI di Alessandria.

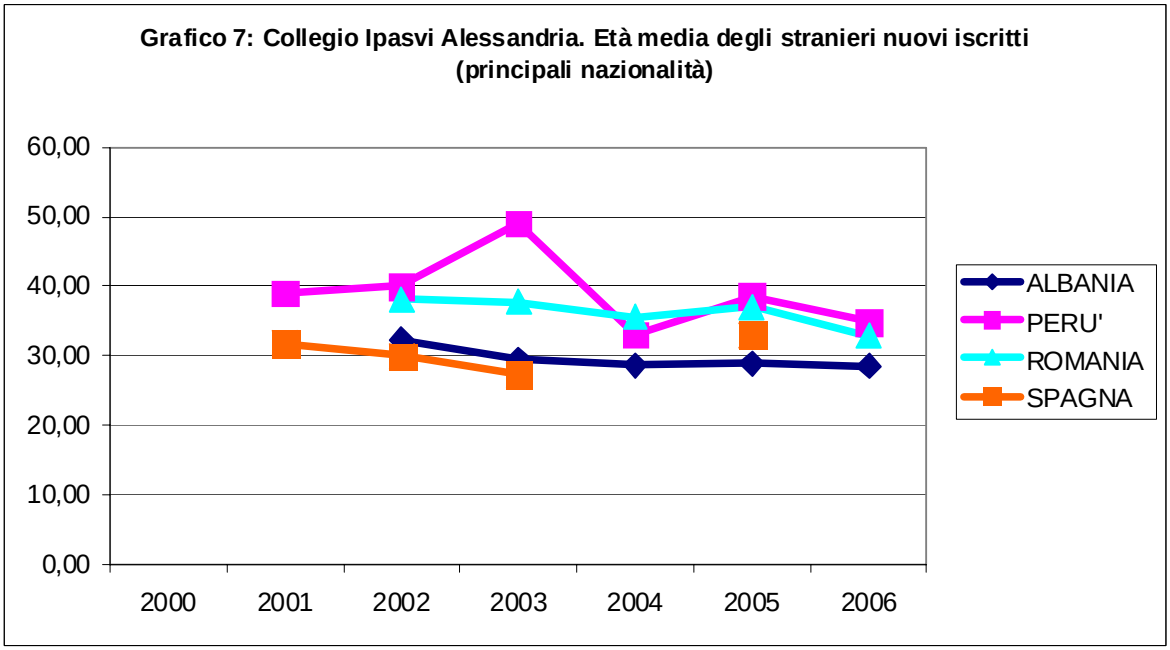
Collegio IPASVI Alessandria: principali nazionalità dei nuovi iscritti (% su totale stranieri)					
Anno iscrizione	Totale stranieri	ALBANIA	PERU'	ROMANIA	SPAGNA
2000	0				
2001	23	0,00	4,35	0,00	86,96
2002	40	32,50	2,50	30,00	10,00
2003	42	14,29	4,76	50,00	7,14
2004	59	23,73	3,39	40,68	0,00
2005	91	20,88	6,59	38,46	3,30
2006	130	13,85	41,54	28,46	0,00
2007	*31*	*3,23*	*29,03*	*61,29*	*0,00*

L'età media dei nuovi infermieri iscritti al Collegio di Alessandria in questi ultimi 8 anni è, come a Torino, di circa 35 anni. A differenza di quest'ultimo Collegio, la tendenza all'abbassamento generale dell'età non è chiara e lineare, bensì varia di anno in anno. In particolare è molto fluttuante l'età media degli infermieri stranieri, di 32 anni nel 2000, di 37 nel 2003 , per poi ridiscendere a 34 anni circa nel 2006.

[7] I dati che il Collegio Ipasvi di Alessandria ci ha fornito riguardano gli iscritti all'albo entro la prima metà dell' anno 2007



La non linearità delle tendenze si ritrova anche analizzando l'andamento dell'età media per le diverse provenienze, anche qui molto più evidente per i peruviani che per le altre provenienze. L'età più bassa degli spagnoli è dovuta al fatto che in genere si tratta di giovani laureati da poco che scelgono di lavorare per qualche anno all'estero perché ciò migliora il loro punteggio e permette quindi un miglior inserimento lavorativo una volta tornati in patria.



L'invecchiamento della popolazione infermieristica. Alcuni aspetti quantitativi *di Giovanna Spolti*

In questo contesto di demografia e mercato del lavoro si colloca il quadro della situazione demografica della popolazione infermieristica piemontese:
Spesso durante le testimonianze raccolte è emersa la questione dell'invecchiamento della popolazione infermieristica. Questo problema , e della popolazione italiana in generale, riguarda questioni di macro-sistema che esulano nel dettaglio da questa ricerca. Osserviamo però che nella professione infermieristica gli elementi che determinano maggiormente questo progressivo invecchiamento sono sostanzialmente di due tipi: l'innalzamento dell'età di accesso al mondo del lavoro, dovuto al prolungamento degli studi, e l'aumento degli anni di permanenza in servizio[8] . Fino a pochi anni fa la professione infermieristica beneficiava per legge di un trattamento pensionistico agevolato(trascorsi 19 anni 6 mesi e un giorno di servizio si poteva andare in pensione), ed il titolo di studio richiesto per esercitare la professione era il diploma di scuola superiore. Quindi in linea generale l'attività lavorativa di un infermiere iniziava intorno ai 19-20 anni e finiva intorno a 40 anni.
Attualmente l'età media degli infermieri neolaureati è di 27 anni, e circa il 18% si laurea dopo i 30 anni, anche perché molti scelgono di proseguire gli studi con la Laurea Magistrale. Alcuni di questi hanno avuto precedenti esperienze lavorative diverse dal lavoro infermieristico. Dovendo aspettare almeno 35 anni prima di andare in pensione, in futuro ci sarà un invecchiamento ulteriore del personale in servizio: si calcola che intorno al 2022 circa 65-70% degli infermieri in servizio avrà più di 45 anni (Piccoli)[9] .
Considerando il tipo di lavoro particolarmente faticoso, sommato ad una maggiore anzianità, si comprende come il numero di anni di servizio in corsia per ogni singolo infermiere, rischierà di ridursi drasticamente, incrementando la necessità di nuovo personale.
Tutto questo solleva dunque questioni nuove che riguardano la forza lavoro nel mondo della sanità, questioni che oggi interrogano sia i responsabili organizzativi delle risorse umane, sia le rappresentanze sindacali. Come tutte le novità hanno bisogno di dispositivi e accorgimenti di assestamento che aiutino a contenere le emergenze e le esigenze dei lavoratori come delle strutture in cui questi lavoratori operano.
I dati raccolti nel 2006 dalla Regione attraverso un'attività di osservatorio sul personale svoltasi in tutte le ASL e ASO del Piemonte dipingono un quadro che dovrebbe portare i decisori politici in materia di sanità e mercato del lavoro ad importanti riflessioni al fine di programmare strumenti e strategie che tengano conto del mutamento in corso.
Prima di analizzare nel dettaglio i dati in questione va ricordato che a rilevazione si è conclusa nel giugno del 2006, quindi prima della riorganizzazione dei territori secondo le disposizioni previste dal nuovo piano sanitario regionale, entrato in vigore a partire dal 2008.

[8] Cfr . .(Piccoli 2007)
[9] Le proiezioni citate dalla ricerca dell'IRES nazionale sono ancora più pessimistiche, in quanto davano come previsione per il 2007 un'età media di 48 anni.

Tab. 6 Situazione per ASL e ASO anagrafica della popolazione infermieristica piemontese al 01.01.06

	Sotto i 30 anni	31 - 40	41 - 50	51 - 60	Oltre 60 anni
ASL1	28	146	130	42	3
ASL10	56	245	162	46	2
ASL11	24	352	284	96	3
ASL12	64	332	191	72	2
ASL13	62	390	215	60	1
ASL14	59	378	237	45	0
ASL15	15	74	75	32	3
ASL16	31	183	123	20	0
ASL17	78	385	273	46	0
ASL18	80	301	169	53	2
ASL19	49	335	260	81	0
ASL2	22	260	142	42	1
ASL20	21	123	150	56	0
ASL21	12	206	198	46	2
ASL22	15	268	215	51	0
ASL3	105	244	166	57	6
ASL4	73	268	161	43	1
ASL5	25	330	263	65	1
ASL6	46	313	174	30	0
ASL7	12	281	132	25	0
ASL8	32	368	228	68	2
ASL9	29	278	241	70	1
COTTOLENGO	32	43	13	5	12
CTO-MV-MA	87	343	161	29	3
DON GNOCCHI	1	7	4	0	0
FATEBENEFRATELLI	12	37	10	1	2
GRADENIGO	65	90	28	3	
MAGGIORE d CARITA'	90	377	255	57	2
MAURIZIANO	77	282	141	34	1
OIRM-S.ANNA	78	258	220	38	2
S.CAMILLO	5	11	11	4	0
S.CROCE E CARLE	220	496	259	51	0
S.G. BATTISTA	286	742	477	164	10
S.LUIGI	89	255	105	16	0
SS BIAGIO-ARRIGO	99	346	201	61	0
Total	2079	9347	6074	1609	62

Fonte: nostra elaborazione osservatorio regionale 2006

Dalle tabelle 6 e 7 si nota come il 9% del personale presente nelle ASL e ASO della nostra regione ha più di 50 anni, quindi lascerà il servizio nei prossimi 10-15 anni.
La situazione più critica si riscontra nell'ASL, 15 (cuneo) dove il 17,5% degli infermieri supera i 50 anni, seguita dal Cottolengo di Torino e dall'ASL 20 (eAlessandria).

Tab. 7 Distribuzione per ASL e ASO popolazione infermieristica con più di 50 anni

	% ultracinquantenni in ciascuna ASL e ASO
ASL15	17,59
COTTOLENGO	16,19
ASL20	16,00
ASL11	13,04
S. CAMILLO	12,90
ASL1	12,89
ASL9	11,47
ASL12	11,20
ASL19	11,17
ASL3	10,90
S.G. BATTISTA	10,36
ASL21	10,34
ASL8	10,03
ASL5	9,65
ASL10	9,39
ASL22	9,29
ASL2	9,21
ASL18	9,09
SS BIAGIO-ARRIGO	8,63
ASL13	8,38
ASL4	8,06
MAGGIORE della CARITA'	7,55
OIRM-S.ANNA	6,71
MAURIZIANO	6,54
ASL14	6,26
ASL17	5,88
ASL16	5,60
ASL7	5,56
ASL6	5,33
CTO-MV-MA	5,14
S. CROCE E CARLE	4,97
FATEBENEFRATELLI	4,84
S. LUIGI	3,44
GRADENIGO	1,61
DON GNOCCHI	0,00
Total	8,72

Fonte: nostra elaborazione osservatorio regionale 2006

Le ASL e ASO di competenza della nostra ricerca riguardano le province di Torino, Alessandria e Novara, analizzate nella tab. 8.

Tab.8: le Asl e Aso di competenza della ricerca

ASL E ASO DI COMPETENZA DELLA RICERCA	
ASL1	COTTOLENGO
ASL10	CTO-MV-MA
ASL13	DON GNOCCHI_AUSILI
ASL2	FATEBENEFRATELLI
ASL20	GRADENIGO
ASL21	MAGGIORE d CARITA'
ASL22	MAURIZIANO
ASL3	OIRM-S.ANNA
ASL4	S. CAMILLO
ASL5	S.G. BATTISTA
ASL6	S. LUIGI
ASL7	SS BIAGIO-ARRIGO
ASL8	
ASL9	

I dati aggregati nelle tre province evidenziano che gli infermieri ultracinquantenni rappresentano l'8,7% della popolazione infermieristica totale. Il territorio dove si riscontra l'anzianità maggiore è Alessandria con 2070 infermieri ultracinquantenni (pari al 10,4%del totale della provincia) (tab. 9)

Tab.9: il personale ultracinquantenne nelle province di competenza della ricerca

Area provinciale di riferimento	**51 - 60**	**oltre 60anni**	**Totale infermieri**	**% personale con più di 50 anni sul totale personale infermieristico**
Torino	782	47	9759	8,49
Novara	117	3	1509	7,95
Alessandria	214	2	2070	10,43
Totale	1113	52	13338	8,73

Fonte: nostra elaborazione osservatorio regionale 2006

I dati fin qui esposti hanno come obiettivo quello di suscitare un'attenta riflessione sulle conseguenze che la questione dell'invecchiamento degli infermieri porta sia rispetto alle condizioni di lavoro degli stessi lavoratori sia riguardo alle strategie organizzative dei diversi luoghi di lavoro.
I dati evidenziati sono riferiti al personale nella sanità pubblica della nostra regione. La situazione dell'anzianità tra i dipendenti di aziende private, ad esempio nelle cooperative, non ci è nota, ma, sulla base del dato relativo all'età media dei nuovi iscritti ai collegi IPASVI, è lecito supporre che sempre più spesso nel prossimo futuro ci troveremo di fronte a lavoratori e lavoratrici che dovranno fare i conti con le conseguenze fisiche e psicologiche dell'invecchiamento.
Ci sono lavori per i quali invecchiare significa andare incontro a cronicità degenerative che rendono parzialmente inabili a determinate mansioni, e sicuramente il lavoro dell'infermiere o dell'OSS rientra in questa categoria: si pensi al sollevamento dei pesi (movimentazione pazienti) o alla gestione di turni distribuiti sulle 24 ore.
Dalle testimonianze raccolte, in questi anni il numero di infermieri classificati come parzialmente inabile è cresciuto notevolmente, e in parallelo sono cresciute le esigenze di riorganizzare le mansioni inserendo questi lavoratori in contesti compatibili con il loro stato di salute., Se si tratta di sanità pubblica e di lavoratori assunti a tempo indeterminato le possibilità di ricollocamento in sedi più idonee sono potenzialmente maggiori, come nel caso dei servizi sanitari ambulatoriali, oppure dei

servizi territoriali domiciliari, dove spesso vengono ricollocate le persone con parziale inidoneità, o delle attività di economato e di carattere amministrativo.
Il grosso nodo riguarda il personale infermieristico e OSS operante nella sanità privata o assunto da soggetti privati con forme contrattuali più precarie, come nel caso delle cooperative o delle agenzie interinali. Per questi soggetti la possibilità che in caso di inidoneità parziale si riesca a trovare una collocazione alternativa al lavoro di corsia è decisamente bassa. È da supporre, anche grazie alle testimonianze da noi raccolte, che nella maggioranza dei casi il lavoratore (che in questo contesto è più spesso una lavoratrice) si trovi di fronte ad una drammatica scelta: lavorare comunque, con i limiti derivanti dalle proprie patologie, nello stesso posto e nello stesso modo, oppure rimanere a casa per l'"impossibilità" ad essere ricollocato altrove. A supporto delle nostre considerazioni riportiamo la testimonianza di un funzionario sindacale:

> *"Ma attenzione, un OSS parzialmente abile nelle cooperative è fuori! Non è un dipendente pubblico che viene spostato a fare mansioni più idonee al suo stato di salute, ma viene fatto fuori! Resti a casa fino a quando ti trovano un posto idoneo, cioè mai. Hai mutua per 180 giorni e poi sei a casa senza stipendio, in aspettativa non retribuita. Quindi considera che i nostri lavoratori generalmente sono monoreddito con figli a carico e quindi non può rimanere senza stipendio. Per lo più sono donne con età media di 45 anni, quindi la situazione è drammatica."*

Data l'età media più alta dei lavoratori stranieri (sia infermieri che OSS), ed il fatto che molto difficilmente possono entrare nel settore pubblico se non sono comunitari, è ipotizzabile che nel loro caso ci troveremo di fronte a gravi problemi sociali di lavoratori dipendenti di strutture private, cooperative ed agenzie interinali che verranno espulsi dal mercato del lavoro perché non più pienamente idonei non solo a sostenere il lavoro corrente, ma anche a sopportare orari più pesanti e carichi di lavoro più onerosi che spesso caratterizzano questo tipo di impiego. È difficile pensare che queste persone, che non avranno ancora maturato i requisiti di anzianità per la pensione minima (avendo iniziato a lavorare in Italia in età già matura), se ne torneranno nei paesi d'origine liberando lo Stato italiano da ogni responsabilità sociale nei loro confronti. Si tratta di un problema sul quale anche il movimento sindacale dovrebbe iniziare a riflettere.

Approfondimento: demografia e immigrazione in Piemonte *di Francesco Ciafaloni*

La presenza di infermieri stranieri in Italia, la vera e propria importazione di infermieri, come è ovvio, è solo un piccolissimo episodio della grande storia dell'immigrazione in Italia, dalla metà degli anni '70 in poi, di milioni di lavoratori e lavoratrici e dei loro famigliari. Molti milioni, perché come in tutte le migrazioni, oltre ai molti ingressi ci sono anche molte uscite, che in genere nessuno contabilizza con attenzione. Bisogna guardarla nel quadro del grande flusso complessivo
L'immigrazione ha molte cause, sociali e personali, di attrazione verso il paese di arrivo, di spinta a lasciare il paese di provenienza.
Tra le condizioni necessarie perché ci sia un'immigrazione stabile ci sono però sempre la sostenibilità sociale e la domanda di lavoro nel paese di arrivo. Ha perciò senso tracciare un quadro sommario della demografia del Piemonte e dell'andamento delle forze di lavoro.
Il discorsosi inserisce nel quadro generale delle proiezioni della popolazione italiana fino al 2050 contenuto in un opuscolo dell'Onu del 2001, che sono state, nella sostanza, confermate fino ad oggi.
Al 31/12/2007, l'ultimo anno per cui il sito della Regione fornisce i dati anagrafici, i residenti in Piemonte,compresi gli stranieri, erano 4.401.266, 2.267.079 donne e 2.134.187 uomini, per la nota maggiore longevità delle donne, già sensibile sopra i 60 anni e vistosa al disopra degli 80 – le ultranovantenni sono più del triplo degli ultranovantenni.
I trent'anni trascorsi dal dimezzamento delle coorti di nuovi nati si fanno sentire nella

distribuzione per classi di età. Se si considera che la popolazione immigrata è più giovane rispetto a quella autoctona, in quanto emigrano i giovani in età produttiva e meno soggetti a problemi di salute e in quanto la natalità più elevata abbassa ulteriormente la media, appare evidente come in realtà l'età media della popolazione piemontese di nascita sia ancora più alta, come si vedrà di seguito.
I giovani al di sotto dei 18 anni sono il 15%; gli anziani oltre i sessanta anni il 28%; quelli oltre i sessantacinque il 22%.
I morti nel 2007 sono stati 47.474; i nati 38.565, con una proporzione di figli stranieri del 20%, uno su cinque – nel comune di Torino più di uno su quattro.
Rimandando al sito della Regione per tutti gli indicatori, basti ricordare che l'età mediana delle donne residenti in Piemonte, incluse le straniere, che sono mediamente più giovani, è di 46 anni. Poco meno di metà delle donne è oltre l'età fertile, mentre poco più del 36% ha un'età compresa tra i 15 e i 45 anni. Poco meno di un quarto ha un'età compresa tra i 20 e i 40 anni.
Per passare alle forze di lavoro, più esattamente alle persone in età di lavoro, tra i 15 e i 65 anni, se si confrontano i residenti di questa fascia d'età, che sono 2.894.919, con quelli di età compresa tra 0 e 50 anni, cioè con il numero massimo delle persone in età di lavoro tra 15 anni, si trova una differenza di 298.878. Tra 15 anni, anche se nessuno emigrasse e nessuno morisse, avremmo una diminuzione di quasi 300.000 unità delle forze di lavoro potenziali.
In realtà non solo anche i giovani muoiono, ma la popolazione si sposta, come è ovvio. Nel 2007 ci sono state 139.083 cancellazioni per l'Italia e 4.383 cancellazioni per l'estero.
Provvidenzialmente però il numero delle iscrizioni è maggiore. Ci sono 139.192 iscritti dall'Italia e 61.622 iscritti dall'estero. È doveroso osservare però che il 2007 è un anno particolare poiché dopo l'entrata della Romania nell'Unione Europea, nella nostra regione come in gran parte delle regioni del nord si registra un picco di iscrizioni di romeni. In dettaglio dai dati vediamo che nel 2006 i romeni residenti in Piemonte erano 59.440; nel 2007 sono diventati 102.596, con un incremento di circa 43.000.
Tenuto conto di questa peculiarità del 2007, che consideriamo di carattere straordinario, ipotizziamo per quest'anno di non considerare tra gli immigrati iscritti dall'estero il flusso straordinario di romeni, teniamo conto cioè solo del flusso ordinario che è pari a circa 20.000 persone, che corrisponde al tasso registrato in questi ultimi anni. Fatto questo non ci resta che verificare che grosso modo, il dato a parte i morti, tendenzialmente mantiene il numero di persone in età di lavoro

Le due facce dell'invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione influisce in due modi distinti sull'immigrazione, in particolare sull'importazione di infermieri.
L'aumento degli anziani – cioè soprattutto delle anziane – produce un aumento della domanda di cure per malattie croniche ed eventi traumatici e quindi di infermieri e di operatori socio-sanitari negli ospedali e nelle case di cura. Oltre ad aumentare la necessità di servizi sanitari e socio-assistenziali, il progressivo incremento della popolazione anziana porta anche ad un cambiamento nel tipo di domanda di cura che arriva ai servizi, in particolare agli ospedali, che si trovano con pazienti sempre più spesso affetti da malattie croniche, lungodegenti, ecc.
La diminuzione delle coorti – i ventenni in Piemonte sono più o meno la metà dei quarantenni, 36.048 contro 72.981 – riduce il numero di residenti che si iscrivono alle facoltà di scienze infermieristiche o frequentano i corsi per OSS. Inoltre la progressiva riduzione degli investimenti pubblici nel sistema di welfare, le politiche di risparmio sui costi della sanità e le conseguenti condizioni salariali e di lavoro rendono poco appetibile per i giovani italiani l'inserimento lavorativo in questi settori. Come si vedrà nel capitolo relativo alla formazione, l'iscrizione ai corsi

universitari per infermieri o ai corsi professionali per OSS rappresentano spesso per gli italiani una seconda scelta, un ripiego, oppure il tentativo da parte di chi è uscito o è stato espulso dal sistema produttivo di riciclarsi. Il risultato è un ulteriore aumento dell'età media del personale infermieristico e di supposto in formazione e formato. Non sono molti i giovani disposti ad investire in un settore in cui gli enti pubblici sono i primi a ridurre gli investimenti.
Su questa carenza, in parte strutturale ed in parte congiunturale, del nostro sistema di assistenza fioriscono ovviamente le soluzioni individuali, il *"welfare familiare"*, che non solo si regge sulle spalle degli anziani e dei loro parenti, non solo è garantito dalla presenza di donne immigrate disposte a fare un lavoro di cura a cui le donne italiane non vogliono o non possono più prestarsi. Questo sistema si regge in buona misura sulla presenza massiccia di donne immigrate irregolari, che in quanto tali sono disposte ad accettare condizioni di vita e di lavoro molto pesanti, a partire dalla coresidenza con la persona da accudire, rinunciando ai minimi spazi di intimità ed alle minime garanzie rispetto ad orari e retribuzioni, essendo oltretutto soggette, in certi casi, all'arbitrio ed al ricatto dei datori di lavoro. In questo senso le misure restrittive prese da questo governo in materia di locazione a irregolari e clandestini, di espulsioni ed il blocco del decreto flussi per due anni (che di fatto impedirà la regolarizzazione di immigrati già presenti irregolarmente sul territorio nazionale e che però stanno lavorando) non fa altro che inasprire una condizione già di per sé precaria. Lungi dal combattere l'immigrazione clandestina (che continua e continuerà finché non ci saranno reali possibilità di ingresso regolare) queste misure accentuano una condizione già di per sé difficile per gli immigrati, ignorando il dato reale per cui senza la loro presenza il nostro sistema di assistenza collasserebbe.
Rispetto al rapporto perverso ma estremamente funzionale tra immigrazione irregolare e sistema di assistenza domiciliare, è presumibile, ad esempio, che l'ingresso della Romania nella UE, con tutti i vantaggi relativi per i cittadini rumeni, porterà ad un aumento dei flussi da altri paesi dell'Est non extracomunitari, come sta già succedendo con moldave ed ucraine.
C'è insieme un aumento della domanda e una diminuzione di offerta interna, inclusi gli stranieri già residenti, che, come vedremo, aumentano tra gli iscritti alle facoltà e ai corsi. Perciò continua ad esserci un'importazione di infermieri.
Infatti, se la domanda di lavoro si contrae, tutte le considerazioni fatte prima sull'assoluta necessità di 20.000 immigrati aggiuntivi ogni anno in Piemonte possono traballare.
Si può sostenere, e la CGIL in questo momento lo sostiene, che è insensato, miope, suicida, cacciare gli immigrati presenti e occupati se perdono il posto di lavoro. Si può sostenere che è disumano cacciare le famiglie, cioè le mogli e i figli, che possono avere l'italiano – con l'accento piemontese – come unica lingua realmente conosciuta e scritta, oltre che parlata – come sostengono la CGIL, la Caritas, e confessioni religiose importanti. Sono argomenti senz'altro condivisibili ma diversi da ciò che abbiamo esposto prima, da cui risulta la necessità assoluta.
Non tutti i lavori, come non tutti i consumi, sono però uguali. Il mercato del lavoro è fatto di segmenti, qualche volta comunicanti, ma non immediatamente. Non si tratta qui di considerazioni di carattere etico, ma di una presenza imprescindibile per la sostenibilità del sistema complessivo del nostro paese.
Se c'è una stretta creditizia, cadono le esportazioni, cade la domanda di beni di investimento e cadono i consumi durevoli. Questo è grave. Soprattutto in una regione che produce beni di investimento e automobili, come il Piemonte.
Non diminuiscono però i vecchi e i malati. Ci deve essere un crollo molto maggiore di quello che ci viene preannunciato perché cadano davvero i consumi alimentari, in maniera da influire sull'occupazione. Anzi l'occupazione per la produzione locale di generi alimentari può persino crescere.
I lavori di cura sono incomprimibili o quasi incomprimibili in una crisi, come lo sono quelli per la riproduzione fisica e culturale, cioè la cura dei bambini e la scuola. Quello che la crisi può fare, ed in parte sta già facendo, è spingere le fasce più deboli della popolazione autoctona verso i lavori di

cura finora rifiutati, con il rischio di creare una situazione di concorrenza al ribasso con gli immigrati che ormai da anni occupano questo settore del mercato del lavoro.
Si può osservare che, limitatamente alla scuola, le scelte del governo italiano vanno in direzione opposta. Ed è vero; ma stanno incontrando qualche difficoltà, perché la gente si arrabbia se gli sfasciano la scuola dei figli. E ai figli non piace diventare una generazione perduta.
I segmenti incomprimibili del mercato del lavoro, l'impossibilità di far sparire i disoccupati cacciandoli, la resistenza del movimento operaio a tagliare i viveri ai lavoratori quando non servono, sono non solo una difesa di parte, ma veri stabilizzatori dei consumi, e quindi della produzione, e quindi della società intera, nei momenti di crisi.
Anche il gran numero di pensionati, che prendono per la quasi totalità pensioni pubbliche, che funzionano di fatto ancora a ripartizione e non sono toccate dalla crisi finanziaria, è un fattore di stabilizzazione nella crisi; ma sarebbe di rallentamento nella crescita.

Conclusioni

Malgrado i limiti intrinseci alla costruzione del dato, di cui abbiamo più volte evidenziato gli aspetti, ciò che emerge dalla ricognizione quantitativa sulla distribuzione degli infermieri nel territorio dell'indagine ci pare un buon indicatore delle dimensioni e delle caratteristiche dell' emergenza infermieristica nel nostro paese. Siccome questa emergenza rilevante si va accentuando negli anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, che porta con sé un aumento significativo delle necessità di cura , anche la domanda di personale in questo settore è in continua crescita. Su questi problemi strutturali torneremo nelle conclusioni del presente rapporto. Alla fine di questo capitolo ci limitiamo a indicare due questioni. Nell'immediato, uno degli strumenti per far fronte all'emergenza dipende dall'opportunità di impiegare infermieri provenienti da altri paesi; un altro, che può dare frutti nel medio- lungo periodo, riguarda una maggiore appetibilità di queste professioni (infermieri ed OSS) per le giovani generazioni.
Nel primo caso, come si vedrà nei seguenti capitoli, non mancano i problemi di vario genere, sia di carattere demografico, dovuti per esempio alla maggiore anzianità del personale straniero, sia di carattere normativo.
Per quanto riguarda il secondo aspetto, non si tratta solo di una questione salariale e contrattuale: finché rimarranno le carenze strutturali di personale il sistema organizzativo delle strutture pubbliche e private determineranno condizioni di lavoro di fatto dequalificate e caratterizzate da orari dilatati, straordinari imposti da problemi organizzativi, e quindi da scarsa stima ed autostima delle professioni infermieristiche. Bisogna trovare il modo di uscire dal circolo vizioso per cui la carenza di infermieri ed OSS è dovuta allo scarso numero di nuovo personale formato, dovuto a sua volta allo scarso status economico e professionale. Sicuramente la costante riduzione degli investimenti nel sistema di welfare non fa altro che accentuare questa strozzatura del sistema.

La formazione professionale degli infermieri ed OSS e la presenza di immigrati *di Amedeo Rossi e Alice Colombo*

Nel contesto di questa ricerca, abbiamo reputato importante dedicare un'attenzione particolare alla formazione professionale per numerosi motivi. Innanzitutto, per quanto riguarda gli infermieri, il passaggio del sistema formativo a livello universitario (a partire dal 1997) rappresenta un aspetto fondamentale del faticoso ed incerto percorso per il riconoscimento del lavoro infermieristico come professione (Tousijn, 2000), e segnala, almeno in linea generale, quale dovrebbe essere la collocazione dell'infermiere all'interno della complessa organizzazione della Sanità italiana. I responsabili dei corsi di laurea da noi intervistati hanno disegnato il profilo professionale che viene proposto agli studenti, e di conseguenza quali aspettative si creano in loro, riguardo alle future mansioni. Questa immagine ideale, il *"*dovere essere*"* dell'infermiere, si scontra però con una realtà che presenta una serie di nodi critici che cercheremo di delineare in questo e nei seguenti capitoli.
Una discrasia simile è avvertita anche dal personale *"*di supporto*"*, ed in particolare dagli OSS (Operatore Socio-sanitario). Tale figura è stata recentemente istituita per riqualificare il personale ausiliario e ricoprire compiti un tempo attribuiti agli infermieri generici. La loro formazione è affidata alle Regioni, deputate a finanziare corsi professionali organizzati da enti sia pubblici che privati. Come evidenziato nella denominazione, si tratta di personale formato per operare in ambiti molto diversi, sia in ambito sociale e socio-assistenziale che sanitario, anche se in questo ultimo caso, almeno per quanto riguarda le strutture ospedaliere, è ancora poco utilizzata. L'indicazione *"*di supporto*"* fa comprendere anche il ruolo subordinato rispetto ad altre figure di riferimento, come ad esempio gli infermieri, che dovrebbero essere sollevate dalle mansioni pratiche e prettamente assistenziali.
È dunque fondamentale chiarire gli aspetti della formazione poiché rende possibile l'individuazione di alcune linee di tendenza per quanto riguarda il futuro di queste professioni, sia da un punto di vista strettamente professionale che in relazione al processo di sostituzione, che si sta via via verificando, del personale italiano con quello straniero.
Nel corso del presente capitolo analizzeremo quindi alcuni temi specifici lasciando l'approfondimento di altri, più generali, ai capitoli successivi.

Il sistema formativo e la situazione locale

La formazione degli infermieri e l'approccio alla professione.
Per approfondire il discorso sulla formazione è necessario ripercorrerne molto sinteticamente l'evoluzione nel nostro paese, poiché la professione infermieristica ha conosciuto negli ultimi trent'anni profondi cambiamenti per quanto riguarda la formazione, la professionalità e il ruolo all'interno dei servizi.
Questo processo di riqualificazione della professione infermieristica è stato il risultato dell'acquisizione nel nostro ordinamento delle norme europee relative alla formazione di questo personale, ma anche delle rivendicazioni della categoria infermieristica, sia per la spinta dei movimenti sociali degli anni '60-'70, sia a causa dell'aumento, soprattutto negli anni '70, della presenza maschile in una categoria tradizionalmente riservata alle donne. Infatti, la percezione sociale attribuiva alla figura dell'infermiere il ruolo di *"*mano del medico*"*, incaricata cioè di svolgere compiti manuali in maniera fortemente subordinata. Anche se questa visione corrispondeva solo in parte alla realtà, essa era (ed è tuttora, almeno in parte) fortemente radicata nell'opinione corrente, nonostante gli sforzi della categoria per definire le competenze specifiche ed autonome della professione infermieristica, all'interno di un sistema sanitario ancora caratterizzato dalla *"*dominanza medica*"* (Tousijn 2000 e 2003).
Le modifiche più significative nel sistema di formazione e di inquadramento degli infermieri italiani sono avvenute però negli anni '90: oltre al passaggio dell'istruzione all'università, ci sono stati

l'approvazione del profilo professionale, l'abolizione del mansionario e il riconoscimento della pari dignità professionale rispetto alle altre figure presenti nel sistema sanitario (Tousijn, 2003).
La carriera universitaria è stata introdotta nel 1997/98, quindi in tempi relativamente recenti, soprattutto se confrontati con quanto avvenuto in altri paesi europei e non, e prevede il corso di laurea triennale, la laurea specialistica (ora Magistrale) e il dottorato di ricerca (Vendramin).
Il passaggio alla formazione universitaria triennale ha portato ad una fase complessa di riqualificazione che ha coinvolto non solo i nuovi infermieri laureati, ma anche buona parte del vecchio personale, in possesso del diploma o con qualifiche inferiori, ma che possedevano un notevole bagaglio di esperienza.
Giorgino (2003) aggiunge a questo proposito la seguente notazione:

> *"... La professione infermieristica arriva all'università sulla spinta della pratica professionale, in modo opposto rispetto alle altre discipline che invece vi sono apportate sulla base della loro pretesa scientificità. Non è un caso quindi che, almeno per ora, ci sia spazio solo per la didattica e non per la ricerca. Questa peculiarità può essere colta come un'opportunità piuttosto che come un'arretratezza. In questo modo può diventare un terreno di sperimentazione di un legame da costruire tra pratica, sviluppata e diffusa, e ricerca, in fieri."*

Attualmente il sistema formativo della professione infermieristica si struttura in due momenti fondamentali: i corsi universitari e la formazione/aggiornamento durante l'attività lavorativa. Per il conseguimento della Laurea Triennale è previsto il superamento di 18 esami teorici e 3 prove relative al tirocinio, ovvero il conseguimento di 180 Crediti Formativi[10], di cui un terzo ottenuto con l'attività di tirocinio.
Il corso universitario è, per esigenze formative, a numero chiuso[11]. Tuttavia la previsione da parte dei decisori politici di 5.000-5500 nuovi infermieri laureati all'anno, si è dimostrata nettamente insufficiente a coprire un *turn over* annuale stimato intorno alle 12.500 unità (Bernardotti, 2006). A questa mancata sostituzione si è unito negli anni l'aumento della domanda a causa dell'invecchiamento della popolazione nazionale. Questi due elementi hanno dunque contribuito ad aggravare la carenza di personale infermieristico rendendo sempre più pesante e sempre meno gratificante il lavoro degli infermieri, come conferma un infermiere spagnolo:

> *"C'è il problema della mancanza di infermieri, c'è un carico di lavoro impressionante che ti complica la vita. […] hai a che fare con il dolore delle persone, per cui lo stress è alto."*

La professione infermieristica si trova dunque a vivere una fase critica, che non dipende però solo dalle disfunzioni del nostro sistema sanitario. Se per un verso la faticosa definizione di un ruolo professionale specifico ed autonomo porta coloro che si occupano di formazione a sottolineare gli aspetti relazionali e di attenzione alla persona, il crescente tecnicismo ospedaliero e lo sviluppo dell'attività ambulatoriale intraospedaliera portano alla "consacrazione istituzionale di un indirizzo a stampo specialistico che equipara la conoscenza della persona assistita alla conoscenza della sua realtà biologica con risultati importanti sul piano scientifico-curativo, ma assai meno su quello antropologico e di tutela della salute" (Vicarelli, 2003). Inoltre, l'applicazione sempre più diffusa di logiche aziendali nella gestione del sistema sanitario e del personale, mette a rischio,

[10] Il Credito Formativo Universitario (CFU) corrisponde a 30 ore suddivise fra lezioni frontali, esercitazioni e studio individuale. Ai sensi dell'articolo 5 del D.M. n. 270/2004, la frazione oraria delle 5400 ore/180 CFU che deve essere riservata allo studio personale, anche per attività di tipo pratico, è determinata e pianificata in misura non inferiore al 30%, salvo nel caso in cui siano previste attività formative ad elevato contenuto sperimentale o pratico.

[11] Il numero di studenti ammessi al primo anno è definito in base alla programmazione nazionale e alla disponibilità di personale docente, di strutture didattiche (aule e laboratori) e di strutture assistenziali utilizzabili per la conduzione di attività pratiche di reparto, coerentemente con la normativa comunitaria vigente e successive modificazioni. Il numero programmato di accessi al primo anno di corso è definito ai sensi dell'art. 3, comma 2 della Legge n. 264 del 2 agosto 1999.

paradossalmente, il precario status professionale recentemente conquistato dagli infermieri poiché imposta il lavoro non sulla professionalità dell'infermiere ma su mansioni e compiti da svolgere. I lavoratori occupano posti di lavoro progettati a tavolino sulla base delle esigenze dell'organizzazione, e quindi le mansioni possono essere continuamente scomposte e ricomposte seguendo criteri di efficienza organizzativa. Questa impostazione rappresenta un attacco alla prerogativa fondamentale delle professioni che si definiscono sulla base del contenuto e dei confini della propria giurisdizione professionale (Tousijn, 2003).
Ci troviamo dunque di fronte ad una spaccatura fra i dettami delle leggi e l'organizzazione effettiva del lavoro. La legge 739 del '94 sul profilo professionale ha reso gli infermieri più autonomi rispetto ai medici, prevedendo che gli uni si prendano cura del paziente e che si facciano carico dell'integrità della persona accudita, mentre gli altri della malattia. All'infermiere è richiesto di acquisire inoltre competenze tecniche ed organizzative che gli permettano di lavorare in tutti i contesti e nei diversi reparti. Per queste esigenze i corsi universitari prevedono sia lezioni teoriche che tirocini pratici[12]. Tuttavia, come vedremo in seguito, gli assunti teorici spesso non corrispondono all'effettiva applicazione lavorativa.
A questo proposito un coordinatore del corso di laurea sostiene:

> *"Noi diciamo agli studenti che la differenza tra loro e gli OSS è la capacità di decidere, poi però si trovano a decidere molto poco e il rischio diventa di creare dei mondi scollati."*

Un altro aspetto critico è il rapporto fra i neolaureati e gli infermieri più anziani in possesso del diploma di scuola professionale. Questi ultimi hanno, infatti, molta esperienza e guardano con diffidenza i nuovi arrivati in possesso della laurea, timorosi che ciò determini una divisione tra infermieri di serie A e di serie B (C.D.P).
Si è creata in questo modo una situazione che può risultare, in alcuni contesti, paradossale: per un verso le caratteristiche della formazione infermieristica sono stabilite dal Ministero della Salute, che definisce il profilo professionale, che a sua volta insiste sulla responsabilità e sull'autonomia assistenziale, e prevede anche la possibilità di fare ricerca e di auto-aggiornarsi; per l'altro, la realtà è molto diversificata e il neolaureato si può trovare a lavorare in situazioni che smentiscono questa impostazione.
Fino al 1996 la formazione in Piemonte era gestita dalle singole strutture sanitarie che si occupavano di formare il personale che poi avrebbe operato al suo interno. Il passaggio delle competenze formative all'università ha portato ad accordi tra gli atenei e l'amministrazione regionale che hanno creato in un primo momento 2 sole sedi formative abilitate a Torino e Novara.
Questo fatto ha determinato però alcuni problemi negli ospedali poiché in precedenza i corsi infermieristici permettevano loro di formare il proprio personale ma anche, allo stesso tempo, di utilizzare i tirocinanti per supplire ai vuoti in organico. È il caso, ad esempio, di Ivrea, dove, a detta di un intervistato:

> *"Moltissimi reparti avevano una forza lavoro rappresentata dagli infermieri, allora allievi, che facevano parte dell'equipe, che facevano tirocinio qua. Poi dal '98 fino al 2000 non ce ne sono più stati, gli infermieri in turno si sono trovati senza più il loro ausilio. Adesso stanno tornando, comunque c'è stata una grossa carenza."*

Anche alcune istituzioni private, come il Cottolengo, che storicamente ha avuto un proprio sistema di formazione interno, sono state penalizzate da questa scelta. Si è dunque reso necessario rivedere questa centralizzazione del sistema e le università hanno provveduto ad aprire sedi distaccate in

[12] Ai sensi dell'articolo 5 del D.M. n. 270/2004, la frazione oraria delle 5400 ore/180 CFU che deve essere riservata allo studio personale, anche per attività di tipo pratico, è determinata e pianificata in misura non inferiore al 30%, salvo nel caso in cui siano previste attività formative ad elevato contenuto sperimentale o pratico. Alcuni corsi, come quello del Cottolengo, in genere fanno il 50% di ore di teoria.

corrispondenza dei maggiori ospedali regionali. Il Cottolengo, pur con qualche difficoltà posta dalla Regione e soprattutto dalla Facoltà di Scienze Infermieristiche, ha risolto il problema grazie ad un accordo con l'Università Cattolica di Roma.
Nelle province prese in considerazione dalla presente ricerca, i testimoni privilegiati evidenziano alcune caratteristiche comuni per quanto riguarda gli iscritti. In primo luogo si evidenzia una notevole disomogeneità per classi di età ed esperienze formative e lavorative pregresse. Nelle varie sedi universitarie interpellate, gli iscritti, soprattutto fra gli italiani, sono giovani neodiplomati che scelgono questo corso di studi solitamente come seconda scelta, oppure persone impiegate in altri campi che hanno deciso di rimettersi in gioco, a volte con motivazioni ideali rispetto al futuro lavoro. Essendoci frequentemente un numero maggiore di posti disponibili rispetto alle domande di iscrizione, in alcune realtà formative la selezione, spesso piuttosto severa, non avviene al momento dell'iscrizione ma durante il corso: al Cottolengo di Torino solo circa il 50-60% degli iscritti arriva al terzo anno; a Novara nei primi anni di attivazione dei corsi il 60% circa non riusciva a passare al secondo anno[13], stabilizzandosi attualmente a un terzo degli iscritti, come a Torino. Al contrario ad Alessandria gli abbandoni sono molto rari; questo fatto viene attribuito dalla responsabile della formazione al basso numero di studenti[14] unito all'accompagnamento garantito sia dai tutor che si occupano dei corsi teorici che dai tutor interni alle strutture in cui si svolgono i tirocini. In quel territorio c'è una particolare attenzione nei confronti dei neolaureati affinché rimangano a lavorare nella provincia, per non perdere le risorse formate dal corso infermieristico.
Un altro dato significativo riguarda la folta presenza, sia a Novara (circa il 30%) che ad Alessandria (circa il 20%), di studenti provenienti dal Sud Italia.
Il dato relativo all'età dei neolaureati avrà in futuro conseguenze piuttosto rilevanti. Infatti, quando c'erano le scuole infermieristiche gli iscritti al primo anno avevano dai 16 ai 18 anni, in genere entravano in servizio prima dei 20 anni ed andavano in pensione verso i 45[15]. Attualmente, l'età media degli infermieri neolaureati è di 27 anni e circa il 18% si laurea dopo i 30 anni, anche perché molti scelgono di proseguire gli studi con la Laurea Magistrale. Alcuni di questi hanno avuto precedenti esperienze lavorative diverse dal lavoro infermieristico. Dovendo aspettare almeno 35 anni prima di andare in pensione, in futuro ci sarà un invecchiamento ulteriore del personale in servizio: si calcola che intorno al 2022 circa 65-70% degli infermieri in servizio avrà più di 45 anni (Piccoli)[16].

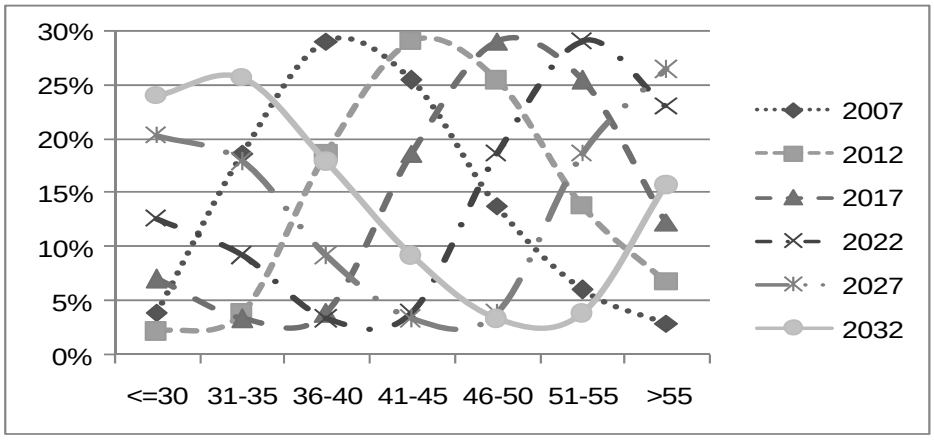


Figura 1 Proiezione dell'invecchiamento del personale infermieristico nell'Azienda 2

[13] Secondo una tutor didattica del Corso di Laurea, questo scarto è dovuto ad una maggiore motivazione degli studenti. Se infatti prima molti studenti si iscrivevano a Novara unicamente perchè c'erano posti vacanti, ma senza una particolare motivazione, ora che si è sparsa la voce del rigore degli insegnanti di questa sede, chi si iscrive, soprattutto se proveniente da lontano, lo fa consapevole dell'impegno e delle difficoltà che dovrà affrontare.
[14] Ad Alessandria attualmente al primo anno ci sono 74 iscritti. 55 studenti frequentano il secondo anno e 57 il terzo.
[15] Con la normativa precedente le varie riforme previdenziali gli infermieri potevano andare in pensione dopo 25 anni di servizio. Attualmente il pensionamento é previsto dopo almeno 35 anni di anzianità.
[16] Le proiezioni citate dalla ricerca dell'IRES nazionale sono ancora più pessimistiche, in quanto davano come previsione per il 2007 un'età media di 48 anni.

Considerando il tipo di lavoro particolarmente faticoso, sommato ad una maggiore anzianità, si comprende come il numero di anni di servizio in corsia per ogni singolo infermiere, rischierà di ridursi drasticamente, incrementando la necessità di nuovo personale.
Un altro aspetto critico, evidenziato da più intervistati, riguarda le reali possibilità di carriera della funzione infermieristica. In passato la progressione era molto ridotta: da infermiere generico a professionale, fino a caposala. Attualmente la progressione che si prospetta dovrebbe essere legata alla formazione post laurea, con la Laurea Magistrale e i corsi di master, ed alla struttura organizzativa dei servizi, che dovrebbe prevedere per gli infermieri una scala gerarchica parallela a quella dei medici, fino ad arrivare al dirigente infermieristico. Tuttavia in Piemonte, a differenza della vicina Lombardia, la figura del dirigente infermieristico attualmente è quasi inesistente.
A questo proposito una coordinatrice di corso di laurea nota che attualmente gli studenti laureati al terzo anno tendono in genere ad iscriversi anche alla Laurea Specialistica. In realtà neanche i corsi post laurea e i master garantiscono un inserimento professionale adeguato[17]. Il mancato riconoscimento della specializzazione nell'assegnazione ai reparti ospedalieri è uno dei punti problematici sottolineati da tutti gli intervistati che si occupano della formazione. Un altro coordinatore sostiene che

> *"Oggi fare il master ha un valore pari a zero. Da noi sei in balia di un caposervizio che non si capisce come distribuisce le risorse perché lui stesso è vittima di un sistema normativo dirigenziale che non funziona. In queste aule partoriamo studenti che dovranno orientarsi in una realtà molto variegata. Ho visto in reparti confinanti* [da una parte] *la preistoria e dall'altra, pubblicazioni di infermieristica di alto livello."*

Questa indicazione viene ulteriormente confermata da un suo collega:

> *"Se uno studente, un infermiere, finito il corso di primo livello, fa un master in area critica e chiede di andare a lavorare in rianimazione, non è detto che la sua domanda venga accettata, può benissimo andare a lavorare in oculistica. Non è neanche corretto, perché i master hanno un certo tipo di costo e oltretutto si dovrebbe utilizzare personale che abbia magari manualità o gestualità di un certo livello."*

La responsabilità di questa situazione viene attribuita all'assetto organizzativo regionale ed al permanere, nella dirigenza degli uffici infermieristici, di atteggiamenti radicati quanto superati. Il desiderio di sviluppare i propri interessi dal punto di vista professionale affrontando l'onere, anche economico, di un corso di specializzazione si scontra quindi con le rigidità organizzative e rischia di demotivare gli infermieri a continuare nella formazione.

La formazione degli Operatori Socio-sanitari
Quella dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) è una figura professionale del tutto nuova, chiamata a sostituire il personale ausiliario già presente e denominato in vari modi, che aveva però una scarsa preparazione teorica ma una notevole esperienza pratica in vari settori dell'assistenza sociale e sanitaria, sia a domicilio che nelle strutture socio-assistenziali ed ospedaliere.
La figura dell'OSS viene istituita nel 2001 con provvedimento della Conferenza Stato-Regioni, che ha definito il profilo professionale, il percorso formativo, le attività, le competenze e gli obiettivi dei moduli formativi. Alle Regioni viene affidato il compito di recepirne la figura nel proprio quadro normativo, di formare il personale ed inserirlo nel proprio sistema sanitario, sia privato che

[17] La Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche (ex Specialistica) è stata introdotta in ottemperanza del D.M. 270/2004 e s.m. per adeguare anche questo Corso di Laurea all'Offerta Formativa del MIUR, ma nella pratica, non è stato previsto un effettivo sbocco lavorativo. Il numero degli iscritti non è infatti calibrato su eventuali posti di Dirigente Infermieristico e ciò crea quindi uno scollamento fra aspettative degli studenti e mondo del lavoro.

pubblico. Alcune Regioni hanno emanato leggi ad hoc, altre, come la Regione Piemonte nel marzo 2002, hanno recepito l'accordo con una delibera regionale.
L'articolo 8 della Legge nazionale n. 1 del gennaio 2002, relativa a ulteriori disposizioni in materia di personale sanitario, definisce la formazione dell'OSS, tale da mettere il lavoratore in condizioni:

> *"Di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica e ostetrica o sotto la sua supervisione."*

Questa indicazione evidenzia il ruolo di complementarietà, se non di subordinazione, nei confronti di altre figure professionali, almeno per quanto riguarda il lavoro in ambito sanitario (diversa è la situazione nelle strutture socio-assistenziali e nei servizi a domicilio, dove il personale OSS è presente in misura molto maggiore). Nella pratica, un'OSS che lavora in ospedale racconta in questo modo le sue attività quotidiane:

> *"Adesso l'OSS è proprio dedicato al malato, si perde più tempo con il paziente, si lava di più, si pulisce meglio il paziente stesso, insomma è proprio un lavoro di cura della persona, mentre prima era cura dell'ambiente, anche la persona, però era un aiuto alle infermiere.* [Svolgiamo] *mansioni di cura rispetto al paziente e assistenza alla persona: ad esempio la cosa più corposa è quando si fa il giro letti, significa lavare i pazienti, cambiare il letto, lavare l'unità (letto, comodino). Questa è la cosa più sostanziosa, poi c'è la parte alberghiera: dare da mangiare. Servire nei vassoi il cibo... non è come una volta... prendiamo le ordinazioni dei pasti il giorno prima e, segnaliamo alla dietista eventuali intolleranze (diabetici, allergie) e compiliamo le schede, chiediamo a tutti pazienti e poi abbiamo vassoi pronti con le cose da mangiare e aiutiamo anche quelli che non riescono a mangiare da soli, se non hanno un parente che li aiuta, poi si ritirano e vassoi, si mettono sul carrello e si porta il carrello in cucina. Questi sono i due lavori più importanti dell'OSS.*
> *Poi ci sono i lavori intorno: portare i pazienti in radiologia, il 'barellaggio' viene definito e, in alcuni casi, tipo al ritorno dalla sala operatoria viene anche un'infermiera per problemi di sicurezza... può succedere qualcosa, quindi è meglio ci sia anche l'infermiera... solo per la sala operatoria. Nel mio reparto c'è molta collaborazione tra infermieri e OSS: le infermiere collaborano proprio anche nelle mansioni delle OSS. Al mattino ci sono tre infermiere e due OSS, un'infermiera si stacca per occuparsi della somministrazione della terapia e le altre 2 infermiere e 2 OSS fanno il giro letti facendo insieme le cose."*

Nei primi anni di istituzione di questi corsi professionali l'attività formativa, soprattutto in campo ospedaliero, ha riguardato in primo luogo la riqualifica del personale già in forza presso le strutture e privo di una formazione ritenuta sufficiente, che, con la nuova normativa, non avrebbe potuto altrimenti continuare nella propria attività lavorativa. Tale formazione prevedeva corsi di 360 ore[18]. Questo processo di riqualificazione ha riguardato in molti casi anche personale di cooperative che si trovava nelle stesse condizioni. Con il 2007-2008 si è concluso l'ultimo corso di riqualificazione OSS.
Ora la normativa prevede corsi della durata di 1000 ore in un anno, di cui una parte rilevante viene destinata agli *stage*s, realizzati sia in strutture sanitarie e socio-assistenziali che nei servizi a domicilio. Tuttavia, in considerazione del tipo di utenza, composta in buona parte da persone che stanno lavorando, sono stati strutturati anche corsi triennali[19] che permettono quindi una frequenza diluita

[18] I corsi di riqualificazione proposti dal CISA Ovest Ticino, ora conclusi, prevedevano 210 ore di teoria, 140 di pratica e le rimanenti da dedicare agli esami finali.
[19] Ad esempio allo IAL di Novara i percorsi triennali sono divisi nei seguenti moduli:
1° anno: "Elementi di assistenza familiare" per 240 ore (comprese 30 h. di italiano nel caso degli stranieri);
2° anno: "Tecniche di sostegno alla persona" di 400 ore;
3° anno: "Modulo finale oss" di 400 ore.

nel tempo e si ha un attestato alla fine di ogni anno immediatamente spendibile per il lavoro di assistenza domestica. Per accedere all'esame finale è necessario aver frequentato almeno il 90% delle ore previste.
Nelle province prese in considerazione nel presente rapporto, la formazione degli OSS è stata promossa da diversi centri di formazione, sia pubblici (come lo SFEP di Torino o il Consorzio socio-assistenziale CISA Ovest Ticino in Provincia di Novara) che privati, ed i corsi sono stati attivati grazie a finanziamenti pubblici dell'Assessorato regionale al Lavoro e da quello alle Politiche sociali, con bandi differenziati riguardo alle caratteristiche dei partecipanti. Ad essi si aggiungono i corsi finanziati dal Fondo Sociale Europeo che impongono criteri particolarmente restrittivi sia in termini di struttura che di partecipanti[20].
Nei tre territori i posti disponibili per partecipare ai corsi sono molto minori rispetto alle domande di iscrizione, quindi ogni anno vengono organizzate prove di selezione che riguardano competenze pregresse ed attitudini personali relative a questo tipo di professione[21].
La notevole quantità di candidati pronta ad affrontare una formazione abbastanza impegnativa e in seguito a svolgere un lavoro pesante e poco remunerato è dovuta al fatto che, una volta conseguito il titolo, ed a volte addirittura prima, si ha la garanzia di un posto di lavoro a tempo indeterminato, in quanto la richiesta di personale OSS è altissima, soprattutto da parte delle strutture socio-assistenziali e delle cooperative che si occupano di assistenza. Lo scarso numero di OSS inseriti nelle strutture sanitarie pubbliche è dovuto invece al blocco delle assunzioni (che non riguarda al contrario gli infermieri) e alla presenza di personale riqualificato, che però è in via di esaurimento, sia per i pensionamenti che per la destinazione ad attività non operative a causa dell'usura fisica e dell'età. A questo proposito un responsabile della formazione infermieristica sottolinea che:

> *"è vero che abbiamo introdotto altre figure, ma il problema è come si gestiscono e che noi per il supporto abbiamo riciclato personale irriciclabile… noi ci siamo trovati in situazioni che le OSS erano tutte con impedimenti fisici o intellettivi. Ci ritroviamo ad avere persone con qualifiche come le OSS che sono schiacciate verso il basso come figure."*

Finita la fase di riqualifica del personale già impiegato, la garanzia di trovare un lavoro appena conseguito il titolo ha portato all'iscrizione ai corsi da parte di persone con caratteristiche personali molto diverse. Tra gli italiani ci sono giovani usciti prematuramente dal sistema formativo o neodiplomati, ma anche casalinghe ultra quarantenni divorziate o che vogliono integrare il magro reddito familiare, operai in cassa integrazione o in mobilità, addirittura persone segnalate dai servizi sociali o psichiatrici. Come nel caso degli infermieri, non mancano infine studenti universitari o laureati in varie materie non inerenti alla cura che hanno deciso di riciclarsi per le ragioni più varie e, come vedremo in seguito, immigrati presenti ormai da anni in Italia e che vogliono uscire dal sistema informale del lavoro di cura a domicilio. Nel caso dei corsi finanziati dal Fondo Sociale Europeo, fino al 2006 ad alzare l'età media degli iscritti ai corsi rivolti ai disoccupati era il fatto che si prevedeva un'età minima di 25 anni, che dal 2008 è sceso a 18 anni, età già prevista invece per i corsi organizzati grazie all'Assessorato Politiche Sociali. Un ulteriore elemento che incide sia sul livello di partenza degli iscritti che sulla loro età è l'esclusione, diventata tassativa negli ultimi tempi,

[20] I fondi europei sono stanziati sulla base di bandi tematici. Spesso gli enti di formazione partecipano per avviare corsi rivolti a disoccupati o a immigrati. Per l'accreditamento è però necessario garantire determinate materie quali l'inglese e l'informatica. Ciò comporta particolari difficoltà di accesso per quelle agenzie formative, come il CISA, che non hanno una struttura didattica dotata di PC.

[21] A Torino per l'anno scolastico 2007-08 le domande di iscrizione sono state 1084, circa 900 si sono presentati alla selezione per 175 posti. Allo IAL di Novara per 30 posti disponibili gli iscritti all'ultimo esame di selezione sono stati 250, di cui il 30% non si è presentato ed una percentuale simile non ha passato l'esame scritto. In provincia, presso il Consorzio Socio-assistenziale del'Ovest Ticino, e all'ENAIP di Alessandria la selezione per rispettivamente 25 ei 30 posti è stata fatta su 90 candidati. Un responsabile della formazione di Torino ha evidenziato lo stretto rapporto tra la congiuntura economica ed il numero di iscritti all'esame di ammissione, che aumenta con il peggiorare della situazione occupazionale.

di chi ha ottenuto un titolo di studio superiore alla terza media per quanto riguarda i corsi finanziati dall'Assessorato al Lavoro. L'esclusione dei diplomati determina alcune conseguenze negative: si alza l'età media degli studenti (e quindi anche quella degli operatori che, alla fine del corso, vengono inseriti nei servizi a compiere attività pesanti anche dal punto di vista dello sforzo fisico), si formano classi eccessivamente omogenee sia come età che come livello culturale ed esperienze di vita (dato che invece i diplomati partecipano ai corsi finanziati dall'Assessorato alle Politiche Sociali), si escludono persone che possono essere particolarmente motivate per il lavoro di cura e che presumibilmente avrebbero minori difficoltà ad affrontare il corso, almeno nella parte teorica. D'altra parte questa esclusione mira a trovare un inserimento lavorativo qualificato a persone che rischiano di rimanere escluse in modo definitivo dal mercato del lavoro a causa dell'età e del basso livello di scolarizzazione. Pare quindi ragionevole la posizione dei responsabili della formazione intervistati che sostengono la necessità di avere un approccio più flessibile riguardo ai requisiti per l'accesso ai corsi.
La minore disponibilità di posti rispetto alla domanda di formazione ed alle richieste del mercato del lavoro non è solo legata ai limiti di bilancio dei vari assessorati ma anche a problemi gestionali. Infatti, almeno nel caso di Torino, non risulterebbe semplice riuscire a organizzare e coordinare un numero maggiore di *stages* perché essi implicano un investimento di tempo e di personale per le strutture che accettano di ospitarli, in particolare per le strutture ospedaliere, in cui spesso ci sono croniche carenze di personale e dove, come già rilevato, questa figura professionale stenta a trovare una collocazione lavorativa. La situazione attuale per quanto riguarda questa professione viene così descritta da una responsabile della formazione OSS:

> *"Credo che siamo ancora in cammino, per capire cosa vuol dire inserire un OSS di prima formazione, quindi con 1000 h. e una formazione più solida, e come utilizzarlo all'interno dei servizi. Di fatto abbiamo ancora quelli che sono stati riqualificati in modo approssimativo tramite sanatorie di fatto. Questo meno per i servizi sociali, perché questi devono inventarsi il lavoro e sono più autonomi, mentre per i servizi sanitari c'è questo personale anziano, che prima era ausiliario, ed è molto appiattito. Quindi il personale sanitario non fa un utilizzo pari a come noi adesso strutturiamo la formazione dell'OSS. Bisognerà aspettare del tempo perché si sostituisca il personale vecchio e si inserisca la nuova figura a tutti gli effetti.*"

Nella stessa intervista, la differenza tra settore sanitario e socio-assistenziale viene evocata anche rispetto al recentissimo tentativo di creare un ordine professionale degli OSS, su modello di quanto è avvenuto per gli infermieri:

> *"Chi lavora in sanità ha a che fare con gerarchie più nette e più pesanti, quindi un OSS si trova di fronte un infermiere che ha forte questa appartenenza all'ordine ed allo status professionale. In ambito sociale gli OSS credo siano meno orientati in questo senso perché in questo ambito c'è una gerarchia meno schiacciante, ed anzi è necessaria una collaborazione di tipo diverso."*

Sulla base di queste considerazioni complessive e delle informazioni raccolte in ambito ospedaliero, per quanto riguarda il settore sanitario, l'inserimento a pieno titolo di questa figura professionale, pensata in primo luogo per liberare il personale infermieristico dalle attività meno qualificate, pare ancora da realizzare.

La presenza degli stranieri nel sistema formativo

Gli stranieri nei corsi universitari per infermieri

Gli studenti stranieri iscritti ai corsi di laurea in Scienze infermieristiche alle Molinette di Torino sono intorno al 15-20%, ad Alessandria e al Cottolengo di Torino superano il 25%, mentre a

Novara sono attualmente 2-3 unità su circa 150 iscritti l'anno. In quest'ultima sede c'è stato negli anni un cambiamento nell'atteggiamento della Facoltà in seguito ad un caso specifico che vale la pena rilevare nel dettaglio.
Nel 2000-01, su richiesta di una struttura del Vercellese gestita da suore laiche, la Facoltà ha dato la possibilità ad infermieri stranieri, che stavano già lavorando con qualifiche più basse, di potersi iscrivere al corso di laurea vedendo riconosciuti un certo numero di crediti, permettendo loro l'iscrizione diretta al 2° o 3° anno sulla base di un'attenta analisi dei titoli e delle esperienze pregresse. Per i più qualificati è stato possibile fare solo il tirocinio di un anno e sostenere alcuni esami per garantire l'apprendimento del linguaggio tecnico e per verificare se avessero una preparazione sufficiente. La logica di questo tipo di formazione era di ridurre lo sfruttamento di persone che, pur con una qualifica ed uno stipendio più basso, lavoravano di fatto già come infermieri. Il percorso formativo ridotto tendeva inoltre per un verso a dare ai pazienti e ai datori di lavoro maggiori garanzie sulla competenza del personale di assistenza straniero, e a quest'ultimo di veder riconosciuta la propria professionalità in modo legale, senza dover provvedere alla lunga procedura burocratica del riconoscimento del titolo.
Nel primo anno si sono iscritte cinque persone, ma in quelli successivi c'è stato un notevole incremento nel numero di iscritti stranieri in possesso dei più svariati titoli conseguiti in patria, anche perché provenivano da vari paesi con sistemi formativi differenti: Perù, Bolivia, paesi dell'Est. Si trattava in maggioranza di donne, con un'età dai 30 anni in su. La grande differenza tra i vari titoli di studio rendeva molto difficile adottare criteri omogenei per l'ammissione ai corsi in base ai percorsi di studio in patria. Anche tra persone che provenivano dallo stesso paese ed erano in possesso dello stesso titolo di studio (in particolare nel caso dei rumeni e dei polacchi) c'erano notevoli differenze di preparazione. Inoltre, sono sorti problemi molto seri nei rapporti tra l'università e le suore laiche per quanto riguarda i costi del corso (in termini di ore non lavorative perché dedicate alla formazione), in quanto esse pretendevano che il tirocinio venisse svolto nella loro struttura, utilizzando di fatto queste ore per far lavorare queste persone come infermieri, nonostante fossero ufficialmente ancora in formazione. Lo svolgimento del tirocinio nella struttura non consentiva una reale verifica delle loro capacità, e comunque sarebbe dovuto essere impostato come un'attività didattica e non lavorativa. Un altro aspetto che ha portato ad abbandonare questa pratica è stato il sospetto di un pesante sfruttamento di queste persone da parte dell'associazione religiosa. Esse avevano inoltre una scarsa conoscenza della lingua ed in qualche caso una minore competenza di base rispetto a quanto previsto. I coordinatori intervistati hanno rilevato che coloro che hanno usufruito dell'abbreviazione del corso poiché possedevano già il titolo in patria, hanno riscontrato maggiori difficoltà soprattutto in merito alle modalità più complesse di intervento curativo, come per esempio la somministrazione di alcuni farmaci. In questi casi i coordinatori dei corsi hanno provveduto a rivedere il percorso di studi per calibrarlo sulle aspettative del settore lavorativo. Per quanto riguarda la lingua, invece, il percorso formativo non prevedeva un intervento specifico: veniva fatto unicamente un test di italiano in sede di selezione, che però era poco selettivo. Nel 2005, con il nuovo Presidente di corso, si sono introdotti criteri molto più restrittivi, cosa che di fatto ha scoraggiato l'iscrizione di stranieri con il titolo di infermieri non riconosciuto.
A parte questa situazione specifica, le caratteristiche degli iscritti stranieri sono abbastanza omogenee. Si tratta in genere di persone ultra-quarantenni, in Italia da parecchi anni ed inseriti nel settore del lavoro di cura a domicilio o, in qualche caso, che hanno già completato un percorso formativo come OSS o come OTA. Ci sono anche persone che in patria avevano conseguito titoli di studio infermieristici o anche la Laurea in Medicina ma non sono riusciti a farsi riconoscere il titolo in Italia. Rispetto alla composizione per genere degli studenti italiani a Torino ed Alessandria c'è un maggior numero di uomini (comunque in numero molto ridotto rispetto alle donne), che hanno un'età più alta rispetto a quella delle colleghe straniere. Nel caso di Torino, alle Molinette le zone di provenienza sono quelle con maggiore componente femminile: America latina e paesi dell'Est. Invece al Cottolengo e ad Alessandria le provenienze sono molto più differenziate, e comprendono anche nazionalità poco numerose, come India, Brasile, Egitto e Congo. Inoltre, si

nota una certa tendenza degli stranieri di seconda generazione a seguire le orme dei genitori, per cui capita che si iscrivano ai corsi persone della stessa famiglia.
Le principali difficoltà incontrate dagli studenti stranieri sono soprattutto linguistiche e di tempo, poiché molti di loro continuano a lavorare anche durante la frequenza, con relativi problemi di compatibilità con gli orari dei tirocini. Le difficoltà linguistiche sembrano più accentuate per i latinoamericani, in quanto parlano una lingua che comunque permette loro di capire a farsi capire nella vita quotidiana, e forse anche perché tendono a socializzare preferibilmente con i propri connazionali. Non pare che i tentativi fatti a Torino per migliorare la competenza linguistica siano stati accolti in modo positivo:

> *"Una cosa che ci ha stupito è che nonostante si cercasse di creare con loro percorsi di aiuto per migliorare le loro performance soprattutto linguistiche, la risposta di tutti, indipendentemente dall'origine, è stata molto bassa. Abbiamo proposto letture, corsi e momenti di incontro, la loro partecipazione è quasi pari a zero."*

Ciononostante, a parte il corso delle Molinette, in cui si rileva una percentuale di abbandono del 30%, pari a quella degli italiani, negli altri poli formativi gli intervistati ritengono che gli stranieri dimostrino una maggiore motivazione e volontà di superare le proprie difficoltà, arrivando, anche se spesso con qualche anno di ritardo, alla laurea.
Il momento più critico per gli immigrati, sia a Torino che ad Alessandria, emerge nei tirocini, che richiedono agli studenti di mettere in campo risorse relazionali complesse, tra le quali la capacità di comprendere le dinamiche che si instaurano con le altre persone coinvolte (tutors, infermieri dei reparti, pazienti, ecc.). La scarsa padronanza, in particolare per i sudamericani, dei codici culturali diversi da quelli di origine, porta questi studenti ad avere grosse difficoltà, che sono anche legate a questioni molto concrete:

> *"Probabilmente per la vita che fanno sono in ritardo cronico su tutto, l'iscrizione spesso non si iscrivono ai tirocini proprio perché non accedono alle risorse. Raramente accedono a internet, non hanno internet in casa e il nostro corso che spesso comunica tramite la posta elettronica crea difficoltà, bisogna ad esempio stampargli la modulistica. Ci sono difficoltà ad accedere ai servizi però hanno questa dignità loro per cui mai ti direbbero le loro difficoltà."*

Questo problema sembra invece non esistere con gli studenti dell'Europa dell'Est, che oltretutto spesso hanno una formazione scolastica pregressa medio-alta.
Pare inoltre che nelle tre sedi universitarie prese in considerazione dalla presente ricerca, ed in modo particolare a Torino, sia abbastanza frequente, in caso di insuccesso nei tirocini, la lamentela da parte degli studenti per il fatto di essere stati discriminati in quanto stranieri:

> *"Un elemento costante in tutti gli stranieri è l'idea che il giudizio negativo che spesso capita è influenzato da fattori razziali. C'è qualcuno che costruisce tutto il suo curriculum scolastico fallimentare, soprattutto nel tirocinio, dove ci sono variabili diverse, attorno al fatto razziale. …. Può anche succedere. Non abbiamo indicatori che ci consentano di intervenire perché non ci sono elementi chiari e il pregiudizio è qualcosa non facilmente oggettivabile. Viene dichiarato sempre però forse è accentuato da una serie di problematiche quotidiane che vivono gli stranieri…Soprattutto se sono peruviane partono da questa posizione, come se avessero subito un torto. È una dinamica certe volte imbarazzante, si ha la sensazione che la consapevolezza dei propri limiti sia censurata da meccanismi, da vissuti…"*

Quindi queste lamentele vengono considerate ingiustificate, o meglio, spiegate come il risultato di un atteggiamento mentale a priori, che non ammette i propri limiti e tende a colpevolizzare il contesto dei propri insuccessi, anche se si riconosce la difficoltà di verificare in modo approfondito se quanto asserito da questi studenti stranieri abbia un fondamento.

Un altro problema riscontrato durante i tirocini, soprattutto per coloro che provengono dall'assistenza anziani, riguarda la difficoltà di passare dall'approccio al malato, tipico del lavoro di cura a domicilio, ad una mentalità più professionale e tecnica.
Comunque tutti gli intervistati escludono che tra studenti italiani e stranieri ci siano problemi di relazione, in particolare che si siano manifestati episodi di razzismo o xenofobia, anzi, pare che gli italiani si dimostrino spesso collaborativi e disposti ad aiutare i propri colleghi immigrati.
Viene invece rilevato il rischio, stante l'attuale normativa sulla cittadinanza e l'accesso agli impieghi pubblici, che l'università stia formando personale che verrà poi assoldato dalle cooperative, dalle agenzie interinali, da studi associati o, nel migliore dei casi, si metterà in proprio. Peggio ancora, come conseguenza della globalizzazione del mercato del lavoro, è possibile che questo personale infermieristico specializzato, formato in Italia, vada poi a lavorare in altri paesi in cui gli stipendi e le condizioni di lavoro sono più attraenti (Piccoli).
Da interviste realizzate a tre colleghe straniere di una stessa sede, che si sono formate in Italia, non è ovviamente possibile ricavare indicazioni statisticamente significative. Si tratta di ragazze che per ragioni diverse avevano già in partenza una buona conoscenza della lingua italiana, ma che ciononostante hanno avuto alcune difficoltà iniziali. Pur avendo studiato nella stessa università hanno espresso opinioni piuttosto diverse rispetto ai rapporti con gli insegnanti. Mentre una afferma di essere stata aiutata a superare i problemi iniziali grazie all'aiuto di alcuni docenti, l'altra ha avuto esperienze opposte, anche se relative ad altre colleghe di corso. Non si tratta di discriminazioni legate all'origine nazionale, ma di un atteggiamento indistinto verso italiani e stranieri volto a scoraggiare alcune persone dal proseguire negli studi:

> *"Durante un esame di infermieristica, la tutor nostra guarda una ragazza e le dice: -Che piccole manine, tu andresti meglio per fare l'ostetrica!- Oppure ti guardavano l'orologio, e ti dicevano: - Che piccolo orologio, lo sai che piccolo orologio significa non tanto avere carattere forte?- Proprio queste battutine, che ti mettevano… Già come lavoro, vedi che è dura lavorare con i pazienti e dici: -No, questo non lo farò mai- e dopo un mese di tirocinio uno si ritira da solo, -Lavoro in un ufficio- E quelli lì a scuola ti mettono ancora i bastoni sotto i piedi... Non so se prendono questo atteggiamento, questa tecnica, per far passare solo quelli che sopravvivono, ma veramente, dicevo -Ma perché, perché ci fanno così?-."*

Il risultato è stato che su 120 che hanno iniziato il corso solo la metà è arrivata alla laurea. Anche dal punto di vista di questa laureata straniera il tirocinio si è dimostrato il momento più difficile del corso universitario. Ma non si tratta solo del rapporto difficile con la tutor. Nel corso dell'intervista sono emersi anche altri aspetti critici legati al modo in cui è impostata la formazione, anche confrontata con altri modelli. Ad esempio, le colleghe polacche che avevano seguito un corso infermieristico in patria sostenevano che il tirocinio era molto più legato all'apprendimento pratico, mentre in Italia:

> *"La cosa pratica, a scuola zero. Lì ti parlano di filosofia, di queste infermiere cosa hanno fatto, cosa non hanno fatto... non che nelle lezioni infermieristiche ti portano aghi, ti fanno vedere come inserire, no, queste cose le impari in reparto, guardi, magari c'è una che fa sbagliato, tu lo impari sbagliato, lo ripeti... Qui entri in reparto e di solito tutti gli allievi per prima cosa fanno il giro letti, pressione e temperatura. Poi il secondo anno ci chiedevamo -Perché non ci fanno fare qualcosa di più che sfruttarci solo per questi giri?- Perché poi ti dicono -Hai fatto la scuola, perché non sai fare un prelievo da un'arteria?- -Perché non l'ho mai fatto durante il tirocinio, non avevo la possibilità di farlo!-"*

Insomma, per un verso il tirocinio è stato segnato da comportamenti vessatori, per l'altro non ha rappresentato un effettivo momento di formazione pratica. Pur se non mirati a scoraggiare o colpire specificamente gli studenti stranieri, i comportamenti citati in questa intervista fanno pensare che un rapporto docente/discente così poco disponibile possa danneggiare in primo luogo chi, come gli

immigrati, si trova per varie ragioni in una situazione difficile sia dal punto di vista esistenziale che da quello specifico legato allo studio D'altra parte, è possibile che questo atteggiamento non sia dettato da una generica malevolenza nei confronti di alcuni studenti, quanto dalla volontà di testare la capacità di sopportare situazioni stressanti ed i rapporti a volte difficili con i superiori che i futuri infermieri dovranno affrontare.
Dalla stessa intervista emerge come una vera discriminazione, il fatto che le assunzioni in un ospedale, per ragioni di ordine aziendale, siano avvenute sulla base dell'età dei neolaureati, privilegiando i più giovani indipendentemente dai risultati ottenuti durante il corso e dal voto di tesi:

> *"Chi vuole lavorare lì, allora se magari dice di sì, loro fanno una graduatoria, non magari secondo i tuoi impegni, i tuoi esami, i tuoi risultati, ma in base all'età! Da più giovane a più vecchio!... Uno magari si impegna, magari ha preso trenta e lode e ha 40 anni, e quelli magari, diciottenni, che se ne fregano, hanno il primo posto. Questo mi sembra esagerato."*

Per terminare, è significativa la riflessione di un'intervistata latinoamericana, laureata in Medicina nel paese d'origine, e che, non potendo far riconoscere il proprio titolo in Italia, ha fatto il corso infermieristico. Può quindi confrontare l'esperienza di studio nei due sistemi universitari. In primo luogo l'intervistata nota come in patria i tutor potessero seguire in modo più approfondito gli studenti, avendo un numero molto minore di allievi di cui occuparsi. Durante gli studi, con i colleghi italiani non ha stretto buoni rapporti, ma ritiene che ciò fosse dovuto alla differenza di età (sua e degli altri stranieri del corso, con cui invece ha stretto rapporti di amicizia), maggiore di qualche anno rispetto a quella degli italiani. Infine, la notazione più significativa, ancora una volta legata al tirocinio:

> *"Il primo impatto con l'ospedale italiano… totalmente diverso... comunque era un rapporto molto più umano* [nel suo paese], *non essendoci la tecnologia, non essendoci i presidi, c'era molto più contatto con le persone, cosa che qui c'è tutto… perché nei nostri ospedali c'è tutto, c'è sempre una frenetica… un continuo via-vai che tante volte al malato lo si guarda, ma proprio per dovere. Quindi la prima impressione è stata questa di maggior lontananza umana dal malato. Poi piano piano, facendo un po' di esperienza si impara un po' a gestire questo."*

Ovviamente si tratta di una differenza rilevante, un modo di lavorare ed un approccio nei confronti del malato che, lungi dalle teorizzazioni richiamate criticamente in una precedente citazione, nella realtà richiede un cambiamento di mentalità sia rispetto alle eventuali esperienze di lavoro in patria che rispetto al lavoro di cura a domicilio. La professionalizzazione del rapporto con il malato passa anche da un maggiore distacco rispetto all'approccio relazionale e nel rispetto rigoroso delle procedure e dei tempi di lavoro. Tutti questi aspetti emergono in modo rilevante già a partire dai tirocini.

Gli stranieri nei corsi OSS

In tutte le sedi formative interpellate la presenza di studenti stranieri è rilevante, e si divide nelle varie modalità in cui i corsi OSS sono strutturati: corso di 1.000 ore in un anno e corso diluito in 3 anni (riservato in genere alle persone che stanno lavorando), in cui la presenza di immigrati è maggiore. Inoltre in alcune sedi sono stati attivati corsi destinati solo agli stranieri[22], che prevedono la disoccupazione e riconoscono un gettone di presenza di 2 € all'ora, non attribuito agli altri corsi. Come sottolineato da un responsabile dei corsi, il requisito della disoccupazione per gli stranieri è in contraddizione con il possesso del permesso di soggiorno, che è strettamente legato al fatto di avere un lavoro. Questo fatto, almeno in teoria, permette l'iscrizione solo a persone ricongiunte e con

[22] Con l'entrata di Romania e Bulgaria nell'U.E. la denominazione è passata da "corsi per extracomunitari" a "corsi per stranieri", per non escludere i molti rumeni che vi partecipano.

almeno un membro della famiglia che garantisce un reddito. Un altro requisito diventato tassativo negli ultimi due anni riguarda il fatto di aver conseguito il titolo di scuola media inferiore in Italia, cosa piuttosto rara anche per stranieri presenti da molti anni nel nostro paese. Per ovviare almeno parzialmente ad una difficoltà insormontabile, che escluderebbe dalla partecipazione ai corsi la stragrande maggioranza dei candidati stranieri, le varie sedi dei corsi hanno concesso l'iscrizione anche a chi non lo ha ancora conseguito, rilasciando però l'attestato finale solo previa presentazione del conseguimento del titolo di scuola media.
Se per partecipare alla formazione non è indispensabile avere previamente ottenuto la licenza di terza media, condizione imprescindibile è la permanenza regolare in Italia. È importante sottolineare che buona parte degli stranieri che hanno frequentato i corsi proviene da un periodo passato più o meno lungo di clandestinità o irregolarità, durante il quale ha svolto lavori di vario genere. Un intervistato albanese ed due ecuadoriani raccontano percorsi molto frequenti:

> *"Poi nel 1997 abbiamo saputo che mia moglie era incinta e quindi ho deciso di venire qua, in Italia. Sono venuto con il gommone. Ho iniziato a lavorare a Milano come imbianchino…. Visto che stavo facendo i documenti per regolarizzarmi (sanatoria 1998) ho deciso di rimanere…. Da febbraio a giugno 2001 ho fatto un corso come OTA."*

> *"Sono arrivata nel 2000 e ho iniziato a lavorare come badante, perché ero senza documenti. Sono arrivata, come tutti per turismo e in quel momento, secondo la legge se ti trovavano per la strada dovevi andartene, ti davano un foglio di via e tutto quanto e allora uno cercava sempre di lavorare fisso e non andare in strada, perché era meno pericoloso.*
> *Anche lì non avevo ancora i documenti, ma la famiglia era disponibile a farmi i documenti appena fosse uscita la legge. Infatti nel 2002, appena è uscita la legge* [Sanatoria 2002] *hanno fatto così e sono rimasta con loro finché non è mancata la signora nel 2005."*

> *"Sono arrivato qua in Italia, come molti miei connazionali, a cercare una vita migliore, a lavorare... infatti è stata la mia ex compagna ad arrivare prima... è lei che mi ha motivato un po' mi ha detto vieni qua provare... e così sono arrivato. Il primo anno è stato un anno difficile, senza conoscere bene la lingua, con tante difficoltà... non avere la possibilità di trovare un lavoro fisso, perché non avevo documenti. Un giorno, un amico mi ha detto che c'era bisogno di una persona per assistere un anziano a casa, come badante."*

Gli esempi potrebbero continuare. Quello che vorremmo evidenziare con queste citazioni è un dato assolutamente noto a chi si occupa di immigrazione in Italia, ma spesso ignorato dall'opinione comune, diffusa da politici e mass media, che ritiene ci sia una netta distinzione tra immigrati regolari e non, e che questi ultimi siano da considerare alla stregua di criminali. A livello politico, si ignora coscientemente che la stragrande maggioranza degli immigrati presenti regolarmente nel nostro paese sono passati da ingressi forzatamente clandestini o presenze irregolari per periodi più o meno lunghi, fino alla successiva sanatoria, o, più raramente, all'inserimento nel decreto flussi. Tutto ciò perché di fatto la regolazione dei flussi regolari si è dimostrata finora una mera finzione amministrativa. Si ignora altresì che buona parte del nostro *welfare*, ormai demandato alle famiglie, si basa proprio sui bassi costi e sulla disponibilità forzata (come sottolineato nel secondo brano citato) garantiti dagli immigrati senza permesso di soggiorno.
Come ricordato più sopra, l'elevata probabilità di trovare un lavoro subito dopo avere conseguito il titolo determina un altissimo numero di candidature all'iscrizione a fronte di posti disponibili decisamente inferiori. Ciò determina di conseguenza una durissima selezione che avviene attraverso esami scritti ed orali. I responsabili della selezione nei tre territori hanno rilevato che è abbastanza frequente che una parte degli esclusi, sia stranieri che italiani, manifesti, anche con ricorsi al TAR, la convinzione di essere stata discriminata. I primi in quanto stranieri, i secondi proprio in quanto italiani, sollevando il sospetto che i selezionatori accettino gli immigrati, manodopera più malleabile

e disponibile, per favorire gli interessi delle cooperative e delle agenzie interinali, principali reclutatori degli OSS stranieri. Al di là delle lamentele immotivate, è evidente che quello della formazione professionale del personale di supporto è un settore in cui la concorrenza tra autoctoni ed immigrati risulta più diretta[23].
I seguenti dati, relativi al Comune di Torino, sembrano smentire ogni possibile sospetto di favoritismi.

Tab. n. 10 - Percentuale di stranieri Iscritti alla selezione e ammessi ai corsi OSS nel Comune di Torino

	2002 – 2003	*2003 – 2004*	*2004 – 2005*	*2005 – 2006*	*2006 – 2007*	*2007 – 2008*
Iscritti alla selezione	1441	1247	1014	979	781	1084
di cui stranieri	22%	Non rilevato	32%	27%	33%	42%
Ammessi ai corsi	125	125	150	130	150	175
di cui stranieri	9%	Non rilevato	14%	14%	10%	18%

Nostra elaborazione su dati forniti dallo SFEP

Anche considerando che non tutti gli iscritti alla selezione si presentano effettivamente a sostenere le prove, risulta evidente che, salvo nel 2005-06, c'è stato un progressivo aumento dei candidati stranieri, con un picco nell'ultimo anno scolastico, e che la percentuale di ammessi rispetto ai postulanti è più che dimezzata.
Come nel caso degli studenti di infermieristica, le principali difficoltà dei corsisti riguardano la competenza linguistica (indicata come una costante per gli studenti latinoamericani, molto meno per gli est-europei) e la compatibilità tra il lavoro e la frequenza a corsi e stages (ricordiamo che si è ammessi a sostenere l'esame finale avendo seguito almeno il 90% delle attività didattiche). Anche in questo caso l'età media degli stranieri che partecipano ai corsi supera i 40 anni; si tratta di persone che hanno lavorato o lavorano nell'assistenza domiciliare, per le quali il corso rappresenta quindi la possibilità concreta di cambiare lavoro e di avere maggiori garanzie contrattuali ed una maggiore continuità. Anche nei corsi OSS si nota l'arrivo delle seconde generazioni.
A Torino le provenienze più presenti sono peruviane e dai paesi dell'Est. Queste ultime, presentano come già evidenziato, un livello formativo di base molto superiore rispetto alle latinoamericane, che hanno inoltre maggiori problemi con l'italiano, sia parlato che scritto. Questo aspetto rappresenta anche un serio handicap nel lavoro, perché, soprattutto nelle residenze per anziani, è previsto che gli OSS debbano scrivere le consegne e nei tirocini i capisala si lamentano di queste difficoltà. Da alcune interviste risulterebbe persino una vera e propria resistenza da parte degli studenti peruviani ad apprendere l'italiano, anche dopo che hanno frequentato i corsi per stranieri nei CTP ed hanno conseguito la licenza media.
Un altro problema, legato invece a differenze culturali, è stato affrontato e risolto nel corso IAL di Novara, grazie ad una non comune sensibilità da parte dei responsabili della formazione:

> *"Nei primi anni si sono iscritte al corso, anche non pienamente consapevoli di cosa va a fare l'OSS, donne musulmane provenienti dalle zone interne del Marocco, che hanno espresso un rifiuto rispetto all'igiene personale dei maschi. Abbiamo fatto tutto un percorso che abbiamo chiamato di 'decostruzione, che ci ha portati, attraverso un approccio graduale e negoziato, a far capire che il rapporto non era quello tra un uomo ed una donna ma di tipo professionale, al di fuori dei canoni e delle regole comuni. Alla fine una donna marocchina è diventata negli anni la testimonial da parte nostra in altre situazioni come quelle."*

[23] Mentre per gli infermieri, come evidenziato in precedenza, c'è molta più richiesta e minore concorrenza poiché gli stranieri non possono inserirsi nel settore pubblico per gli oss, che come abbiamo visto sono poco utilizzati nella sanità a favore di cooperative e agenzie, tale concorrenza è su pari livello.

Un altro intervento di mediazione è stato messo in atto dalla stessa struttura per riuscire a superare le resistenze dei pazienti italiani nei confronti delle donne velate, segno che con la volontà e il coraggio di osare si possano superare conflitti culturali anche complessi.
Per quanto riguarda l'aspetto dell'abbandono del corso, si riscontra un livello di *drop out* molto inferiore fra gli stranieri rispetto agli italiani. Quando questo accade, nel caso delle donne straniere si tratta in genere di sospensioni dovute a gravidanza, ma dopo il parto quasi tutte riprendono gli studi. Tra gli italiani ci sono invece molti cassintegrati maschi e di conseguenza appena trovano un altro lavoro abbandonano definitivamente. Altrettanto succede quando iniziano gli stages e devono affrontare la concretezza del lavoro con i pazienti o utenti, mentre gli stranieri in genere sono già abituati alle attività di assistenza. Bisogna ricordare che spesso gli alunni immigrati devono continuare a svolgere un lavoro per garantirsi un reddito e per rinnovare il permesso di soggiorno, ciononostante portano a compimento gli studi.
Oltre alla competizione tra italiani e stranieri per l'accesso ai corsi, soprattutto in quelli solo per stranieri si possono creare problemi tra le varie comunità di immigrati, come racconta un'OSS ecuadoriana:

> *"Ho fatto il corso OSS e subito quando ero a scuola, già lì… sai la prima volta che ti trovi con tante persone di un diverso paese – marocchini, russi, moldavi, rumeni, bulgari, colombiani – già durante il corso si vedeva un po'…Sì, la rivalità tra le diverse nazionalità. Allora ho subito capito la situazione e ho cercato di adattarmi. Là c'era una docente che si occupava di pari opportunità, credo, che ci ha spigato come lavorare in equipe e le difficoltà che avremmo trovato sul posto di lavoro."*

Quindi la gestione dei corsi è piuttosto complessa, non solo per quanto riguarda l'organizzazione e i contenuti che vanno trasmessi, ma anche perché bisogna tener conto delle varie dinamiche interne, legate sia alle caratteristiche personali, molto diversificate, che nazionali, che non si limitano al rapporto tra autoctoni e stranieri.
Questo è confermato dalla coordinatrice del corso OSS del CISA che dichiara che i maggiori conflitti si hanno fra stranieri:

> *"Conflitti interetnici. Fra gruppi di stranieri, mica tanto quelli italiani. Ci è capitato un bel conflitto fra africane e rumene. Non si possono vedere. Per cui abbiamo dovuto trovare un punto di mediazione, costringendole a lavorare insieme."*

Conclusioni

I brani citati evidenziano la notevole discrasia tra il modello ideale proposto dal sistema formativo ed il lavoro concreto, quotidiano, che gli infermieri laureati si trovano a svolgere. La disillusione è solo in parte mitigata dal fatto che durante i tirocini i futuri infermieri possono farsi un'idea più realistica di quello che sarà il loro lavoro una volta finiti gli studi. Già da una ricerca di qualche anno fa (CENSIS, 1996) risultava che gli infermieri con diploma o laurea universitaria erano quelli che maggiormente sentivano la distanza tra la professionalità acquisita e le possibilità reali offerte dal lavoro infermieristico.
Il livello di frustrazione percepito negli ex-studenti dai responsabili della formazione intervistati è alto, e mette in luce un'insoddisfazione molto diffusa nella categoria, in particolare per quanto riguarda i carichi di lavoro, le mansioni effettivamente svolte e le condizioni salariali. D'altra parte la cronica carenza di personale infermieristico rappresenta una garanzia per l'inserimento lavorativo post-laurea. I tempi tra la laurea e l'assunzione in una struttura sanitaria sono molto brevi, e in qualche caso le stesse aziende stabiliscono il calendario dei concorsi per le assunzioni in concomitanza delle sessioni di laurea.

La sicurezza di trovare rapidamente un impiego determina l'iscrizione ai corsi sia infermieristici che per OSS di persone con particolari condizioni di difficoltà nel mercato del lavoro: laureati senza sbocchi lavorativi o che hanno perso il lavoro, immigrati dal Sud Italia alla ricerca di una professione sicura e con la speranza di un futuro trasferimento nella zona d'origine, stranieri, anche loro spesso di una certa età, oppure giovani immigrati di seconda generazione. L'ingresso ritardato in termini di età, rispetto alla situazione precedente l'istituzione dei corsi universitari o il precedente reclutamento di personale ausiliario non qualificato, sta già creando seri problemi di gestione del personale e porterà ad un ulteriore invecchiamento del personale sanitario. Riguardo poi all'ingresso di infermieri reclutati all'estero, come vedremo, se per un verso comporta un risparmio sui costi di formazione, per l'altro contribuisce ad aumentare l'età dei nuovi inseriti e presenta problemi di competenza, in primo luogo linguistica. In ogni caso, sia per la professione infermieristica che per il personale di supporto, il sistema formativo non sembra in grado di far fronte alla cronica carenza di personale, accentuata dall'aumento progressivo di pazienti legato all'invecchiamento della popolazione.

In ogni caso sembra evidente che, come in altri settori produttivi e dei servizi, la nostra sanità, pubblica e privata, non può prescindere dalla presenza, non a caso in costante crescita, di personale straniero. Su questa presenza il sistema formativo sarà dunque chiamato ad investire in modo sempre più consistente nei prossimi anni.

I canali di reclutamento e l'inserimento lavorativo degli stranieri *di Serena Palli e Amedeo Rossi*

Reclutamento

Dopo aver attraversato, a partire dagli anni '90, una fase di reclutamento selvaggio, messo in atto da agenzie o cooperative poco serie e senza troppi scrupoli, il fenomeno dell'arrivo degli infermieri stranieri in Italia si trova in questi ultimi anni in una condizione nella quale si possono riconoscere generalmente due modalità di arrivo.
Alcuni infermieri provvedono da soli a richiedere il riconoscimento del loro titolo di studio in scienze infermieristiche, presso il Ministero della Sanità a Roma, dopo aver ottenuto, dall'ambasciata italiana del loro paese, le traduzioni legalizzate e validate della documentazione relativa al loro percorso universitario. Questo percorso di riconoscimento del titolo può risultare anche piuttosto laborioso; ad esempio, quando ancora la Romania non era entrata a far parte della Comunità Europea, per ottenere un appuntamento all'ambasciata italiana poteva essere necessario anche un anno, visto che il sito internet tramite il quale ci si prenotava era aperto solo poche giornate, se non poche ore, all'anno. Emblematico è il caso di un infermiere rumeno:

> *"La prima volta ho provato a farlo da solo, ma non si accendeva mai l'uplet Giava della data di scadenza del passaporto e un'altra che non mi ricordo. Ho provato per ventiquattro ore di fila, ma era impossibile. Dopo sei o sette mesi, quando hanno di nuovo aperto il sito per un giorno, ho provato a farlo in contemporanea con mia cugina, che era qui a Torino, degli amici che erano a Cluj, a Trgoviscte, a Bucarest…quindi almeno quattro o cinque posti diversissimi, anche a duemila chilometri di distanza e con server diversi, e nessuno ci è riuscito, perché la maggior parte dei posti erano già destinati a delle agenzie private che prendevano soldi per quei posti. Alla fine anch'io ho pagato € 150-200 per avere la prenotazione."*

Secondo questa testimonianza, i canali di prenotazione sarebbero in parte monopolizzati dalle agenzie interinali che si occupano del reclutamento.
Anche per un intervistato marocchino le pratiche per il riconoscimento del titolo infermieristico hanno rappresentato un notevole dispendio di tempo e di denaro:

> *"Ho fatto la traduzione di tutti i documenti, il programma di studio, quella dei due titoli di studio, prima la traduzione e poi fare la domanda all'ambasciata italiana al mio paese. Ma ci sono tanti problemi, non ho potuto entrare all'ambasciata italiana per dare tutti i documenti già tradotti al collaboratore che fa il lavoro con l'ambasciata italiana. Dovevi pagare. Per esempio questi documenti li ho fatti prima, nel 1992, costa almeno 100 €, 10 € per fare la traduzione solo di un foglietto. Io c'ho tanti programmi, per esempio la traduzione di questo unico documento di tanti fogli è costato nel 2001 € 115,50.*
> *Oltre alla traduzione ho dovuto fare la legalizzazione al consolato italiano. E questo è costato un sacco di soldi.... Ho iniziato nel 1992 ma poi ho lasciato perdere e ho ricominciato nel 2001 e ho impiegato circa 2 anni solo in Marocco e poi un anno e mezzo in Italia perché ho dovuto fare tutto da capo qui in Italia"*

Quanto raccontato dai nostri intervistati, spiega almeno in parte la scelta di un percorso alternativo, più seguito dagli infermieri stranieri, ossia il ricorso ad un'agenzia interinale che provveda a portare a termine tutte le pratiche del riconoscimento del titolo di studio. Le organizzazioni per il lavoro interinale in questione, possono essere filiali di grandi gruppi di reclutamento che, pur avendo le basi

in Italia, agiscono in molte nazioni europee e extraeuropee, proprio sulla ricerca e l'assunzione di operatori infermieristici e di addetti di settori che nel nostro paese hanno scarse risorse di personale. Negli ultimi dieci anni, le grandi agenzie si sono sempre più internazionalizzate, collocando nuove filiali nei paesi dell'Est e in America Latina. Per realizzare una capillare rete di intermediazione, le succursali di questi gruppi internazionali si basano su canali diversissimi, a seconda della nazione in cui operano e offrono servizi e condizioni di lavoro differenti. A volte si appoggiano a cooperative o agenzie locali, altre volte aprono propri uffici nei paesi di emigrazione, altre ancora utilizzano i servigi di singoli intermediari.
Un operatore del settore spiega così le scelte di reclutamento e operatività:

> *"O. L. ha aperto la prima sede estera in Romania nel 2003 per reclutare personale per l'alta velocità e per la cantieristica navale, per cui mancavano le maestranze. Poi hanno esteso agli infermieri. C'erano agenzie di reclutamento locali, che vendevano curricula. Ma c'erano anche agenzie miste, italo-rumene. All'inizio i rumeni erano molto motivati, erano i più bravi che partivano, perché lì guadagnavano veramente poco. Dopo O.L. Romania è venuta O.L. Polonia. Facevano anche reclutamento e corsi di formazione all'estero, pagati dall'agenzia. Un problema è sempre stato il rapporto con le ambasciate italiane per il riconoscimento dei titoli, per potere poi fare l'equipollenza. Per le pratiche ci sono call center che funzionano otto ore l'anno. Da questo nascono le tangenti, perché tutti sono costretti a cercare di saltare la fila.*
> *Contemporaneamente hanno continuato a fare attività di collocamento interinale classico, anche di collocamento in Romania, per esempio per gli stabilimenti Pirelli. Poi hanno aperto sedi in Serbia e in Albania. In Albania si sono appoggiati ai centri di formazione cattolici, per esempio un centro delle Acli di Vercelli, per il reclutamento. Poi hanno aperto in Sudamerica, Brasile, Argentina, Perù. In Brasile sono entrati attraverso l'Università e il sindacato."*

Il responsabile di un'altra agenzia, che ha scelto di reclutare direttamente gli infermieri in Romania, in Albania ed in Perù sostiene che l'agenzia opera attraverso referenti locali che si occupano dei rapporti con l'università ed il mondo del lavoro. Quando questi referenti hanno trovato un numero sufficiente di infermieri disponibili a emigrare in Italia, l'agenzia si occupa direttamente della selezione, che avviene in base alle caratteristiche personali (come sesso ed età), professionali, all'eventuale competenza linguistica in italiano, ma anche alle richieste delle strutture italiane (principalmente cliniche private e case di riposo) che si sono rivolte all'agenzia. Quest'ultima seleziona solo il personale che già sa di poter collocare in base alla domanda rilevata in Italia ed alle richieste delle strutture, che a volte riguarda esplicitamente specifiche nazionalità, in base a stereotipi positivi o negativi creati da esperienze pregresse. Una volta selezionato, il lavoratore viene invitato a presentare tutti i documenti necessari con la traduzione in italiano e l'agenzia si occupa di inoltrarli al Ministero della Sanità per il riconoscimento. La verifica del Ministero varia in base alla nazionalità e professionalità del candidato per cui è richiesto il riconoscimento, ma in genere risponde in un periodo di tempo compreso tra i quattro e i dodici mesi Per la pratica non sono previste spese a carico del lavoratore, che però si deve pagare il viaggio aereo. Quando finalmente l'infermiere arriva, gli viene fatto un corso pagato di due mesi di italiano per superare l'esame IPASVI. In caso di fallimento all'esame, e quindi di esclusione dalla possibilità di lavorare in Italia, lo straniero riceve comunque l'indennità di frequenza prevista, una somma pari anche a tre mesi di stipendio in patria. L'esame viene fatto nella città in cui l'infermiere immigrato inizierà a lavorare, indipendentemente dalla maggiore o minore severità.
L'intervistato sostiene che c'è una sostanziale differenza tra l'inserimento in provincia di Torino e le altre due province, in cui c'è la tendenza ad utilizzare i lavoratori interinali per risolvere le carenze temporanee di personale e quindi solo per brevi periodi. In provincia di Torino invece le strutture sono più grandi ed hanno una necessità strutturale di personale, e quindi i contratti sono di almeno un anno. Ciò permette ai lavoratori stranieri di prendere la residenza in loco e facilita il rinnovo del permesso di soggiorno.

L'agenzia garantisce una retribuzione pari a quella del personale italiano della struttura, in più, si preoccupa di aiutare lo straniero a trovare un alloggio, in base alle esigenze espresse da quest'ultimo: a seconda del progetto migratorio e delle priorità economiche, la sistemazione può essere nella struttura in cui lavora, un posto letto presso privati o l'affitto di un alloggio autonomo, con contratto intestato al lavoratore ma con la garanzia da parte dell'agenzia.
Dalle due interviste succitate risulta un quadro piuttosto confortante per quanto riguarda il reclutamento diretto di personale straniero da parte delle agenzie interinali. In realtà, la grande carenza di infermieri che caratterizza il nostro mercato del lavoro ha contribuito alla nascita di modalità di reclutamento sicuramente meno affidabili di quelle sopra citate, ad opera di agenzie e cooperative che con l'aiuto di intermediari raccolgono personale da proporre ai propri referenti italiani che si occupano del settore sanitario-assistenziale italiano. Queste realtà hanno creato numerose difficoltà alle strutture sanitarie del nostro paese, per l'arrivo di personale con scarsissime competenze e si sono verificati casi gravi di sfruttamento lavorativo a danno di persone che sceglievano la strada dell'immigrazione come unica alternativa a condizioni di vita estremamente disagiate.
F.S., della Funzione Pubblica della CGIL di Alessandria ricorda:

> *"C'è stato un momento in cui nella sanità privata finiva tutto il peggio che potesse capitare: gli infermieri arrivavano dall'Albania, reclutati e schiavizzati da persone che definirei criminali; venivano portati in Italia, gli assegnavano delle abitazioni, facendosi pagare un posto letto ad un prezzo esorbitante e mensilmente chi li aveva portati in Italia, pretendeva una quota, a suo dire, relativa alle spese sostenute per il trasferimento dall'Albania all'Italia, però queste quote venivano pagate continuamente, come una sorta di tangente… Chi reclutava era italiano, ma lo faceva attraverso collaboratori del luogo di reclutamento; andavano proprio nelle campagne a cercare gli infermieri, nelle zone più povere. I primi tempi arrivavano questi infermieri che non avevano mai svolto la professione; magari con tanti sacrifici erano riusciti a studiare, ma le famiglie avevano bisogno di loro nel lavoro dei campi e loro non avevano mai esercitato la professione."*

Se questi casi estremi oggi sono limitati, spesso però, gli infermieri non sanno con esattezza a chi si stanno rivolgendo e non vengono informati correttamente sulle procedure che verranno seguite o sulle condizioni di vita e lavoro che troveranno una volta giunti in Italia. Un'infermiera di Belgrado ci ha rilasciato questa testimonianza:

> *"Abbiamo conosciuto un signore che si chiama S., che abita a Mestre e lui è come un contatto per il nostro paese e per la Romania…Forse* [fa parte di un'agenzia interinale]*, ma non lo so; io ho conosciuto solo lui che aveva i contatti con le agenzie. Lui trova nuovi infermieri e li mette in contatto con le agenzie. Mi sembra che questo S. avesse contatti con l'agenzia H. e ho sentito anche con O.L. e so che loro hanno delle sedi in Serbia, Croazia, Romania e anche Polonia."*

I mediatori possono essere italiani o stranieri e non è chiaro da chi siano retribuiti e quali siano le loro esatte mansioni; se alcuni sono emissari delle agenzie interinali, altri sembrano più simili a liberi professionisti che operano su commissione. Gli infermieri stranieri, nel mettere in atto la loro decisione di venire a lavorare in Italia, incontrano molti ostacoli e questi si presentano già dall'inizio del loro percorso, quando la possibilità di venire nel nostro paese viene pubblicizzata su internet, giornali e in particolar modo all'interno delle strutture ospedaliere più importanti. Fin da subito, il percorso da affrontare non viene delineato in modo chiaro, ponendo il personale infermieristico nel forte rischio di imbattersi nei soggetti criminali di cui abbiamo parlato. Se un'infermiera polacca ha saputo della possibilità di lavorare in Italia leggendo un annuncio sul giornale un' infermiera serba invece ha saputo di questa opportunità da colleghi di lavoro. In questo vasto panorama del reclutamento del personale sanitario, molti sono i percorsi ibridi, nel senso che parecchi infermieri

provvedono da soli alle pratiche di riconoscimento del titolo di studio, ma poi si affidano alle agenzie interinali per poter venire a lavorare in Italia e per avere un contatto solido su cui basarsi.
Un' infermiera proveniente da Belgrado così ha raccontato il suo percorso:

> *"Nel gennaio 2005 mi sono affidata ad un' agenzia italiana trovata in internet, che spiegava nel sito, realizzato in lingua serba, tutte le pratiche necessarie per venire lavorare in Italia. Ho mandato al Ministero della Sanità a Roma i documenti personali e quelli relativi al titolo di studio, tradotti, e dopo tre mesi mi è arrivato dall'Italia il riconoscimento del titolo, avuto tramite decreto. Mi sono quindi, affidata ad un'agenzia serba, per superare un esame di lingua italiana, obbligatorio, che si è tenuto a Belgrado sei mesi dopo; non ho dovuto mai pagare nulla. Dopo l'esame (marzo 2006) sono entrata in contatto con un signore italiano che ha preso i miei documenti, relativi al riconoscimento del titolo, per ultimare la pratica dell'ingresso in Italia. Tutti gli infermieri di Serbia, Polonia e Romania vengono reclutati da questa agenzia e portati in Italia per conto dell'agenzia W."*

Un'altra infermiera serba si è rivolta ad una cooperativa italo-serba, solo dopo aver provveduto a preparare tutti i documenti necessari:

> *"Ho fatto i documenti e tutto da sola, ho trovato su internet il sito del Ministero della Sanità, ho fatto il riconoscimento e tutto da sola e dopo ho trovato quella donna…"*(ndr: responsabile della cooperativa che recluta infermieri).

In Romania ci sono invece cooperative che chiedono € 1600 per seguire le pratiche per il riconoscimento del titolo di studio e per mettere in contatto gli infermieri con una cooperativa italiana.
Troviamo poi diverse modalità di arrivo, legate specialmente a scelte e percorsi di carattere personale, come quelle di chi è arrivato in Italia dopo essersi sposato con un cittadino italiano e ha poi provveduto ad inserirsi nel mondo del lavoro, incontrando spesso maggiori difficoltà rispetto a coloro che sono arrivati da subito come infermieri.
Da segnalare è il caso degli infermieri di alcuni paesi, come la Tunisia, che possono usufruire di accordi tra il loro stato e l'Italia e conservano il loro posto di lavoro in patria nel periodo in cui si recano all'estero per svolgere la loro attività. Un'infermiera tunisina che abbiamo intervistato, ci ha spiegato di come la possibilità di lavorare in Italia venga promossa negli ospedali con procedure simili a bandi di concorso, aperti a tutti gli infermieri che desiderano fare un'esperienza all'estero.
Notiamo dunque, come nell'ambito di questo poco rassicurante quadro d'insieme, si inseriscano le più differenti esperienze personali; se per alcuni infermieri il percorso di reclutamento assume risvolti quasi drammatici, molti altri si dicono pienamente soddisfatti della scelta fatta e di come si sia svolto il loro coinvolgimento nel mercato del lavoro italiano.

Arrivo in Italia e condizioni di vita

Gli infermieri stranieri, ultimate le pratiche per il riconoscimento del titolo di studio in patria, hanno il diritto di entrare in Italia durante tutto il corso dell'anno, non dovendo aspettare particolari Decreti Flussi o Sanatorie, ma potendo usufruire della quota loro riservata dal Governo italiano, tramite l'Articolo 27 (comma 1, lett. r- bis) del regolamento di attuazione della legge Bossi-Fini. Gli infermieri sono sottratti al regime delle quote stabilite con il decreto di cui all'art. 3, comma 4, del Testo Unico sull'Immigrazione (D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286) e quindi, possono fare ingresso in Italia al di fuori di limitazioni numeriche e temporali, sempre su richiesta di autorizzazione all'ingresso da parte del datore di lavoro[24].

[24] Con la Bossi-Fini gli infermieri possono essere reclutati fuori quota decreto flussi (Art. 27 TU), ma autorizzati ad una permanenza strettamente vincolata al datore di lavoro che ha proceduto alla chiamata, con contratto di lavoro a tempo

Come la fase del reclutamento, il viaggio e l'arrivo nel nostro paese presentano svariate insidie. Alcune agenzie interinali offrono il volo aereo gratuitamente o dietro la promessa di un rimborso del biglietto da parte dell'interessato, solo nel momento in cui il lavoro in Italia gli dia la possibilità di pagare. Altre invece chiedono un'ingente somma di denaro per l'espletamento delle pratiche e per il trasferimento in Italia, e spesso questi particolari vengono tralasciati nella fase iniziale della procedura, in modo da non spaventare i lavoratori. Mentre le grandi agenzie di reclutamento offrono condizioni di viaggio, lavoro e abitazione precise, alcune tra queste agenzie disoneste fanno pagare agli infermieri somme di denaro anche piuttosto consistenti. Questo è quello che ci ha raccontato un altro infermiere proveniente dalla Serbia:

> *"È risaputo che ci sono agenzie straniere che ti chiedono soldi prima di venire o quando inizi a lavorare qui, ti trattengono una parte di denaro dalla busta paga."*

Un'infermiera romena, ora regolarmente assunta alle Molinette, ci ha raccontato di 2.000 euro pagati in anticipo per essere presa in carico dall'agenzia di reclutamento.
Quando sono le agenzie di reclutamento a seguire il processo di trasferimento in Italia del personale sanitario, gli infermieri vengono generalmente suddivisi in piccoli gruppi, di circa dieci - quindici persone, e sono mandati nella zona scelta dall'organizzazione che offre possibilità di lavoro. In alcuni casi, viene chiesto agli infermieri se hanno delle preferenze sulla zona d'arrivo e di residenza, ma capita sovente che le scelte personali non vengano rispettate, perché l'agenzia indirizza gli infermieri dove può contare su canali di inserimento lavorativo.
Le grandi imprese del lavoro interinale si fanno carico di trovare una sistemazione abitativa all'arrivo in Italia, ma questo non accade quando gli infermieri arrivano tramite piccole agenzie di reclutamento, tramite cooperative o senza alcun supporto. Solitamente, vengono forniti appartamenti già ammobiliati nei quali possono coabitare cinque o più infermieri. Non vengono fatte delle divisioni di genere, ma si punta a favorire la convivenza di persone provenienti dalla stessa nazione, che se anche non si erano mai conosciute in precedenza, hanno la possibilità di socializzare facilmente. Questo sistema di scelta per la coabitazione ci è stato testimoniato da un rappresentante di un'agenzia interinale.

> *"Si cerca di mettere insieme persone che vengono dallo stesso paese, che parlano la stessa lingua, possibilmente che si conoscano. Non si fa distinzione di sesso, ma si cerca di mettere insieme persone che hanno voglia di stare insieme. Ci sono casi di coppie di fatto che sono ben contente di coabitare; di gruppi, famiglie formali e informali, che sono anche unità economiche allargate."*

Gli appartamenti sono affittati dalle agenzie e le condizioni abitative non sono sempre rosee, come ci hanno segnalato alcuni intervistati, tra i quali un'infermiera polacca:

> *"Quando siamo arrivati qua la clinica ci ha fornito vitto e alloggio; come casa abitavamo vicino alla clinica e purtroppo vivevamo in cinque o sei persone nello stesso alloggio; erano tre camere singole ed una doppia."*

Il costo dell'affitto per queste sistemazioni abitative viene versato dagli infermieri direttamente all'agenzia o alla cooperativa e comprende anche l'uso di acqua, elettricità e gas. La somma si aggira sui duecento euro a persona, ma può anche essere maggiore, e si calcola una media di mille euro ad appartamento, suddivisa su un nucleo di lavoratori, formato mediamente da cinque persone. La

---

determinato al massimo di 2 anni e obbligo di rientro in caso di proroga (un solo rinnovo). Queste limitazioni consentivano ovviamente ogni tipo di abuso e di ricatti da parte dei datori di lavoro. Nel decreto di attuazione della Bossi-Fini del 2004, l'art. 37 concede la possibilità di cambiare datore di lavoro a condizione di mantenere la stessa qualifica d'ingresso. Inoltre non si prevede più l'obbligo di ritorno in patria dopo il primo rinnovo e si concede la possibilità di avere contratti a tempo indeterminato, ma rimane una notevole discrezionalità da parte delle Questure.

quota viene trattenuta dalla busta paga dei lavoratori e questo meccanismo ha innescato, in alcuni casi, vere e proprie truffe a danno degli infermieri che si vedevano sottrarre dallo stipendio somme più alte di quelle necessarie a coprire l'importo mensile dell'abitazione. Un infermiere proveniente dall'ex Jugoslavia, come è capitato a molti altri suoi colleghi, non è stato informato chiaramente su questo meccanismo di pagamento, ma ci ha spiegato di aver capito, solo in seguito come funzionasse questo accordo non scritto:

> *"Quando sono arrivato, la cooperativa mi ha dato l'alloggio e inizialmente ho abitato con tre ragazzi senza pagare nulla, ma prendevamo uno stipendio lievemente minore rispetto ai nostri colleghi; è chiaro che la cooperativa in questo modo tratteneva una parte di denaro per pagare questo alloggio."*

Questo sistema abitativo ha creato, in alcuni casi, situazioni ben più gravi della scarsa informazione sui pagamenti come hanno testimoniato due infermiere serbe, che hanno saputo di loro colleghi che si sono trovati a pagare 400 € al mese di affitto per vivere con altre cinquanta persone.
Sulla falsa riga di questa testimonianza, S. S. della Funzione Pubblica della CGIL, ci ha detto:

> *"Ho visto le foto che mi hanno mostrato delle infermiere rumene, che con delle suore, quindi in un istituto religioso, dormivano in sei o sette nella stessa stanza; quella era la loro stanza, ma ognuna di loro pagava duecentocinquanta euro."*

Il racconto di un intervistato latinoamericano sul suo arrivo in Italia e su come l'agenzia ha affrontato problema abitativo è piuttosto significativo. Arrivato in Italia è stato contattato da un'agenzia interinale tramite un intermediario che in patria si è occupato delle pratiche per il riconoscimento del titolo. Gli era stata prospettata una sistemazione nella casa di riposo in cui doveva andare a lavorare; in realtà questa possibilità non si è concretizzata e è dovuto rimanere un mese in un ostello. Poi l'agenzia gli ha prestato dei soldi e gli ha trovato un appartamento piuttosto grande, affittato a nome e a spese del lavoratore, in cui però venivano sistemati altri infermieri stranieri appena arrivati, senza che a lui venisse corrisposto parte dell'importo. Oltre a questo, spesso costoro non avevano soldi per il vitto e finivano con essere mantenuti dall'intervistato.
Il sistema del prestito per legare i lavoratori all'agenzia o alla cooperativa ed anche per decurtare ulteriormente lo stipendio calcolando interessi a discrezione del datore di lavoro è stato citato anche in altre interviste. A volte gli infermieri vengono fatti arrivare in Italia qualche mese prima di iniziare a lavorare, e quindi, se non hanno con sé risorse economiche sufficienti, sono costretti a chiedere prestiti per la sussistenza. Non sappiamo se si tratta di un problema organizzativo del datore di lavoro (che magari è in attesa di vincere un appalto) o se si tratta di una precisa strategia di "fidelizzazione" forzata. Sta di fatto che questi meccanismi tendono a prolungare nel tempo la dipendenza del lavoratore con metodi extracontrattuali. In altri casi, pare che il datore di lavoro trattenga i documenti del dipendente straniero per impedirgli di cercare lavoro altrove. È probabile infatti che, nel momento in cui un infermiere straniero si rende conto della grande richiesta nel mercato del lavoro italiano della sua figura professionale possa essere tentato di trovare altre opportunità di lavoro. Frequentemente, dopo pochi mesi, gli infermieri si ambientano nella nuova realtà abitativa e lasciano gli alloggi forniti dai datori di lavoro. Chi decide di fermarsi a vivere e lavorare in Italia tende a lasciare queste abitazioni e affittare case in proprio, anche per poter effettuare ricongiungimenti familiari a favore dei congiunti. Questo processo di autonomizzazione dal controllo del datore di lavoro è però ostacolato dall'eventuale precarietà lavorativa legata a contratti di poche settimane e dal continuo spostamento da un luogo di lavoro all'altro, spesso anche in città diverse. Ciò impedisce di creare reti sociali forti e radicamento sul territorio, indispensabili per trovare una sistemazione abitativa autonoma, ed è funzionale al tentativo di non lasciarsi sfuggire il lavoratore.
Nei casi in cui l'alloggio non venga fornito dall'agenzia interinale e nemmeno dalla cooperativa per la quale si inizia a lavorare, la qualità delle condizioni di vita all'arrivo scende molto. Gli infermieri

sono costretti a rivolgersi alla cerchia di conoscenti o amici connazionali, che già abitano da tempo nel nostro paese, o possono essere aiutati, in maniera non convenzionale, da colleghi che incontrano nelle strutture sanitarie nelle quali lavorano. Questa è la testimonianza di un'infermiera che, dopo aver vissuto per mesi in un ostello della gioventù, ha trovato ospitalità presso un medico conosciuto in ospedale:

> *"Sono stata fortunata, perché un alloggio c'era, ma ormai era già occupato da altri quattro infermieri, ma la nostra dottoressa P. mi ha ospitato in casa sua; lei abita a Genova con la famiglia, ma ha una casa qui nel centro storico e ci abita solo quando ha i turni qui, una decina di giorni al mese. Mi ha messo a disposizione la sua casa, altrimenti l'agenzia non avrebbe avuto altri alloggi."*

In questa fase iniziale dell'arrivo in Italia, la rete delle conoscenze risulta perciò essere molto rilevante e permette un migliore inserimento nella vita della nazione ospitante, cosa che diventerebbe complessa se ci si affidasse solo ai canali ufficiali del lavoro.

Inserimento sul luogo di lavoro

Il percorso di inserimento nelle strutture lavorative risulta spesso ampiamente impegnativo per gli infermieri che arrivano in Italia. La questione che viene maggiormente sottolineata sia dagli infermieri stranieri, sia soprattutto dai colleghi italiani è quella della conoscenza della lingua. Molti tra coloro che si recano in Italia a lavorare seguono dei brevi corsi di lingua, che spesso non sono sufficienti ad apprendere in modo soddisfacente l'italiano. I corsi, intrapresi in un primo momento in patria e poi successivamente in Italia, sono intensivi e molto approssimativi, come ci ha segnalato un'infermiera proveniente dal Maghreb:

> *"Abbiamo fatto la formazione in venticinque giorni, per imparare la lingua, poi abbiamo passato un esame orale e scritto sulla grammatica, non con tanta relazione con la sanità, ma in generale. Siamo passati in dodici su ventisei infermieri."*

Un'intervistata polacca, arrivata da molti anni in Italia, ha raccontato anche con aneddoti divertenti i suoi notevoli problemi, dovuti al fatto di essere stata inserita subito in un reparto senza avere acquisito una competenza linguistica minimamente sufficiente a svolgere in modo adeguato il proprio lavoro.
Vengono eseguiti degli esami di lingua prima di iniziare a lavorare, che sono spesso promossi dalle stesse agenzie di reclutamento. Oltre a questa prima scrematura, viene sostenuto da tutti coloro che vogliono lavorare nel nostro paese, l'esame al Collegio IPASVI, al quale tutti gli infermieri devono essere iscritti per poter lavorare nelle strutture sanitarie e di assistenza pubbliche e private. Gli esaminatori IPASVI, oltre a interrogare i candidati su parte della materia infermieristica e sulla legislazione propria del settore, sottopongono loro un test sulla lingua italiana. La verifica dovrebbe essere fatta nel Collegio della provincia dove si arriva per lavorare, ma in qualche caso gli infermieri reclutati dalle agenzie interinali effettuano la prova direttamente in patria, tramite commissioni inviate da alcuni collegi italiani che si recano nei paesi di reclutamento per effettuare queste selezioni. Questa la testimonianza di un'infermiera serba:

> *"Ho avuto il riconoscimento dal Ministero e dopo ho fatto l'esame per il collegio IPASVI in Serbia, perché il Collegio da Modena è arrivato…ma come io so, in quel periodo, ogni due o tre mesi è arrivato uno dei Collegi…ho passato da quello di Modena. Sono dottori dal Collegio IPASVI da Modena che venivano a fare gli esami lì."*

Questo fenomeno contribuisce a far sì che le iscrizioni ai collegi non rispecchino la reale distribuzione del personale infermieristico in Italia. Abbiamo registrato lamentele su come viene svolto questo esame di lingua dal Collegio, sia quando è effettuato nel nostro paese, sia quando viene sostenuto all'estero. Se secondo alcuni il test non è adatto a stabilire la conoscenza della lingua e permette l'inserimento di personale con scarsissime conoscenze linguistiche, che poi vengono però superate ampiamente nel percorso lavorativo, per altri, come un'infermiera polacca che abbiamo intervistato la situazione è molto diversa:

> *"Sono molto severi e bocciano un sacco all'esame di lingua… È troppo duro, mi* [fa venire il] *sospetto che sia un freno all'entrata degli stranieri."*

In altri casi le agenzie e le cooperative fanno sostenere l'esame IPASVI presso collegi meno rigorosi, per non dire più compiacenti. Un infermiere latinoamericano già citato sostiene che nell'IPASVI in cui ha superato l'esame due dei tre esaminatori erano in combutta con un responsabile dell'agenzia per cui lavorava, e quindi che le promozioni o bocciature erano concordate in base a criteri che prescindevano dalla reale competenza, anche linguistica. Inoltre, si è detto certo che questo responsabile abbia chiesto soldi ad alcuni candidati per garantire loro il superamento dell'esame.
Al primo ingresso nelle strutture sanitarie e di assistenza, si ha solitamente un percorso di inserimento guidato, che viene seguito più o meno dettagliatamente a seconda dei diversi luoghi di lavoro. Sicuramente, questo inserimento è svolto con maggiore solerzia quando il personale viene assunto direttamente dalla struttura e non quando si tratta di personale che opera con contratti di lavoro a termine, tramite cooperative o agenzie interinali e destinato a restare poco tempo all'interno di questa o quella realtà lavorativa.
Se però l'infermiere viene contattato tramite agenzia interinale per un breve periodo, la struttura in cui viene inserito non ha nessun interesse nel favorirne l'inserimento. È quanto ci è stato raccontato da un infermiere marocchino, che è stato rifiutato da tre strutture dopo pochi giorni di lavoro in quanto la sua competenza linguistica è stata ritenuta insufficiente, ed attualmente si trova disoccupato. In effetti la sua esperienza lavorativa in Italia[25] non gli ha consentito di sviluppare queste competenze specifiche. Ora non sa come risolvere il problema, perché l'unica possibilità sarebbe un inserimento stabile che comporti un accompagnamento nel lavoro in una struttura ed in più reparti, in modo da impratichirsi *"*sul campo*"*. Invece la sua presenza viene considerata come un intralcio e nessuno è disposto ad investire su di lui.
Il percorso che viene seguito, in alcuni casi consiste in un primo colloquio per comprendere il precedente percorso formativo/lavorativo degli infermieri e la conoscenza della lingua italiana; essi vengono inseriti nei reparti più adatti alle loro predisposizioni e vengono accompagnati per due settimane da colleghi italiani che hanno anche il compito di fare una prima valutazione. Se la valutazione a due settimane risulta positiva gli infermieri stranieri possono essere inseriti nell'equipe infermieristica a tutti gli effetti, seppure si continui a verificare il loro grado di integrazione e rendimento in tutti i primi due mesi di lavoro. Se nei primi quindici giorni non riescono ad ambientarsi, vengono ulteriormente guidati nel percorso di inserimento per un tempo massimo di due mesi. Questo permette di ridurre al minimo le tensioni all'interno del reparto, che potrebbero invece prodursi se gli infermieri stranieri venissero lasciati soli fin dai primi giorni di lavoro. Secondo quanto ci ha spiegato la dottoressa C. M., responsabile del settore infermieristico di un ospedale della provincia di Alessandria, il fatto di porre seri controlli durante la prima collocazione dei colleghi stranieri ha permesso di dare vita ad un clima lavorativo molto sereno, che altrimenti difficilmente si sarebbe creato:

[25] Ha lavorato per qualche anno in una clinica psichiatrica in cui era l'unico infermiere ed il resto del personale era composto da oss. Poi, per ragioni che verranno citate in un capitolo successivo, si è licenziato ed è tornato per qualche mese in Marocco. Al rientro in Italia non ha trovato di meglio che affidarsi ad un'agenzia interinale, con i risultati succitati.

"Abbiamo messo in atto una rete di valutazioni, perché qui a Novi si stava creando un brutto clima e abbiamo cercato di arginare i danni di questa situazione, che poteva degenerare. Diciamo, che la cosa più importante è stata seguire il corretto inserimento. Nei reparti come chirurgia e medicina che sono i più pesanti e c'è un veloce ricambio di infermieri, spesso stranieri, se non vengono date delle regole di stabilizzazione, si creano facilmente scontri."

La realizzazione di momenti di confronto tra il personale italiano e quello straniero ha permesso la nascita di rapporti umani positivi e ha invogliato gli infermieri italiani ha lavorare perché i colleghi stranieri si integrassero bene e rafforzassero la professionalità dei reparti. Come nella provincia di Alessandria, anche a Torino sono state messe in atto strategie di accoglimento atte a limitare i possibili danni derivanti dall'incontro/scontro tra infermieri italiani e infermieri stranieri. Inizialmente, vengono fatti dei colloqui che possono evidenziare non solo le competenze tecniche, ma anche le difficoltà linguistiche e nessun infermiere può lavorare autonomamente in reparto se non ha completato positivamente almeno una settimana di prova operativa. Poi si esegue un periodo di affiancamento con colleghi italiani e questo, a detta del nostro intervistato F.

"È servito per non mandarli proprio allo sbando. Un'altra cosa che abbiamo provato a fare è quello di proporre un affiancatore fisso in maniera tale da fargli un po' da tutor. Questo è servito, ma sono rimaste delle incertezze dal punto di vista della lingua, difficoltà che certo hanno. Ogni giorno cambiano i nomi commerciali (dei farmaci). Per lo straniero è più complicato tenersi al corrente."

I controlli all'inserimento che vengono fatti sono sicuramente più scrupolosi quando si tratta di personale straniero e in questo caso sempre F. ricorda che:

"Se è un italiano ed è un neolaureato non mi rimetto a fargli l'esame qua. Ha fatto la tesi, ha dato gli esami, ha fatto il tirocinio da noi… Se invece è uno straniero, comunitario o extracomunitario, facciamo alcune domande di clinica assistenziale. Se questo signore ha questa sintomatologia, che controlli sanitari faresti? Facciamo tre domande in modo da accertarci dello stato dell'arte. Perciò la selezione è fatta là, è fatta qua, e poi per dieci giorni hanno un periodo di prova."

Se è chiaro che da parte dei datori di lavoro e dei colleghi ci sia più diffidenza inizialmente nei confronti degli infermieri stranieri, risulta anche lo sforzo fatto da tutti gli operatori del settore per arrivare alle migliori forme di convivenza e collaborazione. Per arginare i problemi di integrazione, anche nelle strutture sanitarie della provincia di Novara sono state messe in atto strategie di immissione dei lavoratori stranieri che hanno posto in campo momenti di mediazione culturale e hanno unito l'inserimento alla formazione continua del personale. Come ci ha ricordato la Direttrice Sanitaria dell'ospedale Maggiore di Novara, dottoressa P.P.:

"Nelle fasi iniziali nessuno straniero ha lavorato in terapia intensiva, oggettivamente, in un percorso i cui avevamo una grossa paura sull'efficacia e sicurezza della comunicazione è chiaro che queste cose non sono successe. Gli abbiamo fatto una sorta di tirocinio interno facendole girare fra le varie aree, fino ad avere una conoscenza pratica abbastanza condivisa ed avere gli strumenti per… e a questo punto ci siamo allargati. Ora ci sono stranieri anche in neurochirurgia."

Da tutte le nostre interviste, si evince una grossa prudenza da parte dei direttori sanitari e del personale con gli infermieri stranieri che oltre ad avere le sopra citate difficoltà con la lingua italiana, hanno a volte anche alcune carenze formative, che vanno dalla non conoscenza del nome commerciale dei farmaci[26] a carenze di tipo tecnologico, dovute alla non presenza nei paesi di origine delle apparecchiature in uso in Italia.

[26] In Italia si è soliti indicare i farmaci con il loro nome commerciale, mente in molti paesi esteri si fa riferimento ai principi attivi contenuti nei medicinali.

Ancora, la dottoressa P.P. afferma:

> *"C'è stato* [qualche problema sulla formazione di base] *e ci siamo fatti i nostri percorsi. È chiaro che non mi passa per la testa di prendere un'infermiera che non parla l'italiano e mandarla a strumentare in cardio-chirurgia con un cardio-chirurgo che è convinto di essere a ER e parla in turco. Diciamo che anche l'inserimento lavorativo è stato un inserimento lavorativo formativo."*

Un altro problema, di carattere pratico, ma con conseguenze che possono essere molto complesse da gestire, è citato da un responsabile della formazione:

> *"Se questo* [l'infermiere appena inserito] *viene caricato sulle spalle di un altro infermiere, italiano o straniero, esperto certo questo crea un aggravio e provoca dinamiche molto complicate, perché poi… Teoricamente c'è questo strumento di valutazione di infermieri che arrivano dall'esterno, però devi essere tu infermiere a dire che questo collega straniero non va bene, non prendetelo più. Non è semplice. Questo sistema non è governato, e crea dinamiche che possono essere di intolleranza, di razzismo o anche di copertura. Ti identifico non tanto come straniero in sé, ma perché tu mi stai caricando di lavoro supplementare…"*

Un ulteriore aspetto, in parte correlato a quello precedente, riguarda i corsi di aggiornamento per gli infermieri in servizio. Questi a volte sono a carico delle strutture ospedaliere, altre volte invece sono a carico dei lavoratori. Nonostante si tratti di un obbligo, questi corsi sono spesso preclusi soprattutto agli stranieri.
Un'intervistata che si occupa di formazione sostiene che:

> *"... Tutti noi facciamo formazione complementare all'esterno* [della docenza universitaria] *e credo di potere dire che si incontrano rarissimamente gli stranieri perché sono corsi che costano. C'è una clinica di Torino che ha mandato del personale e quindi ho incontrato degli stranieri ma altrimenti c'è una questione di costo fondamentale. In situazioni economiche difficili è un lusso che non ti puoi permettere."*

Va da sé che questo può incidere negativamente sulla preparazione professionale degli infermieri, in maggioranza stranieri, a cui il datore di lavoro, agenzia interinale o cooperativa, non consente la partecipazione a questi corsi.

Fenomeno in continua crescita è l'inserimento di lavoratori stranieri, soprattutto donne, nelle case di riposo, come OSS (Operatore Socio-sanitario). Nella presente ricerca però trovano uno spazio limitato per quanto riguarda il presente, perché per il momento la loro presenza è concentrata soprattutto nelle case di cura e di assistenza, che esultano dal campo della nostra analisi. Come abbiamo visto nel capitolo sulla formazione, questo personale, a differenza degli infermieri, spesso non arriva in Italia con alle spalle esperienze formative e lavorative svolte nel paese di provenienza in questo settore, ma ha in genere altre competenze che vanno dalla licenza media – in caso contrario non potrebbero fare il corso OSS – alla laurea in ambiti completamente differenti. In compenso, arrivati in Italia, quasi sempre questi immigrati hanno svolto attività di cura alla persona a domicilio. Alcuni OSS - tre ecuadoriani e un'ivoriana - intervistate ci hanno detto:

> *"Io non lavoravo* [nel mio paese]*; guardavo le bambine, perché ho tre figlie e mio marito lavorava. Sono arrivata in Italia nel 2000 e ho iniziato a lavorare come badante, perché ero senza documenti."*

> *"Facevo la cassiera in una farmacia e stavo studiando per entrare all'università e fare la commercialista."*

"I miei genitori avevano un'attività in proprio, di prodotti alimentari; io sono cresciuto in questo ambiente, ho studiato contabilità e mi sono diplomato, ho un diploma in contabilità."

"*Prima quando sono arrivata qua nel 2001, visto che i nostri diplomi non sono riconosciuti qui in Italia era difficile trovare un lavoro. Sono laureata in business, ed era difficile per me trovare questo tipo di lavoro qua, e allora sono andata* [in un CTP] *dove ho iniziato a fare la terza media. Là sono venuta a conoscenza di questo corso, allora ho preso la terza media e sono andata allo IAL."*

Anche quella dell'OSS è una figura professionale molto richiesta sul mercato. L'inserimento lavorativo nelle strutture di assistenza, pubbliche o private, avviene principalmente tramite stage forniti dalle stesse scuole di formazione presso le strutture sanitarie e assistenziali della zona. Se nel pubblico è in atto un blocco delle assunzioni per il personale ausiliario, questo non vale per le strutture private e in particolar modo per le case di riposo che si trovano ad essere il più ampio bacino di raccolta per queste lavoratrici:

"Il lavoro [nelle case di cura] *è anche più tranquillo rispetto all'ospedale, dove ci sono ritmi frenetici,mentre la casa di cura permette un altro tipo di lavoro, le persone risiedono lì e quindi non si può essere frenetici. In ospedale le persone transitano, e quindi non c'è un progetto di vita per la persona e si lavora più sulla persona."*

In questo settore gli stage sono molto efficaci e come ci ha segnalato la dottoressa M. M., tutor di un corso, frequentemente gli OSS tendono ad essere assunti nelle strutture in cui hanno fatto il tirocinio. L'assunzione non avviene quasi mai direttamente con la struttura assistenziale, ma molte sono le cooperative e le agenzie interinali che operano in questo settore. Come abbiamo visto nel capitolo relativo alla formazione, i corsi sono frequentati sia da italiani che da stranieri, ed esistono anche percorsi formativi rivolti esclusivamente a questi ultimi.
In alcune strutture attualmente si trova una maggioranza di lavoratrici straniere. Ad esempio un'OSS che lavora in una casa di riposo della provincia di Alessandria ci ha detto:

"[Siamo] *più straniere: siamo molti ecuadoriani e c'è qualche rumena. È sempre così: una o due italiane sono nel turno, però gli altri, anche il personale delle pulizie, della cucina, siamo tutti stranieri, dall'Ecuador, dalla Romania."*

La differenza tra il lavoro in una casa di cura e quello in un ospedale viene così descritto da un OSS ecuadoriano, che evidenzia anche come la particolare condizione affettiva in cui si trovano gli immigrati possa essere funzionale allo svolgimento del lavoro:

"A volte uno si affeziona anche a certe persone, a volte uno può immaginare che un anziano... a volte penso che sia mia nonna o che possa essere la mia mamma e penso che vorrei avere la possibilità un giorno di poter assistere così la mia mamma... Se avesse bisogno, poterla assistere personalmente. Poi si crea una cosa affettiva, una cosa... sicuramente nell'ospedale è diverso; nell'ospedale danno un servizio sanitario, invece in una casa di riposo è un servizio di assistenza, molto diverso, una convivenza."

Dalle testimonianze raccolte, emergono anche per gli OSS casi di sfruttamento e di comportamenti quanto meno scorretti, ed in qualche caso ritenuti discriminatori, da parte delle cooperative. Due intervistate ecuadoriane affermano di essere trattate in modo diverso rispetto al personale italiano. In primo luogo dicono di aver pagato una quota più alta per l'iscrizione alla cooperativa, senza essere state informate di dover pagare questa quota, che a loro è stata scontata mensilmente dallo stipendio, e di essersene accorte quando hanno fatto controllare la busta paga. Inoltre, sostengono che ad altre colleghe straniere è stata sottratta una quota anche superiore. Anche per quanto riguarda straordinari, lavoro festivo, riposi e ferie il comportamento sarebbe discriminatorio a danno degli

immigrati, e lo stesso succede nel lavoro quotidiano. Non solo buona parte dei colleghi italiani con vari mezzi lascia agli stranieri le attività più onerose e pesanti, riesce a passare tutti i fine settimana a casa, ed inoltre:

> *"Se per esempio sul lavoro facciamo qualcosa noi, non va mai bene; la fa un italiano, lo coprono. Se noi lo diciamo, loro subito si arrabbiano. Infatti lei* [si riferisce ad una collega connazionale] *una volta è finita dal direttore, che adesso il direttore non c'è più, e lei giustamente gli ha detto che loro erano dei razzisti, perché se un italiano fa una cosa, va bene, se la fa uno straniero – per carità siamo tutti degli umani e possiamo sbagliare – non va bene."*

Anche se non li ha vissuti direttamente, un altro OSS ecuadoriano ha rilevato la presenza di comportamenti xenofobi o direttamente razzisti da parte di colleghi italiani:

> *"So che si sono stati momenti di questa discriminazione… qualcuna italiana che ha insultato o offeso qualche collega di colore, di pelle nera... personalmente con me non è successo, io sono stato molto fortunato, ho avuto sempre un buon rapporto tra colleghi, soprattutto con le femmine e io non... dico ho sentito così, non sono testimone, però sentito queste cose, però nel caso mio non è successo... Il razzismo esiste, perché a volte non parlano davanti, o stanno parlando di un altro straniero, un altro comunitario e non parlano davanti a me, parlano tra loro, però io ogni tanto qualcosa ho sentito; o qualche collega con cui ho avuto un bel rapporto e mi hanno raccontato."*

Come per gli infermieri, viene seguito un primo processo di affiancamento con i colleghi più esperti, che si ha spesso già nella fase dello stage. Anche nel caso degli OSS, sebbene il percorso formativo sia molto efficace, le difficoltà maggiormente riscontrate sono quelle legate alla conoscenza della lingua italiana. Sempre la dottoressa M. segnala:

> *"Penso che sia un percorso ben strutturato, perché hanno tanta parte di pratica che poi è la cosa fondamentale, avendo la teoria alle spalle. Nel mio piccolo, come le dicevo, ho avuto dei buoni riscontri nell'inserimento lavorativo, le percentuali* [di OSS] *sono alte e direi che può andare bene così. Nei percorsi rivolti alle persone straniere sarebbe bene inserire qualche ora in più di italiano, perché alcuni hanno proprio grosse difficoltà e questa cosa emerge nel momento in cui devono compilare o leggere i moduli, senza rischi di fraintendimento; se alle spalle non c'è un minimo di comprensione linguistica…non dico nella parte pratica, perché in questo vanno tutte molto bene; chi frequenta i corsi OSS ha già molta predisposizione per questo ambito, un po' per necessità e un po' proprio perché sono più verso l'altro, però a volte viene a mancare la parte della comprensione linguistica."*

La prima selezione del personale deriva proprio dal percorso formativo e il responsabile di un altro corso OSS ci ha detto:

> *"Agenzie interinali, cooperative e strutture si rivolgono a noi per il reclutamento. Abbiamo l'accreditamento regionale per l'orientamento, c'è un colloquio di un nostro operatore con le allieve, si costruisce il curriculum, si impostano le domande di lavoro e in base alle richieste. Abbiamo organizzato, con finanziamento della CARIPLO, all'interno del nostro progetto anche corsi di preparazione ai concorsi in ospedale, con buoni risultati. Negli ospedali la situazione è più bloccata, fanno un concorso all'anno per pochissimi posti. In genere l'inserimento è nelle strutture socio-assistenziali. A Novara ci sono poi tre fondazioni che hanno RSA in cui si entra per concorso. Negli ultimi anni le OSS nuove arrivano da qua. Noi non forniamo il punteggio dell'esame, ma solo l'attestato di qualifica. La selezione poi la fanno loro. Ci sono prassi consolidate nel tempo"* .

I rapporti con superiori e colleghi italiani sono ovviamente molto diversificati, ma in alcuni casi vengono citati, come per quanto riguarda l'ammissione ai corsi di formazione OSS, indizi di

insofferenza nei confronti degli immigrati da parte degli italiani esclusi. Un intervistato albanese racconta che generalmente con i colleghi italiani i rapporti sono buoni, però:

> *"Adesso hanno assunto a tempo determinato un ragazzo che però poi ha fatto un sacco di assenze e quindi non gli hanno rinnovato il contratto. Lui se la prende con gli immigrati dicendo: -Assumono loro, gli extracomunitari che non sanno fare un c.!"*

Ma dove gli stranieri sono in maggioranza la situazione si può capovolgere, mettendo in crisi chi nella vita quotidiana fa parte della maggioranza autoctona:

> *"Quando magari c'è un'italiana da sola con cinque ecuadoriani, lei va nel panico e diventa molto più gentile, mentre quando ci sono le altre italiane…io scherzando le dico di star tranquilla, perché in quel momento la straniera è lei."*

Conclusioni

Dal punto di vista generale, l'impostazione del percorso formativo, teso ad esaltare l'autonomia e la figura professionale dell'infermiere, si deve confrontare con una realtà lavorativa che spesso è ancora lontana dall'ideale proposto dai corsi universitari, a partire dal rapporto con i medici. La carenza persistente di infermieri li porta ad operare in una situazione di perenne difficoltà . La conseguenza è una dequalificazione professionale di fatto, perché gli infermieri si trovano nella condizione di farsi carico di mansioni che non dovrebbero essere svolte da loro. Inoltre i ritmi e l'organizzazione del lavoro (ad esempio di stampo fordista, cioè per tipo di intervento e non per paziente) in alcuni reparti ed ospedali smentiscono quanto appreso nei corsi universitari e le relative aspettative rispetto ai rapporti dell'infermiere con i pazienti da una parte e con i medici dall'altra. Come sostiene un responsabile della formazione:

> *"C'è stata una modifica della normativa, una modifica della formazione, e non c'è stata una modifica organizzativa delle strutture sanitarie, perché le strutture sanitarie sono al 70% governate dei medici, dai laureati in Medicina e Chirurgia, e questo porta sicuramente a qualche problema perché alla modifica normativa manca la terza parte. Il comportamento è rimasto quasi totalmente invariato."*

Un'altra coordinatrice di corso solleva una questione generazionale che riguarda anche i rapporti di potere all'interno delle strutture:

> *"Dico sempre ai nostri studenti che tutto quello che è stato raggiunto fino ad oggi da noi 'vecchie', lo devono preservare, non si possono sedere sperando che gli altri diano loro qualcosa; noi forse lottavamo per avere determinate cose, perciò eravamo più convinte, credo. Loro hanno queste cose, però non le sanno utilizzare; questa forse è la differenza. Noi, ad esempio, abbiamo modelli di lavoro che all'azienda gli studenti non riscontrano. Proponiamo logicamente modelli professionalizzanti e nelle aziende dove poi vanno a lavorare si lavora ancora per compiti, non c'è il cambiamento.* [La conseguenza di questa situazione è] *l'abbandono della professione dopo 5, 6, 10 anni. Questo è quello che succede, perché ci sono infermieri che dopo un certo numero di anni, abbandonano la professione fanno tutt'altro... Il problema più grosso dell'abbandono e della depressione infermieristica è che gli studenti vengono e pensano di fare altro."*

Per quanto riguarda la presenza degli stranieri, si può individuare una tendenza progressiva alla sostituzione del personale italiano con quello immigrato, più evidente (come in genere succede per i temi legati all'immigrazione) in una grande città come Torino, ancora ridotta ma in progressivo incremento in provincia. A questa presenza, non corrisponde un adeguamento legislativo per quanto

riguarda il possibile inserimento nel settore pubblico con contratti a tempo indeterminato, accessibili solo a chi ha la cittadinanza italiana o ai cittadini comunitari. La contemporanea domanda di personale infermieristico determina una strozzatura del sistema in entrata che in alcune situazioni favorisce le esternalizzazioni, ed in ogni caso mette i laureati extracomunitari in una condizione di maggiore ricattabilità rispetto agli altri colleghi.
La presenza degli stranieri si inserisce quindi in un contesto contraddittorio e per molti versi difficile. A questo proposito alcuni responsabili della formazione degli infermieri hanno evidenziato problemi di vario genere. Per un verso ci sono le questioni contrattuali:

> *"Gli stranieri extracomunitari o comunitari che sono venuti a lavorare in Italia... hanno creato non pochi problemi alla nostra professione. Andate a vedere i contratti di lavoro con cui lavorano!... L'extracomunitario o il comunitario che non ha un contratto di lavoro serio e ha bisogno di lavorare, accetta tutto. Probabilmente accetta sei ore in una struttura e sei ore da un'altra parte, e perciò riesce ad avere uno stipendio normale, per sopravvivere e vivere qui, in questa zona, però facendo il doppio delle ore."*

Da un'altra intervista emerge una preoccupazione più articolata:

> *"... Un altro aspetto un po' più sofisticato, che alcuni esprimono in modo grezzo, ma che è il vero problema, [è]la paura che l'arrivo di una componente professionale mediamente meno qualificata, non per responsabilità loro, ma per come vengono immessi nel mondo del lavoro, possa dequalificare complessivamente l'immagine della professione."*

Il riferimento alla minore qualificazione professionale degli immigrati, nel prosieguo dell'intervista, risulta riguardare principalmente la competenza linguistica, e la soluzione indicata è quella di una maggiore selezione negli esami di italiano dell'IPASVI. Un ulteriore aspetto è rappresentato dall'aggravio di lavoro rappresentato dall'arrivo di colleghi italiani o stranieri con minori competenze, sia tecniche che linguistiche, che viene affidato al personale più esperto. Questo processo di inserimento può provocare ulteriori tensioni, soprattutto quando gli stranieri in questione presentano entrambe le difficoltà.
La paura di un grave pregiudizio all'immagine professionale della categoria può anche essere interpretata in altri termini, più generali: se l'infermiere sta diventando progressivamente un lavoro da extracomunitari, questo fatto porta con sé l'immagine negativa, in termini di *appeal* e di status, oltre che economici, che nel nostro paese riguarda il lavoro immigrato. In qualche modo gli stranieri trasmettono all'attività che svolgono lo stigma che deriva dalle caratteristiche del loro inserimento lavorativo nel contesto italiano.
Ciò determina un'ulteriore contraddizione in una professione che sta vivendo una fase molto critica della propria storia, sia per ragioni oggettive che per questioni di immagine e di status socio-professionale, in cui il modello professionale ideale si trova a confrontarsi con l'opinione diffusa, che non riconosce all'infermiere uno status pari al livello di studi e di competenze acquisiti, ed anzi ne fa l'operatore su cui maggiormente si scaricano le tensioni che sta vivendo il nostro sistema sanitario. Oltre alla ridefinizione del *welfare*, la già citata tendenza ad imporre la logica manageriale nella gestione delle strutture sanitarie porta ad un frazionamento delle funzioni e delle mansioni che mette in crisi la definizione di una figura professionale definita per la categoria. Questa, a sua volta, è percorsa da divisioni di vario genere, tra cui quella dell'origine nazionale ha, e potrà avere ancora di più nel prossimo futuro, un peso rilevante.
All'interno degli ospedali il ruolo degli infermieri rispetto alle altre figure professionali e dirigenziali, in primo luogo dei medici, viene costantemente rinegoziata e ridefinita in base ai rapporti di forza all'interno dell'organizzazione. Come sottolinea un responsabile della formazione:

"... L'infermiere storicamente ha svolto mansioni un po' del medico e un po' dell'ausiliario. Si espande sia in orizzontale che in verticale; questo è molto complicato perché non riesce a trovare una collocazione. Mettere in crisi questo sistema oggi non è semplice perché l'infermiere tampona: manca l'ausiliario, allora porta la barella, il medico è occupato, allora lo fa l'infermiere… anche il prelievo arterioso. La ricollocazione organizzativa deve essere studiata e gestita."

Anche su questo la presenza del personale immigrato può essere percepita negativamente, se non si riesce ad evitare che la categoria si divida sulla base dell'origine nazionale e che questo a sua volta determini la condizione di maggiore o minore subordinazione rispetto alle altre categorie. A questo proposito, un aspetto particolarmente delicato del sistema organizzativo e gerarchico negli ospedali è rappresentato dai rapporti tra medici ed infermieri. Abbiamo già trattato di questo argomento nel capitolo relativo alla formazione, che però è stato richiamato più volte anche nelle interviste relative all'inserimento lavorativo. Le risposte sono state piuttosto contraddittorie. Mentre chi si occupa della parte formativa ed organizzativa tende a ritenere che gli infermieri immigrati siano più proni e servizievoli nei confronti dei medici, alcuni infermieri di varia provenienza attribuiscono questo atteggiamento piuttosto ai colleghi italiani.
Un discorso in parte diverso riguarda il personale di supporto, che per il momento è poco presente nel sistema sanitario e si concentra nei servizi di assistenza e di cura, in cui c'è una presenza preponderante di cooperative ed agenzie interinali. Tuttavia la figura dell'OSS è stata pensata anche per un inserimento massiccio negli ospedali, con l'obiettivo di liberare gli infermieri da una serie di incombenze. Il personale ausiliario presente da molti anni è stato riqualificato in età avanzata, sta andando progressivamente in pensione e molti di quelli che rimangono in servizio sono inabilitati ai lavori più pesanti. È quindi inevitabile che questo personale venga rimpiazzato dai colleghi formati negli ultimi anni, e quindi tra breve si presenterà il problema dell'inserimento nelle strutture sanitarie di una categoria professionale con una notevole presenza di stranieri.

Le esternalizzazioni di servizi infermieristici *di Carol Brentisci,*

Abbiamo già visto nel capitolo riguardante il quadro quantitativo del sistema infermieristico locale,quale sia la stima del fabbisogno di infermieri nella tre Province oggetto della nostra indagine, che ammonta quindi a 2.857 unità per la sola provincia di Torino, a circa 200 unità per la provincia di Alessandria e altrettante per la provincia di Novara

Abbiamo anche visto che, per limitare la carenza di personale infermieristico a livello sia nazionale sia locale, ormai da qualche anno il ricorso all'impiego di personale straniero è molto diffuso sia da parte della sanità pubblica sia da quella privata.

La normativa sull'immigrazione infatti ha agevolato l'ingresso di infermieri stranieri attraverso dispositivi come quello previsto dal d.lgs. 25.07.1998, n. 286. art. 27, lett. r bis), come modificato dalla L. 189/02, e dell'art. 37 D.P.R. 334/04, comma 21, che dispone che per gli infermieri professionali stranieri è consentito l'ingresso in Italia per motivi di lavoro al di fuori delle quote previste dal decreto flussi.

La terziarizzazione dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali, prevalentemente ma non esclusivamente a soggetti del Terzo Settore, è un fenomeno molto presente in Piemonte. Dalle interviste effettuate sia a lavoratori, italiani e stranieri, sia a testimoni privilegiati, sembrerebbe che la maggior parte di questo genere di servizi sia esternalizzato.

Anche se questo non rappresenta il focus della nostra ricerca, ci sembra opportuno fornire una serie di elementi emersi nel corso dell'indagine.

Chi sono i soggetti che esternalizzano e quali servizi?

- le ASL: Residenze Socio Assistenziali, centri Alzheimer, ambulatori territoriali, ambulatori per le cure della tossicodipendenza, servizi di igiene mentale, ecc.
- i Comuni ed i Consorzi Socio Assistenziali: i servizi di assistenza territoriale/domiciliare anziani, disabili, le comunità alloggio per disabili, ecc.
- le IPAB[27]: i servizi socio assistenziali ed alberghieri nelle case di riposo, l'assistenza infermieristica, le prestazioni fisioterapiche.

Pur essendo consapevoli che non tutte le cooperative che operano nell'ambito di servizi socio-sanitari e socio assistenziali sono cooperative *"*pirata*"*, è doveroso segnalare che il quadro che emerge è decisamente scoraggiante: retribuzioni inferiori sia al settore pubblico che a quelle della sanità privata, mancanza di trasparenza nei rapporti contrattuali, l'applicazione in alcune province del salario medio convenzionale, il frequente cambio di cooperativa ed un generale senso di sfruttamento

Vedremo quindi attraverso quali diversi strumenti gli infermieri stranieri arrivano nelle aziende sanitarie pubbliche.

Le modalità con le quali le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere piemontesi esternalizzano i servizi sono principalmente tre:

- l'affidamento a cooperative di parte o totalità di servizi socio-sanitari attraverso gare d'appalto o procedure negoziate;
- il ricorso alle agenzie di somministrazione di lavoro temporaneo attraverso gare d'appalto;
- l'affidamento di servizi infermieristici a studi professionali.

Queste sono le modalità più frequenti attraverso le quali assistiamo alla privatizzazione del sistema sanitario e queste sono le diverse situazioni nelle quali ci siamo imbattuti nel corso della nostra ricerca.

Analizzeremo, per quanto è possibile, attraverso la testimonianza delle persone intervistate e l'analisi di documenti di gara reperiti prevalentemente sui siti delle singole aziende sanitarie quali sono le diverse conseguenze derivanti dall'implementazione di queste modalità per le aziende sanitarie, per i lavoratori (con particolare attenzione ai lavoratori stranieri) e per i pazienti

[27] Istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza, enti pubblici che generalmente gestiscono case di riposo

L'affidamento a cooperative

Negli anni '90 ha inizio il processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e, contestualmente, la maggior parte delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere inizia ad esternalizzare i servizi ausiliari, quelli che non rappresentano il *core* dell'organizzazione.
Vengono affidati quindi a soggetti esterni gli appalti per i servizi di pulizia e sanificazione, di manutenzione, di lavanderia, di gestione e smaltimento rifiuti, di ristorazione. Successivamente l'esternalizzazione inizia a coinvolgere personale ausiliario non sanitario (addetti alla custodia, centralinisti, altri profili di supporto) per arrivare solo recentemente all'affidamento a soggetti terzi di servizi infermieristici.
Questo sicuramente crea una contraddizione richiamata dalla seguente testimonianza:

> *"Il problema degli appalti dei servizi infermieristici nasce da una scelta di carattere organizzativo tipica del sistema italiano. Sono già arrivate diverse critiche dall'UE in relazione alla normativa sui servizi, ed in particolari sui servizi sanitari. L'esternalizzazione ha degli aspetti molto particolari qui in Italia. Appaltare dei servizi all'esterno è assolutamente possibile anche per le istituzioni pubbliche, mentre si discute molto se una amministrazione pubblica, che ha come* mission *un determinato servizio, come quello della salute, possa esternalizzare, e quanto possa farlo, il servizio salute. L'appalto di servizi tradizionalmente riguarda servizi accessori e strumentali all'oggetto essenziale, quindi alla* mission. *Un'azienda sanitaria può esternalizzare i servizi accessori (pulizie, lavaggio lenzuola, ecc.), ben può un'azienda che produce automobili esternalizzare il servizio salute, che è accessorio rispetto al suo obiettivo produttivo. Però si discute molto se soprattutto un ente pubblico possa spogliarsi completamente dell'attività precipua, come quella sanitaria.*
> *Questo discorso ha preso ancora più piede quando una legge abbastanza recente, la legge 42 della fine degli anni '90, ha tolto agli infermieri la denominazione di ausiliari assegnando loro quella di sanitari, esattamente come i medici. Non essendo più ausiliari, quando io vado ad appaltare fuori i servizi infermieristici non esternalizzo servizi ausiliari, esternalizzo il servizio sanitario. Questo è il problema filosofico e organizzativo, quindi si discute fin da subito se è possibile appaltare questi servizi. Dando per scontato che lo siano, ammesso ma non concesso, ci sono però tutta una serie di problemi, perché appaltare il servizio infermieristico significa seguire determinate regole che nella prassi non vengono rispettate." (AVVOCATO)*

Dalla ricostruzione fatta attraverso le testimonianze, possiamo affermare che, relativamente ai servizi infermieristici, l'affidamento a cooperative per l'espletamento dello stesso ha attraversato due stagioni differenti.
La prima, quella dei primissimi anni dell'emergenza dovuta alla carenza di infermieri, conclusasi sostanzialmente nel 2005, possiamo considerarla la stagione della deregolamentazione Succede di tutto: le aziende sanitarie affidano a cooperative parte delle prestazioni infermieristiche configurabili come intermediazione di manodopera, molte imprese cooperative intravedono in questo una buona *chance* per fare profitto e organizzano il reclutamento e la somministrazione di infermieri dall'estero con modalità piuttosto dubbie, come ampiamente documentato nel capitolo riguardante il reclutamento.
Questa stagione l'abbiamo ritrovata in tutti i territori oggetto della ricerca, come possiamo vedere dalle testimonianze sotto riportate, con una maggiore presenza nella provincia di Torino ed Alessandria. Si tratta di interviste realizzate sia a funzionari sindacali che a responsabili amministrativi e gestionali di servizi ospedalieri, quindi con punti di vista diversi. Tutti però disegnano un quadro di questo primo periodo piuttosto problematico sia per quanto riguarda l'applicazione delle normative in materia di esternalizzazioni, sia soprattutto in relazione con i diritti dei lavoratori esterni.

"... C'è stato un mutamento di rotta notevole, che però è iniziato anche in parte quando è cambiata la dirigenza delle A.S.L.; ad esempio, azienda ospedaliera, giunta precedente, quindi direttore precedente,; direttore generale e Direttore Sanitario avevano fatto un contratto in cui G., insomma la cooperativa, il gruppo V.S., forniva personale... L'"ispettorato del lavoro è intervenuto e ha verificato l'intermediazione di manodopera... a loro è dovuto il fatto che cambiasse la dirigenza per avviare le procedure per sostituire, per stabilizzare e assumere il personale" (FUNZIONARIO SINDACALE)

"Noi abbiamo avuto un'esperienza che in qualche modo ha fatto molto parlare in città, quando abbiamo affrontato una vertenza con l'azienda ospedaliera di Alessandria - un paio di anni fa - con una cooperativa molto famosa e molto grossa che è stata denunciata, grazie all'ispezione fatta dalla direzione provinciale del lavoro; l'azienda ospedaliera è stata multata ed è stata accertata l'intermediazione di manodopera. Questo è avvenuto con la cooperativa V. S." FUNZIONARIO SINDACALE

"Poi nelle cooperative ci sono molti banditi, perché ad esempio quella cooperativa che aveva prima il servizio all'ASL di Novi... era una di quelle cooperative che se poteva tratteneva i documenti o che ti dava l'appartamento, in teoria come benefit, ma in realtà ti faceva la trattenuta, anche di quote consistenti, sulla busta paga… questa situazione… se possono, degli extracomunitari se ne approfittano, ma questo lo facevano anche con gli spagnoli. Non è che guardassero tanto alla provenienza, l'importante è che uno non fosse sufficientemente conscio dei propri diritti, perché glieli trattenessero (i documenti)." DIRIGENTE SINDACALE

Da queste prime citazioni, di fonte sindacale, emerge per un verso il nodo normativo, che riguarda la legittimità di appalti assegnati alle cooperative per quella che si può considerare come somministrazione di manodopera, dall'altra il comportamento vessatorio di alcune di queste cooperative, che approfittavano della debolezza di lavoratori stranieri poco informati sui propri diritti, con la pratica (che ci risulta essere stata piuttosto diffusa di trattenere i documenti per "fidelizzare" in modo scorretto i lavoratori).Va inoltre notato che nei primi due casi, relativi a Torino ed Alessandria, la cooperativa citata è sempre la stessa.
Rispetto al primo punto il discorso di alcuni responsabili organizzativi è diverso, ma in ogni caso si evidenzia la tendenza a ridurre, se non eliminare, il ricorso a personale esterno.

"Fare l'infermiere è un lavoro intellettuale, come stabilisce un decreto, mai applicato nella pratica; purtroppo la cooperativa faceva fare a questi infermieri 180/200 ore, fino ad un massimo di 220 ore, ed è impossibile avere questi ritmi nel nostro lavoro, dove si richiede un'attenzione costante. Le persone più timorose erano prese di mira dalla cooperativa.... Noi vogliamo inserire le persone nel contesto ospedaliero, non acquistare tot ore di lavoro. L'infermiera rumena inizialmente ha fatto un periodo di 15 giorni sempre accompagnata da altri più esperti di lei; non è mai stata lasciata sola e questo periodo di 'doppio' nelle nostre intenzioni sarebbe dovuto durare anche di più, magari un mese, ma non è stato possibile sempre per la carenza di personale. Le persone mandate in sostituzione dalla cooperativa magari arrivavano da Milano, facevano un paio di turni qui e poi andavano a Parma; noi non sapevamo nulla di loro, delle loro competenze e di come comprendessero e parlassero l'italiano e l'ospedale non aveva voce in capitolo in questa procedura. Fortunatamente questo 'schifo' è finito nel 2005." RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO

"L'azienda M. dopo una visita dell'ispettorato del lavoro ha ricevuto una contestazione nell'ambito dell'utilizzo di intermediazione di manodopera, è arrivata una multa plurimilionaria (circa 200.000 euro).In seguito, e non solo in funzione di questa multa, abbiamo emanato un provvedimento amministrativo nel quale si diceva che andavamo ad esaurimento di queste posizioni esternalizzate. Tra l'altro abbiamo deciso di non pagare la multa e il reato sta andando in penale, perché ci sembra una grande bufala. Io stesso sono andato all'ispettorato del lavoro a contestare la multa dicendo loro che ci sono un sacco di sentenze che dichiarano che l'utilizzo di personale facente parte delle cooperative non è

da considerarsi intermediazione di manodopera. C'è stato il ricorso al TAR e un ricorso al Consiglio di Stato, ed entrambi hanno dato ragione all'Amministrazione delle Molinette. Per cui comunque entro quest'anno vorremmo concludere o l'utilizzo di personale esterno, se riusciamo ad assumere il numero di infermieri che ci serve (80) con questo concorso." DIRETTORE AMMINISTRATIVO

"Io penso che il sindacato sia stato contento, perché si è abbassato il livello di 'sfruttamento' all'interno dell'ospedale, cioè noi avevamo degli infermieri che per prendere uno stipendio normale facevano magari duecento-duecentoventi ore al mese, perché erano pagati un tot all'ora e quindi c'era proprio sfruttamento." RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO

"Nelle cooperative ho visto di tutto, ed in genere non edificanti. Da quella che trattiene il permesso di soggiorno a quelli a cui raccontavano che non avevano il permesso di cambiare datore di lavoro, ricatti di varia natura, a quelli a cui facevano firmare una dichiarazione in cui si impegnavano a restituire 5.000.000 £, se cambiavano datore di lavoro perché loro le avevano addestrate, ad abusi sessuali." DIRIGENTE OSPEDALE

Come si vede, anche da questi intervistati emerge un quadro di sfruttamento e di abusi a danno dei lavoratori delle cooperative, in buona misura stranieri, che corrisponde alle informazioni da noi raccolte presso varie fonti. Che questi comportamenti siano del tutto scomparsi è improbabile. È vero però che attualmente la riduzione del ricorso alle esternalizzazioni promosso dall'assessorato regionale ed il fatto che anche i lavoratori immigrati hanno maggiori informazioni rispetto ai propri diritti, almeno se hanno rapporti con i propri connazionali già presenti in Italia, dovrebbero aver limitato questi comportamenti. In entrambi gli aspetti i sindacati hanno giocato, e continuano a giocare, un ruolo centrale. Per un verso il blocco delle esternalizzazioni è stato ottenuto anche grazie all'opposizione sindacale, ed ha rappresentato, come emerge dalle interviste citate, una difesa non solo dei lavoratori, ma anche della qualità del servizio. Per l'altro, è evidente che i lavoratori delle cooperative possono liberarsi dalla condizione di lavoro succitate solo grazie al sostegno del sindacato.
Diversa è stata l'esperienza nella provincia di Novara, dove successivamente al caos generato da questo genere di intervento, le direzioni sanitarie hanno repentinamente cambiato rotta.

"Parliamo dell'esternalizzazioni nel pubblico quindi nell'Ospedale Maggiore piuttosto che nell'ASL. Noi abbiamo avuto la fase di esternalizzazione soprattutto nelle attività non sanitarie riferibili a lavanderia, cucina, praticamente generalizzata. Questa cosa è partita nei primi anni '90 e credo che abbia interessato tutto il Piemonte. Noi a Novara abbiamo gestito questa cosa vigilandola, nella misura in cui non solo abbiamo costruito dei percorsi di ricollocazione a seguito di riqualificazione di quelli che erano impiegati in quelle strutture, ma abbiamo inserito nei capitolati d'appalto… nel senso che io decido che fra tre mesi la cucina centrale piuttosto che la mensa viene data in appalto. Però ne ho, sia di cuochi che di operatori tecnici ecc. Quelli li ho ricollocarti e riqualificati nell'ambito della parte pubblica e non esternalizzati, e nei capitolati d'appalto abbiamo inserito sempre una clausola che comunque il sindacato di categoria avesse poi modo di verificare quali fossero le condizioni di lavoro e le applicazioni dei contratti di categoria. Quindi la realtà è che noi all'interno degli ospedali e dei vari presidii dell'ASL abbiamo persone che lavorano insieme ma che hanno contratti diversi, dipendono da soggetti diversi. Nel frattempo abbiamo avuto anche delle situazioni di contratto di somministrazione piuttosto che un brevissimo periodo di cooperative che abbiamo immediatamente bloccato" FUNZIONARIO SINDACALE

La seconda stagione, quella più recente, vede una minor presenza della cooperazione nelle aziende ospedaliere a favore, come vedremo più avanti, delle agenzie di somministrazione di personale e di studi associati di professionisti. Onde evitare le sanzioni per intermediazione di manodopera, le aziende sanitarie iniziano ad esternalizzare interi reparti o servizi complessivi.

Troviamo le esperienze più significative in tale direzione a Torino, in particolar modo presso il San Giovanni Bosco di Torino, all'interno del quale è stata fatta una gara d'appalto per l'affidamento di sale operatorie

> *"... Ho fatto fare all'ASL 4 degli appalti in cui è stata garantita questa autonomia. Loro hanno infermieri inseriti al bisogno nelle corsie, somministrati, in affitto. Al Giovanni Bosco abbiamo fatto un esperimento, che tutti invidiano, perché hanno messo gli interinali a coprire i buchi orari – quelli sono lavoratori in affitto, e va benissimo – e poi ci sono delle isole che, come modelli organizzativi, possono stare da sole ed essere autorganizzate e autogestite, dove ci sono dei gruppi di personale infermieristico che hanno questo lavoro in appalto, o con liberi professionisti, e con cooperative. Dove c'era da prendere braccia hanno fatto contratti interinali, che è lo strumento giusto, laddove c'era da esprimere un'autonomia organizzativa hanno usato l'altra forma, dell'acquisire il servizio completo." AVVOCATO*

> *"Teoricamente il personale delle cooperative non dipende dal punto di vista gerarchico dal personale stabilizzato, nel senso che, per evitare la fattispecie di intermediazione abusiva di manodopera, noi non li prendiamo come infermieri ma come servizio globale, gli diamo da gestire le sale operatorie A, B, C. Noi gli diciamo quello di cui abbiamo bisogno e il loro coordinatore li organizza nelle sale operatorie. Ma nell'organizzazione dovrebbero esserci anche i materiali, che invece mettiamo noi. Così in effetti loro rispondono del servizio."DIRIGENTE OSPEDALIERO*

Sempre la stessa ASL, l'ex ASL 4, ha bandito tra il 2007 ed il 2008, gare d'appalto per l'affidamento della gestione del servizio di prelievi a domicilio (servizio strettamente infermieristico), il servizio di movimentazione pazienti presso il blocco operatorio e i reparti del presidio ospedaliero Maria Vittoria, la movimentazione dei pazienti, la gestione delle camere mortuarie, le attività assistenziali all'interno del DEA e delle sale operatorie presso del presidio ospedaliero San Giovanni Bosco (attività di carattere socio-sanitario).
Dalla lettura dei documenti della gara d'appalto (bando, capitolato e disciplinare), emergono sostanzialmente alcune attenzioni rivolte al personale. Da una parte, laddove il servizio è già gestito, vi è la clausola del riassorbimento a condizioni non peggiorative, dall'altro è richiesta la generica applicazione di Contratti Collettivi Nazionali siglati da organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.
Non ci si può però esprimere sulla congruità della base d'asta, non avendo noi a disposizione tutti gli elementi per fare una valutazione di merito.
In ogni caso la scelta fatta da questa ASL non corrisponde alle decisioni prese in altri territori. Se per un verso l'affidamento in toto o in parte di servizi infermieristici forniti da cooperative e l'uso del lavoro interinale per ovviare alle carenze temporanee di organico risolve alcuni seri problemi organizzativi, il fatto che altrove non vi si faccia ricorso dimostra che non si tratta dell'unica alternativa praticabile. C'è quindi il sospetto che queste scelte, oltre che a difficoltà gestionali, rispondano a esigenze di carattere economico, in quanto il ricorso a personale esterno permette di risparmiare sui costi relativi ad alcuni diritti dei lavoratori. È evidente infatti che i dipendenti di cooperative e di agenzie interinali sono notevolmente disincentivati ad andare in mutua, in maternità, ecc.
Ma il problema non è riconducibile tutto ad un sistema cooperativo *"malato"*, vanno individuate certamente anche le responsabilità pubbliche e vanno ricercate le adeguate tutele.

> *"Non voglio fare di tutta un'erba un fascio, ci sono realtà cooperative che hanno rappresentato un movimento forte e con regole condivise, però il mondo della cooperazione oggi è attraversato da comportamenti che si sono generalizzati di forte deregolamentazione e con aree di irregolarità diffusa. Quindi, il movimento cooperativo è stato in qualche modo rovinato da realtà molto spregiudicate che*

hanno preso il sopravvento rispetto alle cooperative sane che hanno rappresentato anche una ricchezza sul territorio." FUNZIONARIO SINDACALE

"Siamo riusciti a costituire un gruppo di lavoro che poi è diventato un vero e proprio coordinamento, grazie anche ad un lavoro fatto con l'istituzione, che ha messo insieme alla Provincia, che in qualche modo ad Alessandria si è assunta questo ruolo, le organizzazioni sindacali più rappresentative nella cooperazione e le maggiori centrali cooperative: la Lega delle Cooperative e Confcooperative. Noi da qualche tempo registravamo l'intreccio fra il lavoro delle cooperative e le strutture pubbliche - perché molte cooperative lavorano in appalto su gestioni pubbliche: ASL, Consorzi, Comuni - e abbiamo posto questa questione perché pensiamo che esista una responsabilità anche sociale dell'ente pubblico, nell'affidamento di servizi, e quindi che anche nel determinare appalti, nella gestione dei servizi soprattutto nelle case di riposo, ci fossero delle regole per obbligare poi i vincitori delle gare di appalto almeno a dei comportamenti contrattuali di un certo tipo nei confronti dei loro dipendenti. Sappiamo che nella cooperazione ci sono diversi contratti e il fenomeno del dumping è fortissimo; ci sono contratti che sono dei grimaldelli, come quello dell'UNCI, che crea condizioni di diritti contrattuali e di retribuzione assolutamente inferiori a quelle del contratto della cooperazione sociale. Questo ragionamento, che è partito da una nostra istanza - cioè quella di cercare di vincolare gli enti gestori, gli enti pubblici, non solo a controllare, nell'ambito dei servizi che venivano gestiti in appalto, le modalità con i quali le cooperative operavano - è arrivato a creare i presupposti per scrivere nei capitolati di gara d'appalto delle clausole che fossero a garanzia soprattutto delle persone che lavorano tramite queste cooperative. Questo non riguarda in particolare i lavoratori stranieri, però è chiaro che riguarda tutti lavoratori della cooperazione, dove il pezzo che riguarda i lavoratori stranieri comincia ad essere molto consistente. Quindi ad Alessandria tra la fine del 2006 l'inizio del 2007 abbiamo fatto un protocollo con questi soggetti, dove la Provincia e gli enti gestori pubblici si impegnavano al rispetto di determinate regole negli appalti, nei capitolati, come l'obbligo dell'applicazione del contratto nazionale. Vincoli veri e propri non ne poteva determinare, però è chiaro che questo protocollo sta avendo la sua promozione presso tutti gli enti gestori pubblici per far sì che si assumano la responsabilità, anche rispetto agli appalti che fanno." FUNZIONARIO SINDACALE

Il ricorso alle agenzie di somministrazione di lavoro temporaneo

Il lavoro interinale è una forma atipica di lavoro subordinato che si basa sull'interazione tra tre soggetti: il somministratore (agenzia), l'azienda utilizzatrice e il lavoratore. Per tutta la durata della somministrazione il lavoratore svolge la propria attività nell'interesse dell'utilizzatore, secondo le modalità e sotto il controllo dello stesso, pur essendo assunto e retribuito dall'agenzia.

"La somministrazione di lavoro a tempo determinato è ammessa a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo, anche se riferibili all'ordinaria attività dell'utilizzatore" (art. 20, comma 4 D.Lgs 276/2003 Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato"). Quindi, seppur nella formula ampia adottata dal legislatore, l'azienda utilizzatrice è comunque tenuta a dare una ragione effettiva e comprovabile.

Ma vediamo il quadro quantitativo relativo alle ore di servizio infermieristico esternalizzate nelle aziende sanitarie oggetto della ricerca.
I grafici e le tabelle che seguono sono frutto dell'elaborazione dei dati raccolti dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte nell'ambito di un monitoraggio sull'applicazione della direttiva Valpreda. Sono riferiti al 2005-2007, non tengono quindi ancora in conto degli accorpamenti delle ASL previsti dal nuovo Piano Sanitario Regionale e degli aggiornamenti che sono in corso in questo periodo.

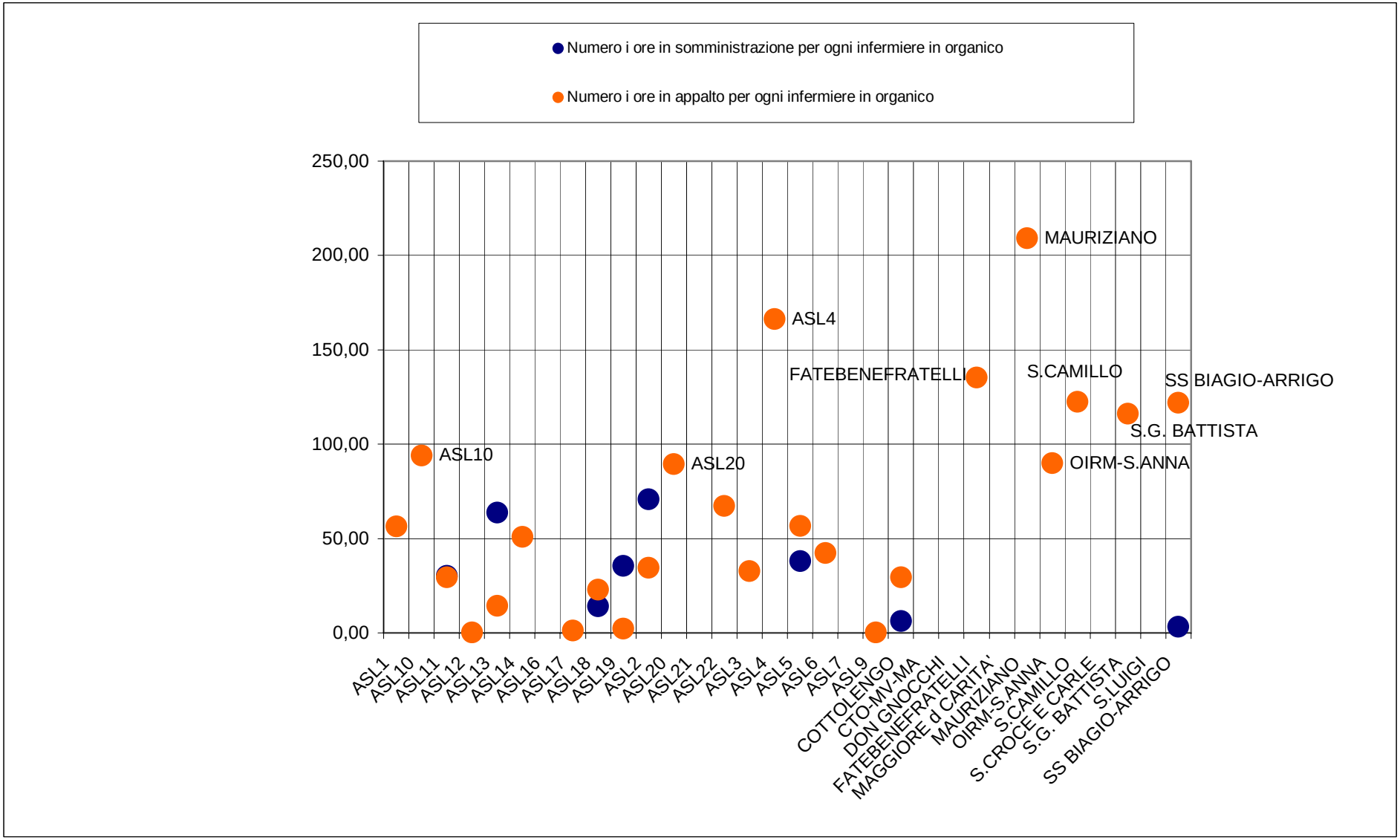
Alcuni dati sono in apparente contraddizione con quanto affermato in altri capitoli di questo rapporto, per esempio riguardo all'assenza di esternalizzazioni all'Ospedale "Maggiore della Carità" di Novara. Dalle interviste ai responsabili sindacali che alla Direttrice Sanitaria dell'Ospedale Maggiore di Novara risulterebbe infatti che suddetto ospedale non ha praticamente esternalizzato mai, se non durante un brevissimo periodo estivo, i servizi infermieristici. Al contrario dai dati che compaiono nelle tabelle di questo capitolo parrebbe che non sia così e che anche lì ci siano state delle esternalizzazioni. In realtà le ore che compaiono nelle tabelle si riferiscono quasi esclusivamente ai servizi territoriali (di cui la presente ricerca non si è occupata) e non quelli ospedalieri.

Tab. n. 11 - N° di ore di somministrazione e appalto per ogni infermiere in organico (anno 2005)

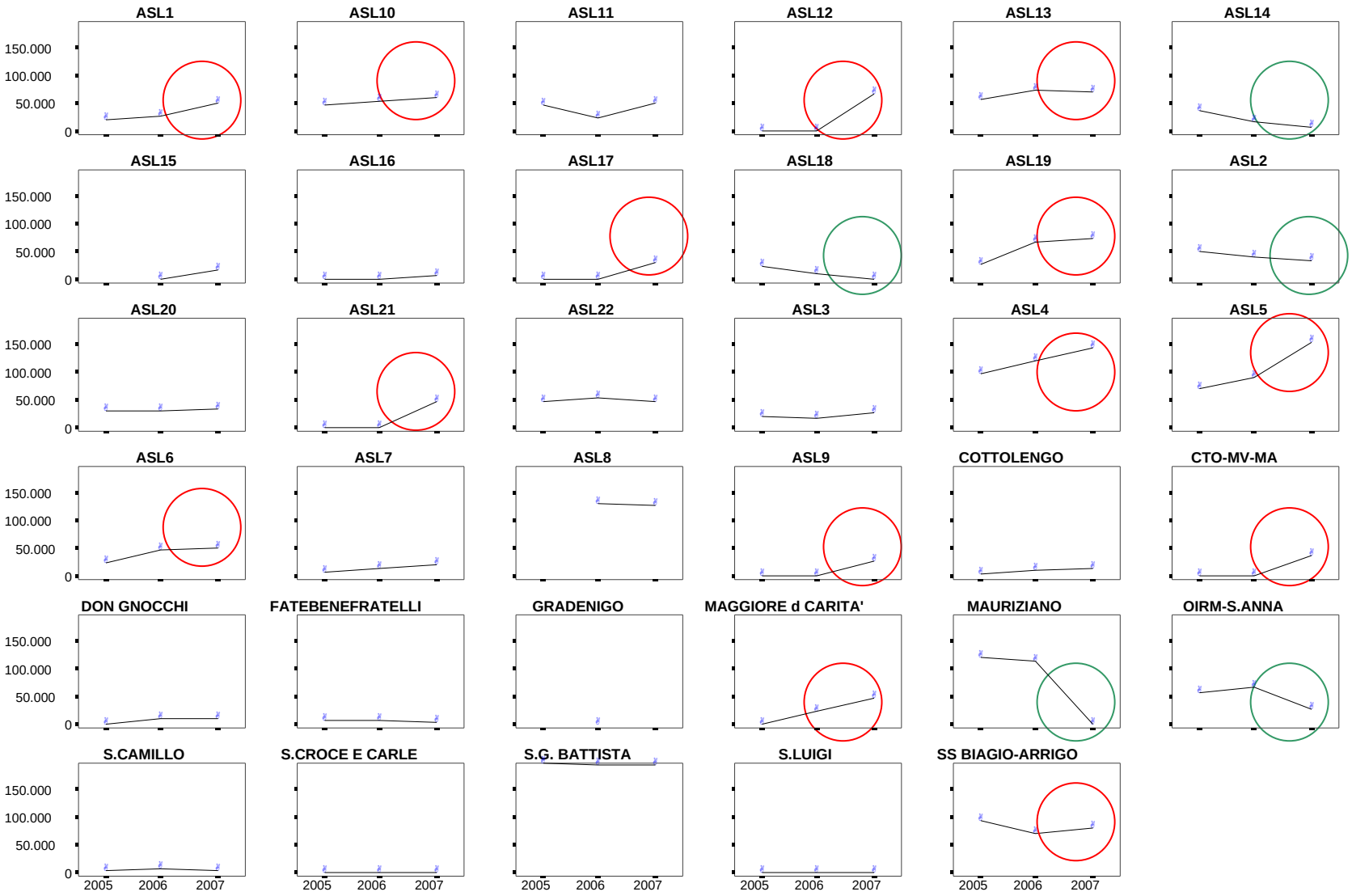
ric_asl_aso	Numero di ore In somministrazione per ogni infermiere in organico	Numero di ore in appalto per ogni infermiere in organico
ASL1		56,36
ASL10		93,99
ASL11	30,12	29,42
ASL12	,00	,35
ASL13	63,71	14,28
ASL14	,00	50,99
ASL16	,00	,00
ASL17	,00	1,32
ASL18	14,12	22,99
ASL19	35,57	2,17
ASL2	70,85	34,47
ASL20	,00	89,34
ASL21	,00	,00
ASL22	,00	67,39
ASL3	,00	32,84
ASL4	,00	166,25
ASL5	38,18	56,79
ASL6	,00	42,37
ASL7	,00	
ASL9		,36
COTTOLENGO	6,18	29,58
CTO-MV-MA	,00	,00
DON GNOCCHI	,00	,00
FATEBENEFRATELLI	,00	135,36
MAGGIORE d CARITA'	,00	,00
MAURIZIANO	,00	209,23
OIRM-S.ANNA	,00	89,93
S.CAMILLO	9,32	122,36
S.CROCE E CARLE	,00	,00
S.G. BATTISTA		116,24
S.LUIGI	,00	,00
SS BIAGIO-ARRIGO	3,29	121,89

Nota: nel 2005 per Asl 7 non è pervenuto il dato sull'organico, per ospedale Gradenigo, Asl 8 e Asl 15 non sono state esternalizzate ore.

N° di ore di somministrazione e appalto per ogni infermiere in organico (anno 2005)



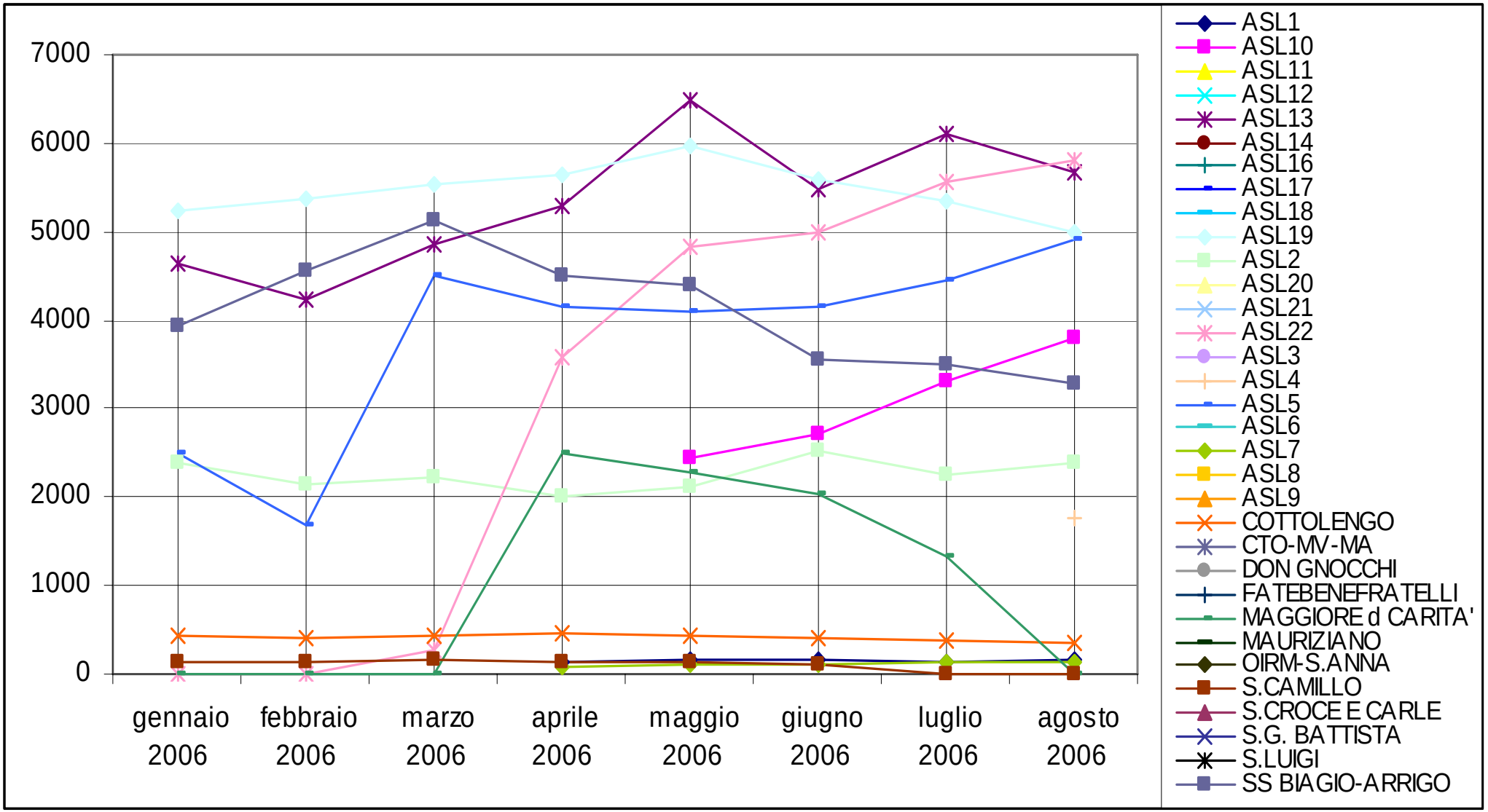
Andamento delle ore esternalizzate per gli anni 2005-2007 *



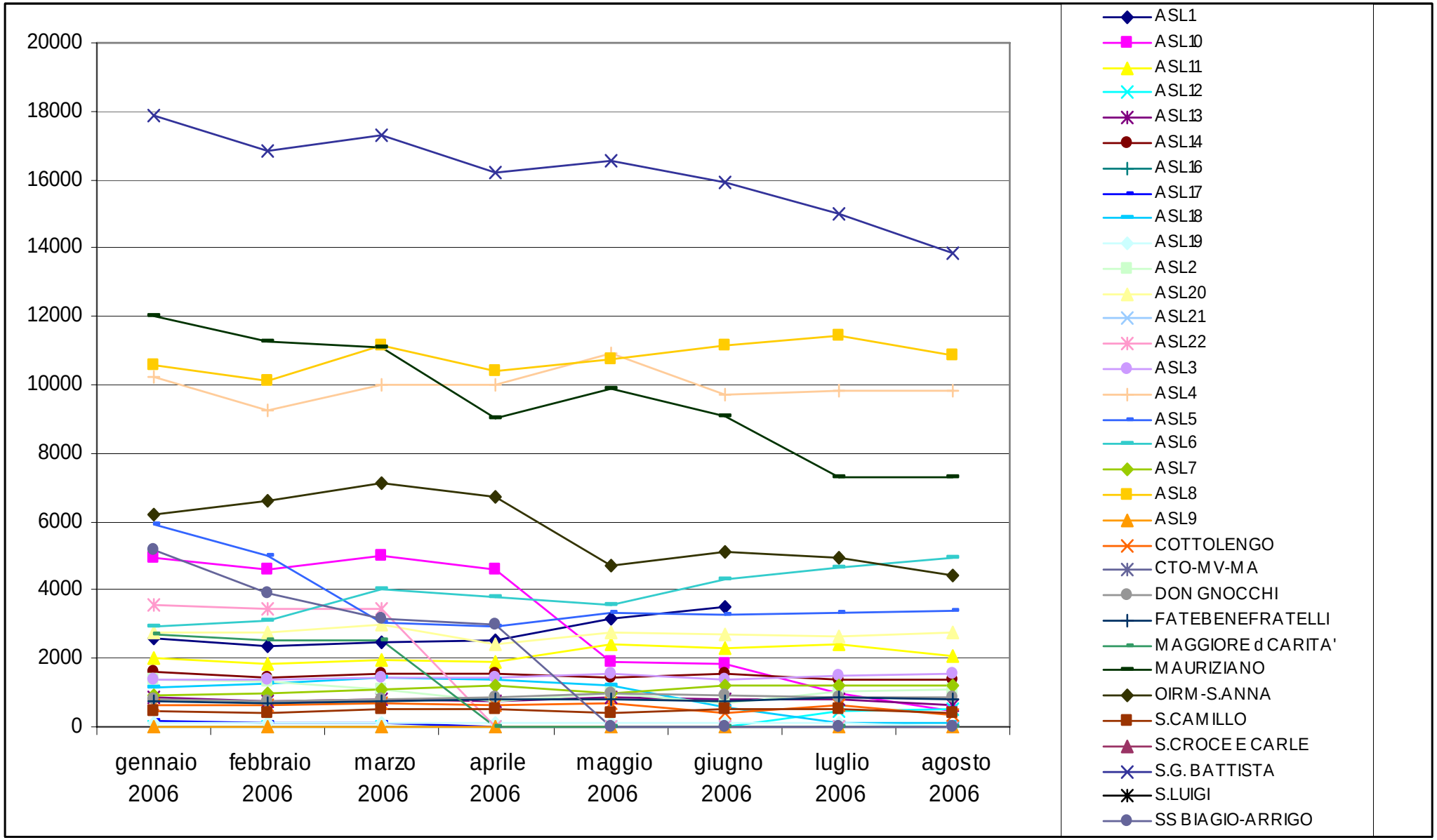
* per gli anni 2006 e 2007 il dato è stato stimato dall'Asl/istituto stesso sulla base delle carenze di organico potenziali

13 Asl su 35 (37%) non hanno previsto di recepire le disposizioni istituite dalla circolare Valpreda

Ricorso alla somministrazione in termini di ore nei primi 8 mesi del 2006



Ricorso all'appalto in termini di ore nei primi 8 mesi del 2006



Tab. n. 12 - N° (potenziale) di unità lavorative esternalizzate a cui si è fatto ricorso nel 2005 anche in rapporto all'organico

	n° potenziale di unità lavorative esternalizzate a cui si è fatto ricorso nel 2005	n° potenziale di unità operative a cui si è fatto ricorso nel 2005 in percentulae all'organico
ASL1	13,86	3,76
ASL10	32,27	6,27
ASL11	31,76	3,97
ASL12	,15	,02
ASL13	39,46	5,20
ASL14	24,10	3,40
ASL16	,00	,00
ASL17	,69	,09
ASL18	15,14	2,47
ASL19	18,99	2,52
ASL2	33,35	7,02
ASL20	21,38	5,96
ASL21	,00	,00
ASL22	32,03	4,49
ASL3	13,77	2,19
ASL4	65,28	11,08
ASL5	46,41	6,33
ASL6	16,81	2,82
ASL7	6,13	
ASL9	,20	,02
COTTOLENGO	2,36	2,38
CTO-MV-MA	,00	,00
DON GNOCCHI	,00	,00
FATEBENEFRATELLI	5,78	9,02
MAGGIORE d CARITA'	,00	,00
MAURIZIANO	79,79	13,95
OIRM-S.ANNA	37,65	6,00
S.CAMILLO	2,19	8,78
S.CROCE E CARLE	,00	,00
S.G. BATTISTA	131,66	7,75
S.LUIGI	,00	,00
SS BIAGIO-ARRIGO	62,68	8,35

Nota: nel 2005 per l'Asl 7 non è pervenuto il dato sull'organico, per Gradenigo, Asl 8 e Asl 15 non sono state esternalizzate ore.

Come emerge dalle tabelle e dai grafici precedentemente illustrati, praticamente la totalità delle aziende sanitarie oggetto della ricerca ricorre alle agenzie di somministrazione di personale. Anche l'ASL 8, che nella rilevazione fatta dall'osservatorio regionale non aveva dichiarato ore in somministrazione, nel corso del 2007 ha affidato ad un'agenzia di lavoro interinale il servizio di somministrazione di infermieri professionali, operatori socio-sanitari e altre figure professionali non mediche, per oltre 11 milioni di euro nel triennio 2007/2010.
Le aziende pubbliche sembrano avere un atteggiamento piuttosto strumentale nei confronti della somministrazione, considerata alla stregua di rimedio di ultima istanza per aggirare i vincoli posti dalla normativa nazionale o regionale alle assunzioni o alla spesa per il personale, oppure comunque come strumento per risolvere gravi carenze – temporali o strutturali che siano – con un orizzonte di breve periodo, in una logica "tappabuchi" (smaltimento monte ore ferie accumulato, ecc.).

> *"Pensiamo però che non riusciremo a fare a meno dell'uso delle agenzie interinali perché abbiamo delle situazione di grande carico lavorativo. In cardiochirurgia in particolare abbiamo una situazione di sofferenza perché è un reparto che fa 40-50 trapianti all'anno, è un reparto di eccellenza, leader in Europa e nel mondo, e quindi è difficile dire di no in caso di emergenza, è difficile far funzionare secondo tutte le regole." DIRETTORE SANITARIO*

Generalmente il ricorso alle agenzie di somministrazione è apprezzato da chi, all'interno dell'ospedale, ricopre ruoli di coordinamento ed organizzazione del personale. È apprezzato lo strumento, è apprezzata la possibilità di coordinare direttamente (senza mediazione, ad esempio del responsabile di cooperativa) il personale messo a disposizione.

> *"Verificato che mancavano gli infermieri e che fosse sbagliato lavorare con le cooperative, proprio perché questi erano prestatori d'opera, ad aprile 2008 la nostra direzione generale ha deciso di passare al lavoro interinale e penso che questa scelta sia stata molto positiva. Sicuramente, il lavoro che noi abbiamo fatto ha sollecitato questa decisione, anche perché il responsabile della cooperativa ci dava le ore e poi spostavano gli infermieri magari da un reparto all'altro a seconda delle esigenze e i capisala si trovavano a non sapere neanche chi era l'infermiere che sarebbe venuto a lavorare con loro. In generale, in linea di massima, si sapeva chi fossero gli infermieri, ma poteva capitare che uno facesse il mattino in un reparto e il pomeriggio in un altro e magari andasse a fare la notte, per conto della cooperativa, da un'altra parte. Ovviamente, di questo risentiva molto la qualità del lavoro all'interno del presidio. Invece, passando all'agenzia interinale, noi abbiamo fatto fare di nuovo tutti gli inserimenti e abbiamo deciso in quali reparti dovessero lavorare questi infermieri e li abbiamo comunque valutati.*
> *Ma il difetto era proprio che la cooperativa aveva appaltato la prestazione; lì era il difetto, erano loro che gestivano le persone, mentre con l'agenzia interinale siamo noi a gestire il loro lavoro. Ricevono i nostri protocolli, le nostre procedure, i nostri turni di lavoro e fanno riferimento alla caposala. Con la cooperativa, fai riferimento alla caposala in quella frazione di orario, ma poi ovviamente fai riferimento al tuo datore di lavoro. Con l'agenzia, c'è stato proprio un salto culturale, perché ora loro dipendono da noi." RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO*

Viene evidenziato spesso anche la notevole differenza in positivo rispetto alla precedente intermediazione di manodopera fatta da alcune cooperative, anche se non tutte le agenzie di somministrazione di personale sembrano avere comportamenti virtuosi:

> *"Ho visto dei rapporti di lavoro regolati per gli infermieri stranieri, in questo caso non da cooperative, ma con l'agenzia di lavoro interinale, che erano un capestro, rispetto alla locazione degli alloggi... il rapporto di lavoro non era semplicemente la regolamentazione del lavoro in quanto tale, ma c'era un forte intreccio anche rispetto alla loro vita in generale, con delle condizioni accettabili solo per bisogno di sopravvivenza."*

Nel caso delle agenzie di lavoro interinale l'infermiere condivide l'organizzazione del lavoro con l'infermiere strutturato:

> *" I turni vengono gestiti dal caposala e hanno esattamente il turno delle altre persone; l'agenzia riceve da noi le ore e basta, il resto è a nostra discrezione. Le cooperative 'baravano' alla grande su questo e facevano intermediazione di manodopera, ma ora per fortuna le cose sono migliorate e tutti i colleghi, dopo la scossa iniziale, hanno accolto gli interinali stranieri molto bene." COORDINATRICE INFERMIERISTICA*

Nei contratti di somministrazione il lavoratore ha diritto ad un trattamento retributivo non inferiore a quello corrisposto ai dipendenti di pari livello dall'azienda utilizzatrice. Concretamente ciò significa che il CCNLL applicato è quello di riferimento dell'azienda utilizzatrice: nel caso delle aziende sanitarie si applicherà dunque il CCNLL della Sanità Pubblica, ma non integralmente. Dall'analisi del capitolato d'appalto per la fornitura di personale presso l'ASL 2, emerge infatti che *"l'aggiudicatario* dovrà corrispondere ai lavoratori somministrati un trattamento retributivo, tenuto conto di tutte le sue componenti, non inferiore a quello delle leggi, al CCNL e della contrattazione nazionale, territoriale, aziendale, corrisposta ai dipendenti dell'azienda, escluso il compenso correlato al raggiungimento dei risultati (incentivazione alla produttività)*"*. Ma, oltre alla differenza relativa alla quota di salario variabile, vi è un altro elemento di discriminazione degli infermieri interinali rispetto ai propri colleghi internalizzati, ed è legata al riconoscimento delle ore di formazione per il conseguimento degli ECM obbligatori per la professione.

> *"Siamo passati nel 2006 all'agenzia interinale, che applica il contratto collettivo nazionale e non quello delle cooperative.... Con il contratto nazionale gli infermieri stranieri godono di quasi tutti i diritti di cui godono gli altri infermieri; purtroppo per loro non è prevista la cosa a cui noi teniamo di più e di cui loro avrebbero bisogno, ossia gli 8 giorni annuali di aggiornamento."*

L'affidamento di servizi infermieristici a studi professionali

Un fenomeno piuttosto nuovo che è emerso nel corso della nostra ricerca è l'affidamento di servizi infermieristici a studi professionali di infermieri associati.

Questo è sicuramente connaturato al processo di autonomia professionale derivante dal riconoscimento, attraverso la legge 42 del 1999 dell'infermiere come professione sanitaria, con la conseguente possibilità, previa iscrizione all'Albo, dell'esercizio della libera professione. Come recita lo statuto di uno studio professionale:

> *"Lo studio associato è uno strumento che consente di svolgere l'esercizio in forma associata, e quindi in comune con più professionisti, i quali devono essere iscritti all'Albo Professionale. Lo studio ha inoltre per oggetto la gestione o l'acquisizione di mezzi necessari per lo svolgimento delle attività professionali degli associati al fine di contenere i costi dei servizi e di ripartire tra i Soci le varie spese."*

Dalle interviste è emerso che sono molti gli ospedali che utilizzano questo strumento per affrontare il problema della carenza di personale infermieristico presso le diverse strutture, ma purtroppo non abbiamo un'idea né quantitativa né qualitativa del fenomeno.

Non siamo infatti riusciti a trovare dati di alcun genere. Sappiamo che operano in Piemonte, prevalentemente negli ospedali della provincia di Torino, circa una decina di studi professionali. Nessuno di questi è stato reperibile e disponibile a rilasciare un'intervista utile alla nostra ricerca.

Così come non siamo riusciti ad intervistare nessun professionista associato, vuoi per una generica diffidenza, vuoi per l'assenza di disponibilità di tempo da parte di questi impegnati in turni sicuramente gravosi.

Non abbiamo inoltre reperito delibere di affidamento da parte delle aziende sanitarie e/o ospedaliere e sembrerebbe che questo genere di affidamento resti fuori da procedure di evidenza pubblica. Ci limitiamo quindi a citare ciò che ci è stato detto durante le interviste a dirigenti ospedalieri.

> *"Noi abbiamo cominciato dal 2000 circa a fare ricorso alle associazioni, ma in prima battuta l'azienda non faceva appalto, aveva valutato sul mercato chi realmente aveva infermieri, e avevamo fatto in questo modo. Siamo arrivati ad avere tre agenzie che ci davano circa 60 infermieri." DIRIGENTE OSPEDALIERO*

> *"Oggi abbiamo due associazioni... Siccome non avevamo la possibilità di effettuare una seria selezione come si fa con i concorsi, abbiamo istituito dei piccoli test su due o tre regole di base, ad esempio le disposizioni igieniche, oppure cosa è un catetere o un sondino naso-gastrico; se uno non sa rispondere a queste cose allora non può fare l'infermiere. Poi, valutato questo, tenendo conto che già i collegi hanno valutato l'aspetto linguistico, anche noi però valutavamo questo aspetto. L'azienda ha fatto un grosso sforzo per inserirli, perché nei primi 4 mesi abbiamo fatto più supporto didattico che il servizio vero e proprio. Insomma, tranne una sola associazione che non lavora più con noi, le altre sono riuscite a darci un contributo significativo. Oggi, a distanza di 2 anni e mezzo, gli infermieri esterni che abbiamo presenti sono di buona qualità ed hanno un riconoscimento di stima sia da parte dei loro coordinatori che da parte dei medici e dai colleghi. Adesso i 55 che abbiamo sono persone che entrano in un contesto lavorativo a pieno titolo.*
> *Oggi abbiamo questi due soggetti che ci forniscono 55 infermieri, dividendosi al 50% circa la fornitura. Sono impiegati prevalentemente nei servizi di degenza, quindi servizi a turni, poi abbiamo qualche infermiere, circa una decina, con particolare esperienza, impiegato nelle camere operatorie." DIRIGENTE OSPEDALIERO*

In quest'ultimo brano desta qualche perplessità, per quanto riguarda la qualità del servizio ed in particolare dell'attenzione al paziente, la modalità piuttosto sbrigativa con cui si intendeva selezionare gli infermieri forniti dalle associazioni in questione da destinare ai servizi di degenza. Una scelta opposta è stata fatta invece da un altro ospedale:

> *"Gli stranieri li abbiamo inseriti attraverso due modalità: quelli inseriti per concorso a ottobre, quando alcuni stranieri si sono presentati e sono entrati in graduatoria normalmente in quanto nuovi entrati nell'Unione Europea, per esempio romeni diventati dipendenti a tempo determinato. Poi ci sono stranieri entrati attraverso contratti di somministrazione lavoro, cioè attraverso le agenzie interinali. Poi abbiamo stranieri entrati attraverso contratti con studi associati. Gli studi associati sono stati inseriti esclusivamente in alcuni settori specialistici, dove la formazione che si richiede al professionista è una formazione molto approfondita, che all'interinale non specializzato richiederebbero una formazione di sei-otto mesi: sala operatoria, con le sue specialità – strumentisti, ecc. – il pronto soccorso, con il triage, ecc., rianimazione, dialisi, dove la complessità delle macchine richiede anche ai nostri addestratori se-otto mesi di formazione. Tutti i settori in cui non siamo stati in grado di far fronte con personale preparato interno.*
> *Non usiamo interinali ma liberi professionisti già preparati. Facciamo una selezione. Se uno non funziona, ne cerchiamo un altro." DIRIGENTE OSPEDALIERO*

L'impressione che abbiamo dalle letture delle diverse testimonianze è che l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie sia motivato, oltre che da una carenza strutturale di personale infermieristico (i 55 lavoratori della testimonianza sopra citata sembrerebbero troppo numerosi per credere che suppliscano ad una carenza temporanea), anche dal maggior grado di flessibilità che lo strumento offre: assenza di procedure di gara (forse), maggiore tempestività nella risoluzione del problema, estrema flessibilità oraria, minori costi. Almeno questo è quanto ci hanno detto alcuni capisala intervistati:

"[I lavoratori degli studi professionali] *prendono la cifra che l'infermiere prende quando fa libera professione, come nelle prestazioni aggiuntive che vengono calcolate come libera professione. Noi prendiamo 25 euro l'ora quando fai attività di docenza o qualsiasi attività inerente, ma al di fuori dal rapporto di dipendenza, più una quota aggiuntiva dovuta al fatto che lavorano in un'area critica, quindi credo prendano 26-27 euro l'ora…[La convenzione con lo studio professionale] non è un costo [per l'azienda] perché, mentre per il dipendente deve provvedere a pagare le assenze per malattia, maternità, ecc… Io credo stia lì l'inghippo. Se non ti interessa la qualità delle prestazioni, se non ti importa che le persone lavorino con soddisfazione, condividano progetti e migliorino anche la qualità del servizio, vai a valutare l'aspetto economico. Se poi sei un bravo soldatino ed esegui quello che il direttore generale decide, dov'è il problema?" CAPOSALA*

"I vantaggi sono notevoli per noi, così ci consentono almeno di effettuare i riposi che sono previsti, di effettuare un numero di ore che sfora sempre da quello previsto mensilmente, ma che comunque consente di non sforare più di tanto… adesso io come caposala sforo mediamente di 300/400 ore all'anno, un infermiere sfora mediamente di 150/200 ore all'anno, dipende dai periodi… 100/150 è variabile… dipende dagli anni… dal 2000 al 2003 sforavamo mediamente di 200 ore tutti. I vantaggi di avere l'associazione sono comunque di avere persone preparate, anche se sono persone che provengono dall'Est Europa (rumeni, polacchi, slovacchi), . Non ci siamo mai trovati in difficoltà dal punto di vista della professionalità: precise, si impegnano,non ci sono mai stati problemi. L'altro vantaggio è dovuto dal fatto che nella maggioranza dei casi mandano sempre la stessa persona nello stesso reparto, per cui c'è una certa continuità ..non ha necessità di essere seguita… sicuramente questo è possibile farlo quando c'è una previsione, mentre quando c'è un imprevisto non sempre è possibile rispettarla. Comunque in linea di massima il responsabile di questa associazione ci permette di avere questa gestione.
Sono da noi, facendo una media dell'ultimo anno, una media di 25 turni al mese. Solo nel reparto di neurologia gravitano quelle due o tre persone. In sala operatoria 25/30 turni al mese." CAPOSALA

Certamente questo tipo di ricorso alla manodopera è quello che maggiormente sfugge ad un controllo, soprattutto delle ore di lavoro giornaliere: lo stesso professionista può lavorare il mattino in un ospedale ed il pomeriggio in un altro, a discapito della qualità complessiva della prestazione sia nei confronti del paziente, sia nei confronti dell'equipe di lavoro. L'intervista ad una caposala conferma questo aspetto problematico, che oltretutto, trattandosi almeno formalmente di liberi professionisti, sfugge alla competenza diretta del sindacato:

"In organico ci sono 12 infermieri di cui 11 a tempo pieno e 1 part-time verticale. Con questo organico non si riescono a coprire tutti i turni e quelli scoperti vengono coperti con personale esterno dello studio professionale, che è un'associazione di infermieri che lavora prevalentemente nelle aree critiche. Quindi io mensilmente mando a questa agenzia le necessità dei turni da coprire e loro riempiono i buchi con i nominativi dei loro associati, che vengono poi a coprire i nostri turni.
Diciamo che gli infermieri dello studio garantiscono la copertura a turno, ma se poi si apre il discorso sulla qualità si apre la voragine. Un conto è costruire su un gruppo stabile, che è motivato a lavorare all'interno di quel servizio e quindi investe anche le proprie energie, non soltanto sul qui ed ora perché è lavoro a prestazione,costruendo anche su qualcos'altro. L'infermiere dello studio viene, cura il paziente e finisce lì. Alcuni di loro sono particolarmente disponibili e si interessano anche di altro, ma non più di tanto, perché escono da noi e veramente vanno a lavorare sulle 12 ore negli altri reparti, o magari arrivano e sono stanchi o devono andare a lavorare in altri reparti." CAPOSALA

Complessivamente sembra che vi sia una diversità tra stranieri ed italiani nella scelta dell'esercizio della libera professione, o meglio parrebbe che, mentre per gli italiani questa rappresenti una vera e propria scelta motivata dalla possibilità di guadagnare di più (facendo molte più ore), da una possibilità di organizzare autonomamente il proprio tempo, dall'opportunità di scegliere le strutture

ed i reparti in cui prestare la propria opera, per gli stranieri, nella maggior parte dei casi, sembra essere una condizione di accesso alla professione, che rischia di avere tutte le caratteristiche del lavoro subordinato, però con meno tutele. Questi aspetti vengono evidenziati in alcune interviste a una RSU in un ospedale e a due funzionari sindacali, uno dei quali evidenzia come, almeno in alcuni casi, le associazioni di infermieri siano una trasformazione delle cooperative per evitare controlli sulle condizioni di lavoro:

> *"Gli italiani lavorano con partita IVA come liberi professionisti, questo è il mio sentore. Gli italiani che hanno preso come liberi professionisti erano degli ex dipendenti in pensione (anche di più di 5 o 6), che lavoravano come libero professionista. Noi abbiamo cercato di limitare questi tipi di contratti, perché volevamo riportare il lavoro nell'ambito del CCNL, e poi riteniamo che se dei colleghi della Polonia o della Romania vengono a lavorare qua, ritengo che abbiano più bisogno di lavorare di quelli che sono già in pensione. Questa è stata un po' una battaglia che abbiamo portato avanti."* RSU OSPEDALE

> *"Aggirano il problema dell'intermediazione di manodopera… è un'evoluzione delle cooperative; appena siamo riusciti a mettere il naso nella cooperazione, hanno trovato un sistema per lasciarci fuori. Sicuramente negli studi associati, questi liberi professionisti devono poi sottostare alle dinamiche del lavoro subordinato." FUNZIONARIO SINDACALE*

> *"In questo contesto così complicato, dove la fa da padrone l'elemento della deregolamentazione, che sfocia spesso in prassi di sfruttamento, abbiamo problemi generali per tutti, e figuriamoci per i lavoratori stranieri. Nell'ambito di un mercato del lavoro che non conoscono e al quale si avvicinano per la prima volta, con queste caratteristiche già particolarmente complicate per i lavoratori 'indigeni', figuriamoci per chi arriva e fa del lavoro una necessità di sopravvivenza e quindi accetta qualsiasi condizione." FUNZIONARIO SINDACALE*

Questi aspetti non sfuggono ai dirigenti ospedalieri più scrupolosi ed attenti, che possono imporre condizioni di appalto e, entro certi limiti, controllare il rispetto di alcuni diritti dei lavoratori riguardo agli orari (che ovviamente incidono sulla qualità del servizio) e sul versamento dei contributi:

> *"Degli studi associati alcuni sono sotto giudizio della magistratura perché chiedevano dei soldi per mantenere il posto di lavoro, altri invece sono paritari tra colleghi di lavoro. Più piccolo è il numero di aderenti e più ha senso, quando sono in 150 c'è il sospetto che sia una cooperativa o un'impresa mascherate da studio professionale di associati. Gli infermieri stranieri che sono venuti in Italia in buona parte hanno subito vessazioni e maltrattamenti di ordine psicofisico di vario genere, da cui escono lavorando come matti. Abbiamo imposto per quanto possibile alle ditte che lavorano per noi di garantire orari, anche ai liberi professionisti, compatibili con un adeguato recupero psicofisico, perché non vogliamo una prestazione di 16 ore, che riteniamo, dalle 10 ore in su, pericolosa per il lavoratore e per l'utente. Quindi abbiamo proprio nelle gare questo vincolo. È chiaro che questo rende meno appetibile il lavoro con noi.*
> *Non abbiamo informazioni su differenze salariali tra italiani e stranieri. All'ASL 3 a una ditta che dava attività infermieristica particolare abbiamo fatto un controllo presso l'INPS per vedere se erano regolari e abbiamo scoperto che non lo erano, per cui abbiamo interrotto il rapporto e abbiamo preso la seconda in graduatoria. Questa irregolarità riguardava sia stranieri che italiani. Noi questi controlli li facciamo tutti. Noi vediamo che sono iscritti, poi devi chiedergli il regolare versamento dei contributi." DIRIGENTE OSPEDALE*

Come già evidenziato in altre interviste, queste associazioni rischiano di sfuggire al controllo del sindacato e dalle testimonianze seguenti è chiara la preoccupazione circa l'impossibilità di governare un fenomeno così latente

"Diciamo che sono spesso i lavoratori stessi [degli studi associati] *che vengono da noi per fare delle vertenze contro lo studio/cooperativa perché sono stati trattati male. Comunque non c'è la minima sindacalizzazione, questi lavoratori fanno contrattazione diretta e individuale." DIRIGENTE SINDACALE*

"Gli studi associati stanno prendendo sempre più piede nella sanità e assistenza pubblica. In questi studi associati ci sono anche infermieri che non hanno preso la partita Iva per libera scelta, ma sono stati veicolati e condotti a questa scelta. Per lo più si tratta di stranieri gestiti di fatto come fossero dei dipendenti. Noi più che sindacalizzare quel pezzo, ci stiamo muovendo per arginare questo fenomeno, che è un fenomeno incontrollabile e preoccupante. Perché come CGIL-CISL e UIL abbiamo sottoscritto un accordo con le ASL, dalla 1 alla 10, che dice che in occasione di appalto si deve applicare per forza il contratto. Quindi innanzitutto è in violazione di questi accordi, perché gli studi associati non applicano il contratto e, se non applicano il contratto, non possono avere l'appalto. L'ente appaltante non dovrebbe far concorrere gli studi che non applicano il contratto, perché se io sono una cooperativa che applica il contratto non posso essere messa sullo stesso livello di chi non lo applica, ho condizioni concorrenziali sfavorevoli, quindi penalizzanti." FUNZIONARIO SINDACALE

Come in tutte le intermediazioni complicate, tra situazioni diverse, con norme difficili e mutevoli, tra persone che non conoscono le regole, il collocamento degli infermieri dall'estero, oltre che a tangenti, può dare opportunità di vere e proprie frodi.
Può essere ferocemente raggirato chi venga da un paese in cui lo Stato era l'unico datore di lavoro fino a poco più di 15 anni fa, sappia poco o nulla delle nostre regole fiscali ed assicurative e, anche per trascinamento dal paese d'origine, è portato a considerare le regole come vincoli che lo Stato mette a loro danno, per fargli pagare le tasse,.
Ci siamo imbattuti in un caso di probabile truffa, per cui ci sarà un processo, ai danni di un gruppo numeroso di infermiere rumene, reclutate in Romania da una connazionale e da un italiano, che le hanno importate e collocate in varie forme come infermiere, come professioniste associate di uno studio infermieristico. I due mediatori tenevano la contabilità, pagavano acconti, incassavano quote per tasse e contributi, facevano firmare documenti solo parzialmente capiti dalle interessate. Alla fine, quando lo studio associato ha dichiarato fallimento, è risultato che né le tasse né i contributi erano stati pagati, e le socie, che sono responsabili in solido proprio in quanto libere professioniste, si sono ritrovate con un grosso debito nei confronti dell'erario e degli istituti previdenziali.
Sarà il giudice a valutare il grado di comprensione delle denuncianti di ciò che firmavano, ma il fatto in sé è assai significativo e segnala un aspetto importante di questi percorsi di vita in bilico tra irregolarità e cittadinanza.

Conclusioni

Abbiamo visto come le aziende sanitarie e/o ospedaliere facciano utilizzo dei diversi strumenti che la normativa consente loro per esternalizzare alcuni servizi socio-sanitari.
Abbiamo visto anche che è attraverso l'utilizzo di questi strumenti che gli infermieri stranieri sono entrati nel sistema sanitario locale e come i percorsi di esternalizzazione possano consentire alcune discriminazioni di carattere contributivo e retributivo nei confronti sia dei lavoratori italiani che dei lavoratori stranieri.
Riteniamo però doveroso fornire anche alcune testimonianze di buone prassi che abbiamo incontrato nel corso della ricerca. In primo luogo dobbiamo citare la direttiva dell'ex assessore regionale alla Sanità Valpreda, che in qualche modo ha messo fine alla stagione del *"*banditismo*"* ed ha contribuito all'emersione di alcune pratiche al limite della legalità.
Questa direttiva siglata con le parti sociali per *"*il superamento delle forme improprie di reclutamento del personale*"*, insieme al successivo accordo di stabilizzazione del personale del comparto ex legge

296/2006, siglato dalle organizzazioni sindacali e dall'assessore Artesio, in continuità con il suo predecessore, ha permesso alle aziende sanitarie di assumere direttamente gli infermieri stranieri attraverso contratti di diritto privato a tempo determinato se extracomunitari, a tempo indeterminato se comunitari. È quanto sottolineano alcuni sindacalisti intervistati:

> *"Questa è stata una cosa che ha riguardato diverse decine di lavoratrici - erano quasi tutte donne prevalentemente rumene - ed è stata per me una bella affermazione, perché da quel momento un'azienda molto rappresentativa del territorio alessandrino, che è l'azienda ospedaliera di Alessandria, l'azienda più grande della provincia con più di 2000 dipendenti, da quel momento ha deciso di non usufruire più di quel tipo di prestazione ad appalto e ha avviato tutte le procedure di assunzione dei lavoratori. Tutto il personale di quella cooperativa è stato poi assunto direttamente dall'ospedale. L'azienda ospedaliera ha pagato una multa molto pesante, ma questo ha determinato un comportamento successivo più virtuoso, come la rinuncia dell'azienda a qualunque tipo di fornitura di personale di quel tipo, e l'assunzione diretta. Questo anche grazie all'entrata della Romania nell'Unione Europea, che ha permesso l'assunzione diretta del personale comunitario, e grazie alla circolare di Valpreda della Regione Piemonte, che ha contribuito a queste regolamentazioni, imponendo di fatto alle aziende sanitarie di evitare queste esternalizzazioni tramite cooperative." FUNZIONARIO SINDACALE*

> *"Noi avevamo una ventina di infermieri, oggi come oggi ne abbiamo con il lavoro interinale otto, e ne abbiamo stabilizzati - quelli che potevamo stabilizzare - sette comunitari, tramite concorso che è stato fatto l'anno scorso, e altri si sono licenziati. Questo è capitato perché noi facciamo contratti di tre mesi in tre mesi, e questo è un problema per il permesso di soggiorno, ma anche perché si vive con l'ansia del rinnovo del contratto. Dalla Regione è arrivato l'input a stabilizzare il più possibile il personale, ma gli extracomunitari non li possiamo stabilizzare, perché non possono entrare tramite concorso. La nostra direzione, dietro nostro suggerimento, ha deciso di mettere fuori un bando di concorso per cittadini stranieri, per assumere a tempo determinato cittadini extracomunitari. Questo bando di concorso, che uscirà a breve, è stato fatto per far partecipare sia i nostri stranieri sia per sostituire tutte le gravidanze, perché abbiamo in tutta l'azienda qualcosa come trenta gravidanze. Quindi, come stranieri ora ne abbiamo otto a Novi, quattro o cinque a Ovada, poi anche a Tortona; poi questi dovrebbero andare a sostituire le gravidanze, quindi diciamo che glielo facciamo noi il contratto a tempo determinato. Questa è stata proprio la volontà della nostra direzione generale." FUNZIONARIO SINDACALE*

Anche un dirigente ospedaliero sottolinea il ruolo giocato dall'assessorato regionale e dai sindacati per favorire l'uscita di scena delle cooperative dal sistema di esternalizzazioni, che in questo modo verranno ridotte. L'intervistato ha sottolineato inoltre come si sia cercato di garantire il posto di lavoro agli infermieri stranieri che già lavoravano per la struttura ospedaliera come dipendenti della cooperativa:

> *"In particolare alla fine del 2005 la Regione fece una delibera con la quale si permetteva l'assunzione di infermieri extracomunitari con un contratto a tempo determinato di 24 mesi.*
> *Da lì in poi, tramite accordi sindacali, si è passati alla stabilizzazione dei rapporti di lavoro. Le Molinette hanno assunto 36 persone che erano dipendenti di cooperative o contratti a termine. Nel frattempo alcuni extracomunitari sono diventati comunitari e alcuni di loro si sono iscritti al concorso che si terrà il 22 di gennaio, dove ci sarà una certa percentuale di infermieri rumeni e bulgari, dei quali una buona parte lavora già qua." DIRIGENTE OSPEDALIERO*

A differenza di altri territori, in provincia di Novara, dove peraltro ad oggi non si manifestano gravi carenze di personale infermieristico, sono stati adottati sin da subito comportamenti virtuosi.

> *"Sono stati fatti 3 concorsi. In Piemonte il modo con cui si definisce il fabbisogno di persone era un'analisi di carichi di lavoro messa a punto a metà degli anni '90. Questo strumento ipotizzava di*

lavorare in termini di minutaggi e assistenza sulla base dei posti letto e il loro tasso di occupazione. In realtà teneva conto semplicemente di una situazione di degenza, e non di tutta una situazione di servizi che un ospedale, soprattutto se è anche un punto di riferimento per altri ospedali della zona, è una cosa importante. Non necessariamente si viene ricoverati qua. Per cui ci siamo trovati in una situazione di sotto-organico, e abbiamo chiesto alla Regione di poter incrementare questo organico, anche perché nel frattempo abbiamo aperto altri settori, più come esplosione di altri a dire il vero, però in termini di quantità di lavoro. Richiedendo sedi diverse si va a spaccare il turno. Comunque abbiamo chiesto questo nel Piano Sanitario Regionale. Ce l'hanno in qualche modo autorizzato, abbiamo fatto un concorso di incarico temporaneo, una prima tranche in dicembre, che era giocato per raccogliere i ragazzi che uscivano dalla scuola universitaria con la tesi a metà ottobre e non consentire una fuga di studenti che si erano formati da noi, e non c'era assolutamente il tempo di bandire un concorso 'regolare'. Dopodiché è stato fatto un concorso a tempo indeterminato che si è concluso a fine maggio, che vede l'assunzione di una settantina di persone, di cui una cinquantina già in qualche modo assunte da noi a tempo determinato più una ventina di nuove assunzioni.

Beh, ideologicamente la nostra azienda ospedaliera è stata refrattaria agli appalti, per cui abbiamo pensato di non farne ricorso se non con l'acqua alla gola, nel senso che abbiamo usato tutti gli altri istituti possibili e immaginabili, compresi gli incarichi straordinari e tutte queste cose, ma non abbiamo sostanzialmente utilizzato lavoro occasionale, se non una volta abbastanza rapidamente." *DIRETTRICE SANITARIA*

Laddove si attua la scelta dell'esternalizzazione di qualunque genere di servizi, siano essi di natura ausiliaria o socio-sanitaria, occorre che l'azienda pubblica sia in grado di garantire e monitore le condizioni di lavoro. In sostanza è essenziale che nella stesura dei documenti di gara siano inserite clausole di salvaguardia relative all'applicazione di Contratti Collettivi Nazionali siglati dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, l'applicazione di contratti di lavoro subordinato e non contratti atipici, la richiesta di produzione periodica del "Documento Unico di Regolarità Contributiva", relativo ai lavoratori impiegati nel servizio esternalizzato e l'inserimento di limiti all'effettuazione di prestazioni straordinarie. Queste sarebbero quantomeno le condizioni essenziali entro le quali esternalizzare servizi. Ma non sempre l'ente pubblico interviene per controllare il rispetto della normativa contrattuale, sia per questioni di bilancio che per evitare i problemi di carattere giuridico legati alla rescissione dei contratti. È quanto sottolinea un responsabile sindacale:

"Il crisma per cui era nata l'esternalizzazione era risparmiare. Oggi con le gabbie e le rigidità che abbiamo messo (ad esempio il vincolo dell'applicazione del contratto) l'esternalizzazione costa uguale. Invece l'utilità dell'esternalizzazione sta nel delegare agli altri (le cooperative) l'aspetto umano e normativo della gestione delle persone. Inoltre se la persona non mi piace io vado dalla cooperativa, lo dico e da domani è fuori.[L'ente appaltante ha l'obbligo di monitorare l'applicazione del contratto], ma non lo fa. Siamo noi che interveniamo su segnalazioni, perché trovare delle inadempienze contrattuali significa rescindere il contratto e sobbarcarsi un sacco di rogne organizzative ed economiche, quindi è meglio non monitorare e non vedere. Secondo me l'ente dovrebbero lavorare insieme alle organizzazioni sindacali e utilizzarci almeno come strumento conoscitivo, per sapere se l'uno o l'altro soggetto ha dei precedenti per la non applicazione del contratto." *FUNZIONARIO SINDACALE*

Inoltre dalla ricerca emerge come non tanto l'esternalizzazione di interi reparti che probabilmente risponde ad altre logiche (risparmio, riduzione della complessità, ecc.), quanto soprattutto il ricorso al lavoro interinale ed agli studi professionali non sia giustificato da "improvvisi picchi di produttività", quanto piuttosto da carenze strutturali del sistema oltre che da motivazioni di carattere economico. Le due citazioni che seguono mettono in luce questo aspetto dal punto di vista dell'ente pubblico:

"Io credo che alla fine i costi siano più o meno simili, ma probabilmente alla fine sono minori quelli delle esternalizzazioni nel senso che la situazione della produzione/resa nel pubblico impiego è molto più bassa che nel privato, e anche se contabilmente utilizzare un contratto con cooperativa o interinale costa molto di più, però poi noi alla fine abbiamo 1700 infermieri di cui ogni giorno sono in servizio solo 1000."
DIRIGENTE OSPEDALIERO

"Quanto mi costa un infermiere? 40 euro. Sai quanto mi costa un'agenzia interinale? 26-27 euro... Risultato: io risparmio per ogni ora lavorata 13 euro (riferito ad un amministratore pubblico). Quel differenziale è il costo dei diritti!"

Ma è evidente che il *"*costo dei diritti*"* va a discapito dei lavoratori, spesso stranieri, che di questi diritti non possono usufruire. Ciò rappresenta una concorrenza al ribasso nei confronti dei lavoratori assunti a tempo indeterminato nelle strutture pubbliche, e contemporaneamente un peggioramento del servizio, dovuto proprio alle condizioni di lavoro a cui questi lavoratori esterni sono sottoposti. Le aziende sanitarie dovrebbero essere sollecitate, e alcuni interventi da parte dell'assessorato regionale vanno in questa direzione, a cercare di ridurre queste differenze, attraverso assunzioni a tempo determinato di extra comunitari, al fine di evitare il perpetrarsi di queste disparità e di meglio tutelare la salute dell'utente.
Ci sembra pienamente condivisibile quanto affermato da una responsabile dei servizi infermieristici in merito rispetto all'uso corretto delle esternalizzazioni:

"Il pensiero di fondo è che se c'è una necessità, manca il personale, si debba ricorrere ad un concorso. Il precario deve diventare l'evento tampone, cioè: esiste il fenomeno della prestazione aggiuntiva, ossia la legge per venire incontro all'emergenza sanitaria ha previsto questo evento. Allora, ci sono delle realtà in cui le prestazioni aggiuntive sono diventate evento standard, routine, ma queste prestazioni si chiamano aggiuntive, proprio perché devono essere eventi tampone nei casi di emergenza, in un arco temporale breve, con un inizio e una fine, ma non può essere la normale amministrazione fare rientrare la gente dai riposi e magari far saltare le ferie. Che sistema di lavorare è questo?
Noi l'abbiamo governato come evento tampone, tipo: abbiamo un budget, l'amministrazione vuole da me il piano ferie e io devo garantire al dipendente da contratto sempre tre settimane di ferie estive, dal 1° di giugno al 30 di settembre. In questi quattro mesi tutto il personale dell'ospedale deve fare tre settimane di ferie. È chiaro che possono capitare nello stesso reparto due gravidanze o una malattia e questi fattori incrociati con le ferie rischiano di creare problemi seri al reparto, che comunque deve andare avanti. Allora in quel reparto, per permettere le ferie, prima di poter ripristinare l'organico e per non dover sospendere l'attività, posso ricorrere alla prestazione aggiuntiva. In questo modo vengono fatti saltare dei riposi, distribuendo la cosa sull'intera ASL e questa situazione può durare al massimo i tre/quattro mesi delle ferie, o i sei mesi in cui ci si attiva per reclutare nuovo personale da stabilizzare. Ma le prestazioni aggiuntive e il precariato non possono e non devono essere la norma del lavoro."

"A mio giudizio l'agenzia interinale, la cooperativa o la consulenza devono essere un evento temporaneo nel mondo della sanità. Non voglio dire che il mio pensiero sia la verità, ma ritengo che la nostra professione, come quella del medico, abbia bisogno di alcune sicurezze, quando una persona ti affida la sua vita."
RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO

Approfondimento: la sanità privata in Piemonte

Un approfondimento specifico lo merita il settore sanitario privato, che in Piemonte ha una dimensione importante seppur fortunatamente inferiore a quello della vicina Lombardia.
Riportiamo a questo proposito la ricostruzione del settore fatta da un funzionario sindacale.

> *"Parliamo di circa 4/5.000 lavoratori interessati di cui il 60% nella zona di Torino e dell'immediata provincia. Settori di occupazione sono ospedali veri e propri tipo Gradenigo, Koelliker, Villa Maria Pia , ecc.*
> *Quindi la sanità privata in Piemonte è soprattutto strutture ospedaliere che fanno prevalentemente chirurgia, poi diagnostica (Tac, risonanze), non ci sono praticamente terapie intensive (poche), non ci sono pronti soccorsi a parte il Gradenigo. Altro grosso settore in mano ai privati è la riabilitazione funzionale (intensiva e non). Praticamente tutte le dimissioni ospedaliere che necessitano di ricovero vanno al privato (Don Gnocchi, Maria Ausiliatrice, Fatebenefratelli, Cottolengo, San Camillo). L'altra grossa parte è la degenza di neuropsichiatria (Villa Cristina, Villa Turina, Villa Patrizia, Villa di Salute). Fondamentalmente questi sono i settori di intervento significativi.*
> *C'è poi una parte, una piccola parte di sanità che è del tutto privata (Clinica Bidone, Fornaca, Suore domenicane), però è proprio residuale, decisamente piccola rispetto al resto.*
> *La sanità privata funziona in accreditamento, in pratica lavora come una struttura pubblica, eroga servizi pubblici che non vengono pagati dai cittadini, esattamente come un ospedale, ha una convenzione generale con la Regione Piemonte, che stabilisce praticamente il tetto generale di spesa per la sanità privata ripartendola poi per le singole strutture. Quindi le singole strutture fanno delle specie di accordi con le ASL di competenza, stabiliscono il budget annuale che è il volume quantitativo di prestazioni.*
> *Ci sono accordi specifici che la Regione fa con Ares e Aio, che sono le due associazioni datoriali: l'Ares è quella che riunisce i gruppi religiosi, l'Aio è quella che rappresenta gli istituti non religiosi. E poi ci sono accordi della singola casa di cura che stipula con la singola Asl di competenza che stabilisce il volume definitivo delle prestazioni.*
> *Quindi, fondamentalmente, servizi pubblici ai cittadini forniti come dagli altri ospedali, pagati con soldi pubblici, completamente però con un contratto privato. Quindi la prima discrepanza dal punto di vista del lavoratore è che opera in una dimensione pubblica a tutti gli effetti, quindi non c'è mercato, non c'è concorrenza, ovviamente… il mercato è fisso, è quello, i soldi arrivano dal pubblico, però c'è un trattamento del lavoratore che è privatistico.*
> *Quindi il lavoratore si porta dietro il peggio di un settore... non hai contratti integrativi perché non c'è mercato: la Fiat cresce e si fa un contratto integrativo..., gli ospedali privati non hanno grandi spazi di aumento della loro attività… possono fare un po' di attività privata, però non hanno grandi spazi di aumento dell'attività perché più o meno sono fissati.*
> *Quindi dal punto di vista del gestore: - io so già quanto soldi mi entrano da qui alla fine dell'anno, quindi più abbasso i costi e più guadagno - e abbassare i costi significa principalmente ridurre i costi del personale.*
> *Altra differenza, notevole rispetto al pubblico, sono gli standard del personale che sono decisamente inferiori. Dal 20% al 30% in meno di richiesta di personale, questo vuol dire che in un medio reparto se nel pubblico ci sono 5 infermieri, da noi sono 3 e questo comporta aumento di lavoro, aumento dei turni, perdita dei riposi. Comporta una situazione per cui quando ne manca 1 il reparto va nel panico.*
> *In quest'ottica, per esempio, il discorso degli infermieri stranieri si inserisce. Perché? Perché parecchie strutture cosa hanno fatto? Far venire gli infermieri dall'estero, dare degli alloggi vicino e quindi assicurarsi del personale che quindi è sempre disponibile (straordinari, accumuli di ore, ecc.) per cui, a parte il motivo che gli infermieri italiani sono pochi, loro hanno una flessibilità di impiego decisamente più elevata in genere. Un po' perché sono senza famiglia, un po' perché non conoscono,*

quindi vengono utilizzati molto di più. Poi progressivamente, inserendosi nella realtà, anche loro iniziano a ridurre la disponibilità.
In genere il personale di sanità privata è tutto stabilizzato, quindi abbiamo piccoli margini di precariato, c'è qualche contratto interinale, ma sono onestamente pochi. C'è un ricorso ad esternalizzazioni varie, quindi i servizi di mensa, pulizia, vengono dati in appalto quasi tutti. Solo i servizi ausiliari perché i servizi strettamente collegati all'attività professionale non possono essere dati in appalto per la questione dell'accreditamento. C'è la Legge Regionale, la n. 5 del 1987, la legge base relativa alla sanità privata, vecchia come il cucco, che vieta il ricorso all'appalto, fissa standard di personale, veramente bassi. È una legge vecchia che non tiene conto dell'evoluzione della realtà, oggi le realtà sono molto cliniche, molto mediche. Quella del 1987 era un'altra sanità, oggi è ben diversa.
I lavoratori della sanità privata sono personale sanitario che va dall'ausiliario all'infermiere, al tecnico di radiologia, fisioterapista, OSS, infermieri e personale sanitario non medico, amministrativi e parti di servizi tecnici, operai. Sono esclusi i medici, che hanno un contratto a parte.
Possiamo stimare che il 20% siano infermieri. Ci sono comunque più infermieri che OSS, anche in realtà in cui non ce ne sarebbe un vero bisogno, tipo le degenze.
Infatti c'è un forte dibattito (e non hanno tutti i torti) da parte delle organizzazioni datoriali che vorrebbero ridurre gli infermieri per poter aumentare il personale di assistenza e su certe realtà non è una cosa così sbagliata. Ad esempio prendiamo il Don Gnocchi, ci sono tantissimi infermieri e per la tipologia dei pazienti che non hanno grosse problematiche cliniche, sono veramente esagerati.
Altra tipologia di lavoro che puoi trovare abbastanza comunemente sono le cosiddette associazioni... queste ce ne sono... e non sono tanto contattabili... questi scappano... si costituiscono giuridicamente e quelli che ci lavorano in genere sono associati.
Noi abbiamo avuto infermieri stranieri che sono venuti a farci vedere questi contratti, questi accordi che hanno stipulato per entrare in questa associazione e c'erano norme non proprio cristalline... compresa la responsabilità delle eventuali perdite. Questa delle associazioni è una realtà che c'è e che viene utilizzata parecchio dalle strutture. Li usano in modo considerevole perché hanno il grosso vantaggio non tanto economico - probabilmente gli costa pure di più - ma il grosso vantaggio è dato dal fatto che hanno la copertura assicurata di turni, di problemi, di mancanza di personale... Ci sono strutture che fanno questa politica il meno possibile o tendono a non farla perché gli costa molto e perché gli arriva del personale che non ha nessuna competenza (non sa dove sono le siringhe, non sa come è organizzato il reparto, ecc.) e quindi gli crea più problemi di quanti ne risolve e ci sono invece strutture che li utilizzano molto.
Chi non li utilizza molto sono o le strutture molto grandi che fanno un ricorso relativo perché riescono ad organizzare meglio il personale, o strutture molto piccole in cui c'è una caratterizzazione di dirigenza direzionale che un po' non vuole spendere un po' dice: -... faccio fare più ore a lui...-.
La tipologia intermedia invece ci ricorre.
Oppure direttamente liberi professionisti all'interno delle aziende... il fatto che questi liberi professionisti vengono utilizzati a tutti gli effetti come se fossero dei dipendenti, fanno turni, sono inseriti in reparto, hanno rapporto gerarchico... sono dipendenti a tutti gli effetti. È vero che molto spesso sono loro che chiedono di fare i liberi professionisti perché in questo modo – c'è questo malcostume abbastanza diffuso – lavorano in più posti oppure possono coprire turnazioni più grandi.
La maggior parte dei liberi professionisti si fa almeno 12 ore di lavoro al giorno.
Noi abbiamo avuto segnalazioni per esempio di turni di 24 ore e abbiamo fatto segnalazioni all'ispettorato del lavoro il quale ci ha risposto fondamentalmente che ha rilevato che effettivamente vi erano degli abusi... ed è finita lì... non è stato fatto nulla, non è stata sanzionata l'azienda non si è intervenuti in nessun modo... e questo succede. Oppure, ma in questo caso non è controllabile, lo stesso infermiere fa turni in ospedali diversi nella stessa giornata… ma questo non è riscontrabile perché noi non abbiamo nessuna possibilità di intervenire... è vero che in questo modo la qualità dell'assistenza tende a diventare ovviamente sempre più bassa.. Ma direi anche che mediamente le aziende private non mettono al primo posto la qualità del lavoro, non è uno dei primi obiettivi.

Anche nel pubblico, ma almeno nel pubblico ti pagano di più..tanto per capirci un infermiere nel privato che fa medi turni, prenderà 1400/1450. Parecchi lavoratori hanno scelto il privato rispetto al pubblico anni fa perché il privato è più adattabile, negli ultimi anni sta avvenendo un po' il contrario, nel senso che chi può dal privato va al pubblico perché la differenza economica è diventata molto grande. Dieci anni fa era quasi uguale, oggi la forbice è diventata grandissima, si parla di 4/500 euro netti di differenza…che iniziano ad essere tanti... rappresentano il 30-40% di differenza a parità di mansioni e ore...

Altro problema sono i turni che soprattutto sul personale infermieristico sono pesanti. In certe strutture ci sono richiami continui al lavoro, riposi che saltano, doppi turni, difficoltà a fare le ferie proprio perché c'è una base di personale in base alle norme regionali così 'giusta'che basta che manchi una persona ed è un casino...

Altro problema rilevante sul quale noi ci stiamo impegnando molto è l'educazione continua in medicina. Ovvero i professionisti sanitari, ormai da 5/6 anni devono obbligatoriamente acquisire i famosi crediti ECM, andando a regime sono 50 crediti all'anno, che sono una marea. In termini di tempo e costi. Il contratto di sanità privata non prevede praticamente nulla. Prevede che all'8% del personale vengano riconosciute 4 ore settimanali retribuite per partecipare ai corsi... e l'altro 92%?Considerando che i crediti sono una cosa che devi fare sempre, non ha alcun senso... Noi cerchiamo di fare contratti aziendali su questo..in qualche struttura l'abbiamo fatto però nessuna struttura a tutt'oggi si prende carico di far acquisire i crediti professionali ai propri lavoratori completamente. Quando va bene, quelle più significative, arrivano al 50%, il resto è a carico del lavoratore... Oltretutto l'acquisizione di crediti non è che ti fa avanzare di carriera.

Nel pubblico invece è a carico dell'azienda, contrattualmente è l'azienda che ci pensa... organizza corsi interni o ti manda...

Facendo un conto banale, oggi acquisire 50 crediti costa al lavoratore minimo minimo 1 settimana di ferie e 500€. parlo del tirare al minimo possibile.. questo inizia a diventare un problema consistente...

La maggioranza degli infermieri nella sanità privata sono stranieri, se non altro sono la metà... ad esempio da noi su 13 infermieri solo 5 sono italiani. Sono rumeni, polacchi, oppure sudamericani (peruviani e colombiani). I rumeni sono comunque il gruppo prevalente. Qualche marocchino e tunisino. Più donne che uomini, comunque nella media degli infermieri nostri."

Condizioni di lavoro *di Carol Brentisci, Alice Colombo e Serena Palli*

La carenza ormai cronica di infermieri condiziona turni di lavoro e qualità dell'assistenza. Oggi l'Italia è il penultimo Paese in Europa per rapporto infermieri-abitanti, seguito dalla Grecia. Invece, in base ai risultati dello studio europeo Next, pubblicato nel 2004 e condotto in dieci nazioni (oltre all'Italia, Belgio, Finlandia, Francia, Gran Bretagna, Germania, Paesi Bassi, Svezia, Polonia e Slovacchia) è secondo, dopo la Gran Bretagna, per insoddisfazione e stanchezza degli addetti, più del 20% degli intervistati italiani ha dichiarato di voler cambiare lavoro.
Insoddisfazioni e carenze: pochi infermieri e scontenti. Stress per il carico di lavoro, frustrazione per il mancato riconoscimento delle competenze, insoddisfazione per lo stipendio sono i motivi che, secondo lo studio Next, portano gli infermieri ad abbandonare la professione, o, perlomeno, a desiderare di lasciarla.
Ma vediamo qual è la situazione riscontrata nel corso della nostra ricerca in merito ad ambiente e condizioni di lavoro, sempre con particolare attenzione ai lavoratori stranieri.
I commenti degli infermieri sulla condizione lavorativa sono unanimi: chi lo attribuisce alla carenza di personale, chi alla disorganizzazione.
Il numero di infermieri effettivamente in servizio è spesso scarso, costringendo soprattutto gli ultimi arrivati o i precari – e dunque gli stranieri – a turni massacranti, con numerosi rientri e impossibilità di recupero. Un'intervistata a questo proposito ha affermato:

> *"*[Vengo discriminata sia in quanto precaria che straniera]*, anche perché quando chiedi le ferie non hai diritto di ferie, perché gli altri hanno 30 anni di servizio e allora, io giustamente l'anno scorso non ne avevo fatto neanche uno […]* [Sei] *la prima di andartene, anche gli altri diritti, corsi formativi ecc, e non ti danno la disponibilità. Invece in quanto straniera i capiservizio… è mancata una nostra collega che è andata in gravidanza, ho sostituito lei con le doppie notti per almeno 3 mesi e mezzo. Sono arrivata ad un punto che non ce la facevo più, stavo male. Sono andata a fare anche la visita da un medico sempre al piano superiore del nostro reparto, e mi ha detto che io in primis avevo capito che era una cosa emozionale, non avevo più sonno, avevo una carica di lavoro che non mi permetteva più, continuavo a dire alla caposala che io non lavoravo più tranquillamente, che non sapevo più cosa facevo durante il lavoro perché non avevo la percezione, ho perso il sonno, comincio ad avere problemi di pressione. Niente, non è cambiato niente. […] Partono dall'assunzione che: – Sono stranieri, non hanno diritti, devono fare quello che diciamo noi. – Non contano sui diritti che tu sei una persona, non contano sulla personalità."*

Al sovraccarico di lavoro si unisce dunque, a detta di alcuni infermieri stranieri intervistati, una discriminazione nei loro confronti, che emerge talvolta anche in situazioni opposte, determinate dal caporeparto che gestisce i turni e, per aumentare gli stipendi dei colleghi italiani, non inserisce nei turni di notte e nel fine settimana il dipendente straniero, che lamenta:

> *"*[C'è una discriminazione] *anche nei fatti, perché io le ho chiesto… per esempio questo mese io non ce l'ho neanche una notte. Se non faccio notte prendo di meno, perché le va bene che copra i buchi che sono… perché manca gente, non so se le va bene…. E hai gente che è venuta a far la notte con gettone. Prende di più. Però il sangue nell'occhio mi è rimasto el 31 [dicembre], perché io doveva fare el primo mattino e veniva de fare 4 mattina e m'han fatto fare la quinta una notte, e la unica notte me han fatto fare… ho lavorato il 31 mattina e il 31 la notte, niente festa e justamente è domandado si me corrisponde… - ma no, vediamo…! - E non me ha risposto. E gli straordinari niente, io quello voglio vedere con el sindacato, vado a l'ufficio del personale e cerco de… perché l'altro han venuto uno che li han fatto fare la notte e li han pagato lo straordinario? Perché a me no?"*

È evidente che con stipendi troppo bassi le possibilità di guadagnare qualcosa in più sono legate dalle ore di straordinario, dai turni di notte, ecc., che però dipendono dalle decisioni, a volte inique, del caporeparto e creano concorrenza tra i lavoratori.
Non sempre poi viene riconosciuto il gettone per il rientro dal riposo. Ciò crea un circolo vizioso, poiché se uno è sovraccarico di lavoro per l'assenza di un collega, alla lunga è più facilmente soggetto a stress e malattia, che a sua volta lo costringerebbero ad assentarsi dal lavoro.

> *"Nell'altro reparto dov'ero, facevo doppie notti, mi facevano rientrare quando volevano, mi facevano fare ore in più, sono arrivata a 190 ore in più, più 8 ore di un corso che mi avevano messo, e ho fatto 1 o 2 riposi. Alla fine io ho capito una cosa: a me facevano coprire i buchi, il turno di chi doveva prendere il gettone. Gli altri prendevano il gettone, io no, a me accumulavano le ore. Sono arrivata in 4 mesi di lavoro con 140 ore in più. Gli altri prendevano un gettone, io mai un gettone. Queste distinzioni… ma questo dipende dalla caposala, dal caposervizio, dipende da chi sei tu, se sei straniero sei l'ultimo a cui spetta… Invece nel reparto qui, siccome hanno molto bisogno di infermieri, qui danno gettone senza problemi. […] Perché realmente nel nostro reparto escono realmente al mese 3-4 stipendi solo con i gettoni, e giustamente chi fa gettone per 2 o 3 mesi, al 4° sta ammalato lui. È un continuo."*

Sempre per quanto riguarda la condizione lavorativa, a detta degli intervistati sia nel pubblico che nel privato si sta cercando di inserire il nuovo turno con lo stacco di 11 ore, per la verità poco apprezzato dai turnisti, che sono notoriamente più giovani e senza famiglia. La Direttrice Sanitaria dell'Ospedale Maggiore di Novara afferma però che da un sondaggio è emerso che

> *"Ad un anno di distanza il 45% voleva mantenere i turni nuovi. Hanno risposto circa 800 persone (tutti i turnisti, non solo gli infermieri, qualche OSS e altri), quindi abbastanza tanti, il 90%. Il 55% avrebbe voluto ritornare al turno precedente, però riconosceva che con il turno nuovo era più riposato, meno stanco, più rilassato, ma quello là era più comodo. Per cui secondo noi ad un anno di distanza è un risultato eccezionale. Tra l'altro erano una serie di 4-5 turni diversi, per legarci alle varie necessità dei singoli reparti, con alcuni problemi gestionali anche per noi, per cui, molto francamente, mentre il vecchio turno lo gestisco per telefono, i turni nuovi mi porto a casa il sabato e la domenica, quando sono di guardia, i foglietti che devo fare i conti."*

Abbiamo anche rilevato una certa insoddisfazione, da un punto di vista organizzativo, rispetto all'esternalizzazione dei servizi infermieristici, non tanto per le competenze specifiche dei lavoratori esternalizzati, quanto per il differente coinvolgimento lavorativo degli stessi nell'attività complessiva del reparto. È quanto ha affermato un caposala:

> *"Se l'infermiere dello studio professionale oggi vede il paziente e domani non lo vede più, portare avanti un discorso di continuità con il paziente non è facile. La consegna verbale e la consegna scritta non corrispondono al farsi carico del paziente.*
> *Direi che il problema non è rispetto agli stranieri, ma sul fatto che siano mercenari e che non si coinvolgano alla problematica del reparto. Faccio un esempio: il pomeriggio manca un farmaco ad uno dei pazienti seguito dall'infermiere dello studio professionale, ma non è lui che telefona al farmacista per cercare di approvvigionarselo. Questo fa parte delle dinamiche organizzative interne e allora è l'infermiere dipendente che se ne fa carico. Per questo il problema non è avere il numero, ma un'organizzazione funzionale al servizio. Se non ci sono io deve esserci qualcun altro che si occupa di questo."*

Oltre che disfunzionale rispetto al servizio, questo sistema risulta poco adeguato alle necessità del paziente e il lavoratore esternalizzato non può essere coinvolto in quello che dovrebbe essere un lavoro d'*équipe*.
Risulta comunque che il lavoro socio-sanitario - sia le prestazioni degli infermieri che le prestazioni degli OSS – sia particolarmente logorante: i turni, l'assenza talvolta di dispositivi di prevenzione e protezione, il sovraccarico di lavoro, la fatica della relazione con il paziente, ecc. Lo stesso

logoramento fisico porta ad alcune limitazioni nell'attività lavorativa, rendendo quindi più complessa la macchina organizzativa: numero maggiore di personale con "limitazioni" nella prestazione lavorativa, maggiore richiesta di passaggio al *part-time*, maggiori assenze legale al *burn out*. È quanto evidenzia un responsabile della direzione sanitaria:

> *"Invece stanno diventando un problema le limitazioni, le invalidità parziali. Gli infermieri stanno invecchiando. Se uno ha il 50% con limitazione della stazione eretta hai dei problemi. Fino a un certo punto si possono spostare le persone, ma oltre un certo limite non basta.*
> *Noi stiamo facendo formazione per insegnare come muoversi per la movimentazione dei carichi. Il problema è molto più grave per gli OSS"*

Il riferimento agli OSS riguarda soprattutto il fatto che in molti ospedali il personale anziano, in servizio già da parecchi anni con mansioni varie, in genere di basso livello, è stato riqualificato come OSS con corsi appositi.
Il problema dell'invalidità non riguarda solo lo sforzo fisico richiesto, come sottolinea un gruppo di infermieri:

> *"La nostra Asl ha fatto un corso aziendale per il problema dei carichi, tutti sono stati addestrati su questa cosa, gli ausili ci sono, come i solleva-malati, c'è tutto nei reparti. Ma non è solo questo, non è solo come tiri su i malati, è anche una questione di turni, le notti, la turnazione continua, la fatica…dopo una certa età non reggi più come a vent'anni.*
> *I tempopienisti si sono dovuti far carico di coprire i turni di quelli che sono passati a part-time. Anche lì è aumentato lo stress. Quando ho fatto part-time i miei colleghi hanno dovuto farsi carico anche delle mie notti. Chi è rimasto a fare il tempo pieno è chi sta subendo di più lo stress.*
> *La turnistica pare che provochi nelle donne il tumore mammario, negli uomini quello pancreatico. Vivere di notte quando il corpo dovrebbe essere a riposo crea scompensi gravi. Ci vuole un vademecum per mantenere il turnista. Per esempio, di notte le luci dovrebbero essere forti e non soffuse, come avviene di solito, con il risultato di "ingannare" il corpo. Non stiamo cogliendo questi numeri perché sono molto piccoli e sono processi a lungo termine. Siamo alla prima generazione di infermieri che vivranno in modo evidente questi problemi perché andiamo in pensione dopo."*

Così come emerge più in generale che solo recentemente si inizia a prestare maggiore attenzione alla sicurezza ed agli strumenti di prevenzione e tutela, peraltro senza aver raggiunti livelli ottimali. Vediamo ad esempio dalla testimonianza di un'infermiera cosa succede con la somministrazione dei farmaci chemioterapici

> *"Abbiamo fatto un lavoro con l'infermiera delle infezioni ospedaliere sulla sicurezza in cappa perché fino a un po' di tempo fa non era sicuro trasfondere sia per i pazienti sia nei nostri confronti. Hanno elaborato, abbiamo tutti insieme elaborato, un protocollo su come lavorare in cappa, su quali presidi dare, su come mantenere il più possibile sterile l'ambiente dentro la cappa. Il locale non ti garantisce di mantenere la sterilità perché abbiamo i vetri normali. Abbiamo l'aspirazione nel locale, per cui tenendo la porta chiusa riesci a mantenere abbastanza la sterilità. C'è prima un ingresso dove ti cambi. La porta ha una finestrella che apri per sporgere i farmaci, però quando apri la finestrella comunichi direttamente con l'esterno.*
> *Secondo me al momento la maggiore criticità è proprio nella somministrazione. Hai venti pazienti che stanno ciclando e o tieni gli stessi guanti sempre, e allora è sicuro per te ma non lo è per i pazienti, o hai duecento campanelli che suonano, tu cambi prima una flebo, poi l'altra, poi il chemioterapico, poi al quarto l'antiematico… I flaconcini vuoti sono bucati, e per i chemioterapici volatili è un problema. Adesso li buttiamo in camera in un cestino con un coperchio. Il problema è che quando avevi il botticino di vetro, sebbene più scomodo, tu però li bucavi con il deflussore e si richiudevano maggiormente una volta finiti. Ora però un grande passo che abbiamo fatto è che buttiamo il deflussore insieme al chemioterapico,*

e all'inizio le diluiamo con fisiologica, quindi anche le prime gocce che immancabilmente fuoriescono, sono ora di fisiologica, non di chemioterapico. All'inizio deflussavamo in reparto con il chemioterapico che finiva sulle mani, sul paziente…..la normativa a quanto so ce n'è, però è sempre abbastanza disattesa."

Sempre a proposito del tema della sicurezza, gli ambienti sindacali segnalano anche un problema legato alle esternalizzazioni ed all'osservanza delle norme antinfortunistiche.

"I DPI (dispositivi di prevenzione individuale) come la mascherina, i guanti, i calzari, ecc…devono essere garantiti dal datore di lavoro (la cooperativa), tutto il resto, cioè gli ausili (i sollevatori, i teli di scorrimento ecc…) dalla committenza. Quando una cooperativa prende un appalto porta i propri DPI nel luogo di lavoro e questi sono gestiti dal coordinatore della cooperativa, perché ogni cooperativa all'interno del luogo di lavoro affidato deve avere un suo coordinatore e non può essere gestita da un coordinatore dell'ospedale o dell'Asl stesso (ad esempio una caposala), perché altrimenti sarebbe intermediazione di manodopera.
Il datore di lavoro o la committenza non ottemperano mai a pieno agli obblighi della 626, perché vogliono risparmiare, quindi spesso dobbiamo segnalare noi le mancanze. Ad esempio nelle RSA, dove si sollevano sempre i pazienti, alle cooperative la struttura non fornisce gli ausili: sollevatori, teli, ecc… mettendo nelle condizioni i lavoratori di lavorare malissimo e di farsi male."

Va ricordato che proprio nelle cooperative si trova un notevole numero di lavoratori stranieri. La precarietà del lavoro è sempre in agguato, anche quando si ha una situazione lavorativa apparentemente stabile nel settore privato. È il caso di un infermiere marocchino, assunto con un contratto a tempo indeterminato in una clinica psichiatrica privata della provincia di Torino. Ma poi:

"Hanno cercato una cooperativa per esternalizzare i servizi e mi hanno fatto assumere da questa cooperativa. Dal punto di vista dello stipendio non è cambiato niente e anche dal punto di vista del lavoro. Sono stati gentili e onesti. Ero l'unico infermiere assunto, poi c'erano quelli che facevano assistenza, pulizie, mensa. Erano sia italiani che stranieri.
Dopo un anno circa hanno cambiato di nuovo la cooperativa, e le cose sono cambiate. Hanno abbassato lo stipendio di circa 140-150 €. È cambiato anche il mio livello, mi hanno messo da infermiere livello 6 a OSS al livello 4. Inoltre avevo chiesto loro di andare in ferie per un mese in Marocco, ma non mi hanno lasciato andare, volevano farmi andare in ferie solo per 15 giorni e poi mi avrebbero pagato le restanti. Se volevo andare dovevo firmare le dimissioni. Così ad agosto del 2007 mi sono licenziato."

Il licenziamento da questa seconda cooperativa ha rappresentato per questo lavoratore una scelta con conseguenze disastrose, di cui abbiamo riferito nel capitolo relativo all'inserimento. In pratica è stato assunto da un'agenzia interinale ma, non avendo acquisito nel lavoro precedente la sufficiente competenza nel lessico specialistico, è stato rifiutato da due ospedali pubblici in cui è stato inserito, e quindi si trova disoccupato e nell'impossibilità di acquisire le competenze richieste in quanto nessuna struttura è disposta ad investire su un lavoratore assunto a termine.
Invece un'intervistata peruviana invece ha avuto un'esperienza di lavoro negativa con uno studio professionale :

"[Era] *un'associazione di infermieri e ostetriche, ma noi eravamo parte dell'associazione per il lavoro, tutti eravamo soci, ma solo una volta all'anno c'era l'assemblea dei soci. Lavoravo come sostituta di un'ostetrica, quindi continuavo a cambiare città e struttura, per cui non conoscevo le mie colleghe. Erano tutti ospedali pubblici, in appalto con il Ministero della Sanità.*
Io non ho mai avuto una partita IVA, non mi hanno mai pagato la tredicesima, le ore straordinarie il sabato e domenica… L'unico è che mi pagavano 10,50 € all'ora, senza nessun diritto, neanche la malattia, facendo solo il lavoro dell'ostetrica. L'ho fatto perché l'ostetricia è la mia passione, non per una questione economica….

Mi sono dimessa, perché quello che guadagnavo non mi permetteva neanche di pagarmi la camera, facevo poche ore e c'erano tanti colleghi. C'erano mesi in cui riuscivo ad avere uno stipendio per vivere, altri mesi guadagnavo 500-600 €. Era molto oscillante. L'associazione chiamava solo al bisogno."

Un'infermiera polacca, che però ha iniziato la sua carriera lavorativa nella sanità italiana come ADEST ed ha completato la formazione passando anche per il titolo di OSS, racconta la sua esperienza negativa con una cooperativa:

"Lì però ci sfruttavano al massimo. Proprio ricordo 10 giorni di fila senza neanche un giorno di riposo. Ricordo una volta, dopo 10 giorni di lavoro, decido di andare in piscina con mia figlia, eravamo già tutte spogliate e mi chiama: -devi venire a lavorare a coprire un turno il pomeriggio perché non c'è…- e allora cosa dovevo fare, sono andata, anche perché avevo proprio paura di perdere il posto, che poi alla fine mi hanno anche fregata perché non mi hanno mai versato i contributi giusti. Però era il mio primo lavoro come Adest e quindi accettavo, anche perché non sapevo come funzionavano queste cose, anche con le cooperative. Dopo 4 o 5 anni sono andata a controllare, e mi hanno versato neanche la metà di quello che dovevano, e invece io ho lavorato tantissimo, in un mese avevo 4 giorni di riposo soltanto."

Ma ci sono anche percorsi positivi di integrazione lavorativa. Un infermiere rumeno, dopo aver lavorato per due agenzie interinali, con le quali non ha avuto particolari problemi, ha superato un concorso per un contratto a tempo determinato di un anno in una struttura pubblica, e si prepara a sostenere il concorso per passare a tempo indeterminato. Attualmente lavora in un poliambulatorio, dove

"Gli orari sono molto comodi, è vicinissimo a casa, è un orario d'ufficio. Il problema è che devi conoscere tutte le specialità: un giorno sei in urologia, quello dopo sei in un altro reparto, cardiologia ad esempio, e tra l'uno e l'altro è diverso, e ti devi adeguare alle differenze. Qui c'è anche il dentista, che è davvero impegnativo, perché devi conoscere tutti gli strumenti, tutte le paste che utilizzano, e anche la burocrazia è un problema, è molto più complicata."

Si trova quindi ad affrontare gli stessi problemi e le stesse condizioni di lavoro dei suoi colleghi autoctoni.

Dalle interviste condotte fra gli italiani il principale problema evidenziato all'unanimità nel rapporto con i colleghi stranieri a Novara, come a Torino e Alessandria, è senz'altro quella della lingua, come trattato ampiamente anche in altri capitoli di questo rapporto. Questo discorso non vale per tutti gli stranieri indistintamente. Nel caso dei latinoamericani è in genere più accentuato, mentre i rumeni sembrano avere, anche in base alle nostre interviste, molti meno problemi, come racconta un infermiere di questa nazionalità:

"La lingua non mi sembra difficile, fin dall'inizio. Ho fatto un corso di 2 settimane di grammatica, quella che si fa alle elementari. Poi le parole le ho imparate in TV. Scommetto che non sapete che i film in TV sono sottotitolati in italiano, senti le parole e le vedi anche scritte. Impari per forza, se non capisci una parola la deduci. Non ho problemi neanche con l'italiano scritto. Ultimamente mi chiamano 'il sardo', perché esagero con le doppie, ma non ci sono problemi di comunicazione. Sono l'unico rumeno lì. Quando ho fatto il corso di grammatica dalle suore, l'insegnante diceva: -Se voi in casa parlate rumeno l'italiano non lo imparerete ma i-. Adesso con un ambiente in cui non ci sono rumeni, ti abitui per forza, e con i pazienti che parlano anche i dialetti comincio a capire anche quelli."

Diverso è il parere di un infermiere latinoamericano, che in un italiano abbastanza approssimativo anche se abbastanza comprensibile ha affermato che

"Qualcuno del personale… il degente… anche per esempio, ce l'avevano a morte con rumeni e polacchi. Quando io diceva: - Guarda che io…; - No, tu sei argentino, non c'è problema, ma sei italiano, ormai, sei italiano! - Perché a volte loro parlano anche il dialetto, gli anziani. Più meno piano piano uno inizia a capirlo, io lo capìa, però lo capìa non perché io so diversa lingua, anche un polacco lo capiva, perché quando hai bisogno uno vede e indovina lo che vuole, no è che sono un mago. Si tu vede uno che sta con un taglio così e stai prendendo… sono infermiere, ce l'ha una ferita, vado e ce la medico e fermo l'emorragia. Non è che sono mago perché tu me hai parlato en inglese e te ho capito."

Questo atteggiamento nei confronti della competenza linguistica, considerata poco importante rispetto alla competenza professionale e ridotta a strumento di comunicazione informale, pare sia abbastanza diffuso tra i latinoamericani, sia tra gli infermieri che tra gli OSS (anche se noi abbiamo fatto anche interviste a ispanofoni con un'ottima competenza linguistica).
Si riscontrano scenari diversi a seconda di come è stato curato l'inserimento dell'infermiere nella struttura.
La situazione rilevata dalle nostre interviste relative alla provincia di Alessandria appare piuttosto buona negli ospedali, dove per gli infermieri stranieri vengono organizzati percorsi di inserimento ad hoc, come avviene ad esempio all'ospedale di Novi Ligure. A parte l'impatto iniziale, dovuto alla scarsa conoscenza della lingua italiana - problema sentito dai colleghi italiani, dai medici e dagli stessi infermieri stranieri -, non vengono segnalate particolari criticità. Un'infermiera tunisina ci spiega così il superamento graduale di questa difficoltà linguistica:

"La lingua è il primo problema del contatto, ma sempre tutti e 12 siamo stati affiancati da altri infermieri, non siamo andati da soli, all'inizio. Stiamo con loro, facciamo tutti i giri insieme, facciamo tutto quello che poi facciamo nel lavoro, la consegna, il giro letti, le visite con i medici, e così siamo sempre dietro, ascoltiamo cosa dicono, ci dicono cosa dobbiamo fare… è andata così."

Anche presso l'Ospedale Maggiore di Novara la Direttrice sanitaria ci ha segnalato percorsi di affiancamento degli infermieri stranieri per permettere loro di prendere confidenza con procedure e farmaci:

"Ci siamo fatti i nostri percorsi. È chiaro che non mi passa per la testa di prendere un'infermiera che non parla l'italiano e mandarla a strumentare in cardio-chirurgia con un cardio-chirurgo che è convinto di essere a ER e parla in turco. Diciamo che anche l'inserimento lavorativo è stato un inserimento lavorativo formativo."

Il problema della competenza linguistica e della formazione, o quanto meno dell'accompagnamento nelle strutture in cui vengono inseriti al loro arrivo, in qualche caso rappresenta un aggravio per il personale già in forza alla struttura, che deve farsi carico dei nuovi arrivati. In altri casi rappresenta invece fonte di frustrazione e utilizzo scorretto della competenza dell'infermiere straniero, come riportato nella testimonianza di un'infermiera rumena:

"Quando siamo arrivate, tutti ci hanno chiesto notizie sul nostro paese e sulla guerra; all'inizio i colleghi dell'ospedale non sapevano quale fosse il nostro grado di conoscenza della lingua italiana e temevano che non riuscissimo a capire bene quali fossero le nostre mansioni o i compiti che dovevamo svolgere. Ora però questo problema è superato.
Per adesso non sono ancora responsabile del reparto e non mi lascia da sola, solo se manca veramente del personale. Per adesso sono ancora affiancata agli OSS, quindi da quando sono qui, due mesi e mezzo, quattro o cinque volte ho fatto sezione [lavoro infermieristico e gestione del reparto]*, se no faccio sempre aggiustamento letti …. questo è un'altra cosa che… è vero che il mestiere non lo impari subito in un paio di mesi, ma se non ti si da la possibilità, se tu stai con l'OSS a fare letti e in questo tempo l'altra fa la terapia e tu non vedi niente della terapia, come fai ad imparare a farla? Quindi all'inizio ho*

avuto questa difficoltà e mi sono un po' ribellata ed ho detto: - È inutile che mi chiamate a fare i letti, perché io vado lì ad aiutare a fare la terapia; anche se sono messa dalla caposala a fare i letti io non vengo e vado lì a fare la terapia, se no non imparerò -. Questo è un problema che ho risolto da sola, senza dire niente a nessuno. Ho solo detto che sarei andata ad aiutarli dopo che avevo fatto la terapia; la caposala non lo sa, ma per ora è andato tutto bene. Hanno fatto senza di me i letti. Adesso mi affianco di più alle mie colleghe, perché lo faccio io, anche per alleggerirle di un lavoro, perché c'è tanto da fare e per poter imparare un attimino, perché se no sto sempre a fare la OSS, non va bene. Questa cosa la affronto ancora perché non sono ancora messa in sezione… se non so qualcosa chiedo."

A volte invece l'accompagnamento è praticamente inesistente, con esiti anche comici, come nel caso di questa infermiera polacca, arrivata a lavorare in una clinica privata nel 1990 ed inserita direttamente in reparto dopo un brevissimo corso di italiano in patria:

"Sono arrivata che non capivo davvero nulla, tre mesi di corso [di italiano in patria] *sono serviti a poco, poi per gli otto mesi dell'attesa non ho più parlato italiano. Fino a quando siamo arrivati di qua e la clinica ci ha fornito vitto e alloggio. Come casa abitavamo vicino alla clinica, e purtroppo vivevamo in 5 o 6 persone nello stesso alloggio: erano tre camere singole ed una doppia. Quando ho cominciato a lavorare, dopo solo una settimana mi hanno lasciato da sola in reparto, senza sapere la lingua. Un reparto multiplo, misto: chirurgia, ortopedia ecc…Fortunatamente è andato tutto bene, anche se poi per un po' sono successi episodi divertenti, in cui non riuscendo a tradurre bene mi esprimevo con la mimica, oppure simulando di avere il singhiozzo per spiegare ad un medico per telefono quale problema avesse un paziente."*

Questa stessa intervistata ha un'opinione diversa a quella di altri intervistati rispetto alla questione linguistica:

"[Non ho sostenuto l'esame di italiano all'IPASVI perché]*, all'epoca non si usava. Invece adesso sono molto severi e bocciano un sacco all'esame di lingua. Mia figlia la prima volta non l'ha superato e ha dovuto aspettare mesi prima di ridare l'esame, senza poter lavorare. È troppo duro, mi fa sospetto che sia un freno all'entrata degli stranieri."*

In effetti questo dato relativo alla difficoltà della prova di italiano presso per l'iscrizione all'IPASVI di Torino ci è stato riferito anche da altri infermieri immigrati, che lo hanno dovuto ripetere.
Il problema della lingua è anche dovuto alla consuetudine degli infermieri italiani a chiamare il farmaco con il nome commerciale e non sulla base del principio attivo del farmaco stesso, come avviene invece nel resto d'Europa. Questo problema viene citato per esempio da un'infermiera serba:

"Ci sono nozioni che non avevamo mai avuto la possibilità di apprendere, nel nostro precedente percorso lavorativo, ma le nostre competenze ci hanno dato modo di capire velocemente tutto, anche perché molti colleghi si sono dimostrati volenterosi nello spiegare quello che noi non conoscevamo.
Inoltre, abbiamo studiato a casa, approfondendo quello che non ci era chiaro.
Relativamente ai nomi dei medicinali, sappiamo che per i rumeni e per i polacchi ci sono difficoltà in questo ambito, ma noi non abbiamo avuto molti problemi, perché molti farmaci hanno nomi simili a quelli presenti in Serbia e conoscendo il principio attivo, sì arriva con facilità a stabilire i farmaci che hanno nomi diversi da quelli nel nostro paese*"*

Ma anche alcuni infermieri stranieri hanno di che lamentarsi del comportamento dei propri colleghi italiani e di capisala, come spiega questa infermiera albanese, assunta a tempo determinato in una struttura pubblica:

"Sì, ho visto qualche ragazza rumena maltrattata sotto tutti i punti di vista: sociale, lavorativo, ecc, Maltrattate, e brave! Non tanto dai pazienti, dico dai colleghi, da… se tu hai a che fare con gli infermieri e non hai diritto di un corso, di un riposo, fai 5 o 6 rientri mensili, ti tagliano i turni, che succede anche a me, ma non succede con gli italiani. Ti trattano come vogliono, e questo da parte di superiori nostri, almeno."

Questa condizione di discriminazione viene attribuita dall'intervistata alla condizione di insicurezza e precarietà dei lavoratori immigrati, che proprio per questo vengono scelti per la loro disponibilità forzata a risolvere in ogni caso i vuoti di organico:

"Io sono convinta che le nostre assunzioni sono fatte in base di un punto di vista preciso: risoluzione dei problemi, nel senso che danno una risoluzione almeno dei problemi in quanto, avendo a che fare con queste persone, li possiamo giocare come vogliamo, con instabilità. Non sono neanche jolly, perché jolly ruota sui riposi, nonostante, perché sei obbligata… non trovi di meglio, sei obbligata a starci a queste regole. A volte ti trascini per forza, a volte vai incontro, rispondi. Tutela non c'è, autotutela dipende dalle persone, però passano un paio di anni, e ognuno di noi perde un po' la forza, la voglia di combattere, anche perché, essendo anche la minoranza, per forza di cose devi evitare, di sicuro che evitiamo, noi siamo sempre il lato passivo. Quando poi, non so, ti prendono in una giornata male, ti toccano altri valori, la famiglia… Io non ho mai risposto per il momento, così male male, però sono troppo gonfiata, ho evitato, dicendo alla caposala che abbiamo un servizio pubblico, deve intervenire lei, che sul lavoro queste cose non si fanno, per non discutere con la persona, perché se vado gli dirò qualcosa e mi sospendono dal posto di lavoro."

Insomma, secondo questa intervistata dai lavoratori stranieri si pretende disponibilità assoluta alle esigenze del servizio, ma anche sopportazione nei confronti del comportamento ostile degli stessi colleghi italiani, senza ottenere la dovuta tutela da parte della caposala.
L'infermiera albanese riflette sulle cause di questa situazione di carenza di personale, confrontando la situazione attuale con quella del suo paese nel periodo socialista, ma manifestando anche la sua preoccupazione rispetto a come ciò incida sulla qualità di servizio, oltre che sulla sua vita privata:

"A quello che vedo io, ricordando anche come funzionava nel mio paese alla fine del comunismo, quindi socialismi, così, è che funzionano un po'… da struttura, cioè che faccio quello che voglio, guadagnare, continuo a guadagnare senza assumere, quindi assenza di persone. Questo comporta quindi, a livello professionale… lavorando sempre in meno, essendo stanchi per i rientri, essendo molto ma molto stressati, alla fine siamo anche poco pazienti, non so anche che livello di assistenza diamo.
Io cerco di dare sempre il mio meglio parlando nel personale, però mi rendo conto che arrivo a casa dopo il turno di lavoro che non ci sto dentro più, non riesco ad affrontare la sera, devo solo fare la doccia e andare a letto, sennò la sera non riesco ad essere."

Atteggiamenti discriminatori vengono riportati anche da due OSS latinoamericane che lavorano in una struttura per anziani come dipendenti di una cooperativa. Una di esse ci ha detto:

"Se per esempio sul lavoro facciamo qualcosa noi, non va mai bene; la fa un italiano, lo coprono. Se noi lo diciamo, loro subito si arrabbiano. Infatti lei [l'altra intervistata] *una volta è finita dal direttore, che adesso il direttore non c'è più, e lei giustamente gli ha detto che loro erano dei razzisti, perché se un italiano fa una cosa, va bene, se la fa uno straniero – per carità siamo tutti degli umani e possiamo sbagliare – non va bene."*

La stessa intervistata elenca una serie di comportamenti da parte di alcune colleghe italiane che attribuisce al fatto che, proprio in quanto autoctone, possono permettersi di evitare le attività più pesanti:

> *"Le italiane sono furbe. C'è questa coordinatrice italiana che… dovrebbe entrare alle sette come tutte le colleghe, però lei è 150 kg ed è molto lenta e penso che avrà trovato un accordo con la cooperativa per entrare prima, non so come si saranno messi d'accordo… Questa, appunto, fa la furba e ci lascia tutti i pazienti più pesanti da sollevare, proprio persone che da tirare su sono come un sacco di patate. Sono tutti anziani e ti spezzi la schiena. Oppure lei fa finta di darti una mano e poi ti lascia tutto il peso…. Questa nuova anche lei è furba: arriva al mattino – sa già quali sono i pazienti autosufficienti e quali non lo sono – lava questi pazienti in piedi, loro si asciugano, si vestono e via andare; a noi lascia sempre quelli che non si alzano dal letto e allora a quel punto dici no, io ho fatto già dieci ospiti su venti, gli altri dieci devi farli tu. Poi, hanno il vizio di fumare; io mi sono già 'beccata' più volte con queste due, perché anche io ogni tanto faccio una pausa per una sigaretta, ma prima vengono gli ospiti e poi semmai vado in pausa."*

Se la condizione salariale dei dipendenti di questa cooperativa è simile sia per stranieri che italiani, cambia invece, a favore di questi ultimi, la distribuzione dei turni:

> *"*[6,94 euro all'ora] *è pochissimo, e le ore notturne non sono pagate tutte. Noi facciamo 10 ore a notte, ma ne pagano solo 6 come notturne e 4 come giornaliere… Entriamo da un riposo con pomeriggio, mattino, notte o subito notte, poi smonto e riposo. A volte questa turnazione non è rispettata se mancano dei colleghi, ma puoi sempre dire di no…. Ci sono anche delle colleghe italiane che, non so come siano i turni, ma lavorano dal lunedì al venerdì e nel week-end sono a casa, sempre! Noi abbiamo un week-end… Nelle festività sono sempre a casa e noi sempre a lavorare."*

Ma non tutte le esperienze che ci sono state raccontate sono così negative, e non è neanche detto che in tutte le strutture private la situazione sia peggiore rispetto al settore pubblico. La già citata infermiera polacca racconta:

> *"Sono arrivata con un contratto a tempo determinato di 2 anni e poi mi hanno rinnovato a tempo indeterminato. La retribuzione è sempre stata buona, pagata quanto le infermiere italiane. Avevo tutto in regola, assicurazione e contributi e così è anche oggi. Lavoro e lavoravo 8 ore al giorno a turni e sono pagata per 8 ore. L'unica cosa negativa è la mancanza di aumento salariale, la vita costa di più, ma il mio stipendio non aumenta. Non ho l'anzianità riconosciuta e poi non ci sono premi. Non ci sono sistemi premianti diversificati per il merito. Se uno lavora e un altro fa finta di lavorare lo stipendio è uguale."*

A parte il mancato riconoscimento dell'anzianità maturata in patria, i problemi di questa lavoratrice non sembrano essere diversi (a parte l'assenza di straordinari) rispetto a quelli dei colleghi del settore pubblico: stipendio basso e mancato riconoscimento del merito. Semmai in questo caso sorgono alcune questioni specifiche, legate al carattere religioso della clinica in cui l'intervistata lavora:

> *"Io lavoro con le suore e loro hanno le loro idee. In Polonia stanno solo in chiesa. Qui quando sono arrivata volevano comandare e sottometterci, ci chiedevano di lavare per terra, ma io non ero d'accordo, ci sono delle persone assunte per questo, e poi uso la stessa divisa per curare i pazienti, quindi non è igienico. Io mi sono ribellata e non lo facevo. Adesso non succede più."*

Di fronte all'ingerenza delle religiose, l'intervistata ha fatto valere la propria professionalità (e il proprio buonsenso) di fronte al tentativo di farle svolgere attività non consone alla sua formazione. Il suo atteggiamento non corrisponde dunque all'immagine degli infermieri immigrati come succubi dei superiori gerarchici, come invece sottolineato in alcune interviste.

Con i pazienti ed i parenti il rapporto è sempre piuttosto buono, senza particolari problemi legati alla nazionalità degli infermieri. Una testimone privilegiata ci ha rassicurato sulle possibili problematiche riscontrate da una lavoratrice maghrebina, che indossa il velo:

> *"… Anche questa persona con il velo non ha avuto problemi, le hanno solo chiesto di indossare il velo bianco e non troppo colorato, negli ospedali e nelle altre strutture, ma per il resto non hanno fatto alcuna difficoltà."*

Ma non tutti la pensano allo stesso modo e c'è anche chi ritiene la competenza linguistica centrale per il rapporto con l'utente del servizio, come questa infermiera italiana:

> *"Le difficoltà sono dovute alla lingua, per passarti le consegne ma soprattutto nel rapporto con il paziente. Tutta la parte relazionale che secondo me è una parte importante in certi reparti, non sapendo la lingua non puoi relazionarti a fondo. La nostra competenza è tecnica-relazionale-educativa, sono sullo stesso piano, anche se tante volte si da più importanza alla parte tecnica"*

Ma la stessa intervistata nota delle differenze culturali, che corrispondono a stereotipi molto diffusi nel nostro paese rispetto a certe "predisposizioni antropologiche" nei confronti dei lavori di cura:

> *"Un'altra cosa che vedo è che a seconda della provenienza hanno una formazione diversa e quindi si relazionano con il medico e con i pazienti in maniera diversa. I ragazzi peruviani sono molto sensibili al discorso dell'assistenza perché la vivono molto nel loro paese, c'è molto l'assistenza all'anziano, li tengono in casa, hanno molto il culto dell'assistenza, per cui hanno delle attenzioni di un certo tipo che vengono riconosciute in maniera positiva anche in Italia nel nostro contesto. Nei paesi dell'Est mi sembra che manchi questa attenzione."*

Come nel già citato esempio di un infermiere marocchino, è evidente che nel caso di lavoratori esterni forniti da una cooperativa o da un'agenzia interinale, la struttura appaltante non ha nessun interesse nell'investire sul personale straniero per migliorarne l'inserimento, ed anzi, nel caso si evidenzino dei problemi, parte la richiesta di sostituzione. Il risultato è che quegli infermieri che, indipendentemente dalla competenza professionale, presentano problemi linguistici vengono esclusi dalla possibilità di lavorare.
Appare invece ancora critico il rapporto tra infermieri e medici: se alcuni affermano che ormai gli infermieri, indipendentemente dall'origine nazionale, sono dei professionisti riconosciuti da tutti, altri sostengono che i medici preferiscano gli infermieri stranieri, perché più disponibili e ancora predisposti a rimanere nella "condizione ancillare" tipica degli infermieri generici di più di vent'anni fa. Questa è l'opinione in merito di un Direttore Sanitario:

> *"Gli infermieri stranieri che vengono in Italia pare che presentino perlopiù il problema di essere buoni assistenti dei medici, piacciono molto ai nostri medici, ma la loro visione è quella di aiutare il medico. I rumeni invece si sono integrati. I peruviani hanno un approccio diverso. Sembra di avere dei sudditi… Una notevole attenzione alle gerarchie più che al malato. Sono molto ossequiosi. Sono coerenti con un certo modello di sanità…"*

Diversa è invece la testimonianza di questa infermiera straniera che lavora nel settore privato, che nota una notevole differenza rispetto al settore pubblico a causa della diversa organizzazione del lavoro con i medici:

> *"Con l'aiuto delle OSS, che fanno il lavoro più generico, noi abbiamo mansioni più tecniche, distribuiamo la terapia e seguiamo il paziente meglio, possiamo stare con lui più a lungo e poi seguiamo i medici (da noi ce ne sono tanti, ogni paziente si porta i sui medici e noi prendiamo ordini da tutti,*

ognuno dice la sua). Noi infermiere siamo molto autonome, molto di più che nell'ospedale pubblico, siamo responsabilizzate perché i medici, essendo esterni, non ci sono mai. C'è un solo un medico di guardia che interviene in caso di urgenza se non si trova il medico personale del paziente."

Ancora più dettagliata l'opinione dell'infermiera straniera di una clinica privata, più volte citata:

"Le differenze maggiori con la Polonia le ho riscontrate circa l'autonomia delle infermiere. Là, essendo noi molto preparate, siamo più libere di fare, invece qui no. E poi la collaborazione medico- infermiera: in Polonia sono collaboratori, invece qui gerarchicamente il medico viene prima e dice alle infermiere cosa bisogna fare. Non puoi avere iniziative autonome. Ma in questi anni la cosa sta cambiando, forse il medico si fida di più della preparazione delle infermiere, che è migliorata."

Ma, come in genere capita in Italia, ci sono notevoli differenze tra una situazione lavorativa e l'altra, tra una struttura e l'altra, anche di territori limitrofi. Un'ex OSS polacca che ha iniziato da poco a lavorare come infermiera rileva:

"A Magenta è tutto organizzato alla perfezione, io mi sono trovata molto bene, anche la caposala era molto dispiaciuta che me ne andavo. Il numero di infermieri era giusto. Qui a Novara mancano sempre gli infermieri e tutti si lamentano. Ho delle amiche che ci lavorano e dicono che non è possibile. A Magenta invece mi era stato proposto di essere affiancata da un'infermiera per tutto giugno! Qui invece senza affiancamento entri subito in corsia."

Nel pubblico emerge sempre il problema delle esternalizzazioni, ed il conseguente aggravio del carico di lavoro per gli internalizzati, come evidenzia la testimonianza della caposala già precedentemente citata:

"È sempre privilegiato il rapporto tra medici e infermieri dipendenti, a meno che non sia la prescrizione terapeutica per il paziente seguito dall'infermiere dello studio professionale. Il punto di riferimento è l'infermiere di reparto, quindi c'è un carico di responsabilità che non è monetizzato e tanto meno riconosciuto."

L'elemento più critico emerso dalle interviste, sia ai lavoratori che ai testimoni privilegiati, è certamente il rapporto tra infermieri ed operatori socio-sanitari.
Da una parte c'è il blocco delle assunzioni degli OSS nel pubblico impiego, che ricade sul personale infermieristico, che spesso deve svolgere anche le loro funzioni, in contraddizione con il tipo di formazione universitaria; dall'altra, quando l'OSS è presente, ci possono essere problemi organizzativi che tendono a schiacciare verso il basso sia le mansioni dell'infermiere che del personale di supporto. Questo aspetto è evidenziato nell'intervista a un caposala:

"Il problema qual è? Essendo scomparsi gli ausiliari dall'Ospedale, quei pochi che ci sono, sono stati adibiti a mansioni di trasporto del paziente o del materiale biologico. Gli OSS all'interno delle unità operative si sono visti tirare indietro verso le mansioni dell'ausiliario, perché non c'è nessuna figura che abbia preso le mansioni degli ausiliari. Nel mio servizio le pulizie dell'ambiente standard, ovvero i pavimenti e le pulizie ad altezza uomo, sono appaltate alla ditta esterna, ma mobilitare il paziente, se si sporca il pavimento in un momento che non corrisponde a quella mezz'ora al mattino e quella mezz'ora la sera in cui passano le persone addette della ditta esterna, chi fa questa pulizia? Chi si occupa di sanificare il materiale che si usa con i pazienti, il monitor, i cavi… l'infermiere? O declassiamo l'infermiere alle mansioni dell'OSS, così questo si può occupare delle mansioni degli ausiliari, o queste mansioni non vengono fatte, o sicuramente l'OSS è quello che più di altre figure è tirato verso il basso. Tantissime volte capita a me di tirare fuori il carrello dei rifiuti la mattina, così, quando passa l'addetto… Non c'è niente di disdicevole nell'atto in sé, ma è la dimostrazione di un sistema

organizzativo che non funziona. Agli studenti di infermieristica non insegniamo a pulire l'unità del paziente, perché c'è il personale di supporto che deve fare questo, ma se l'OSS deve fare altro… Sulla carta l'OSS ha una serie di attività che erano proprie dell'ausiliario, e quindi anche di pulizia ambientale. Ha poi tutte le attività di assistenza al paziente, come la prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione. L'OSS è formato a mobilizzare i pazienti, ad effettuare le cure igieniche in maniera adeguata, a cambiare i dispositivi per l'incontinenza, a individuare precocemente i segni di un'eventuale lesione. Nel mio reparto per certi versi è relativo, noi abbiamo il grosso problema della pulizia dell'unità perché non abbiamo l'ausiliario, la ditta non lo fa e quindi lo fa l'OSS. Ma il nostro reparto, che è a grande rischio dal punto di vista infettivo, da protocollo dovrebbe effettuare una pulizia ripetuta due volte al giorno dell'unità del paziente e una volta al giorno degli armadi, perché la polvere non deve assolutamente esistere. Un paziente intubato ha un'esposizione delle vie aeree elevata, e quindi il rischio che prenda un'infezione, soprattutto se l'ambiente non è pulito, è più forte. Nei reparti di medicina invece, laddove il ruolo degli OSS dovrebbe essere molto meglio utilizzato perché il numero di pazienti anziani allettati con problematiche di mobilità è elevatissimo…Ma se l'OSS deve pulire, deve portare gli esami in laboratorio, deve portare i documenti, deve portare il materiale, chi gira il paziente?"

Questa dequalificazione di fatto del ruolo dell'infermiere viene rilevato anche da un responsabile del corso di laurea, che avverte la contraddizione tra la formazione accademica e la reale attività lavorativa del personale laureato. In questa intervista viene anche sollevato il problema, già menzionato, delle condizioni complessive degli operatori riqualificati con i corsi OSS:

"Il vero problema è che non si può continuare a utilizzare una persona laureata per fare i letti al mattino, è socialmente inaccettabile. È vero che abbiamo introdotto altre figure, ma il problema è come si gestiscono e che noi per il supporto abbiamo riciclato personale irriciclabile. Abbiamo utilizzato le carriere per dare valore salariale, ma ho sempre una persona, con tutte le qualifiche del caso, che però… Noi ci siamo trovati in situazioni che le OSS erano tutte con impedimenti fisici o intellettivi. Ci ritroviamo ad avere persone con qualifiche come le OSS che sono schiacciate verso il basso come figure, non ci sono più gli ausiliari e gli infermieri. In una crisi complessa, è una categoria che ha difficoltà a viversi come regista dell'assistenza.
L'altra cosa è che l'infermiere storicamente ha svolto mansioni un po' del medico e un po' dell'ausiliario. Si espande sia in orizzontale che in verticale; questo è molto complicato, perché non riesce a trovare una collocazione. Mettere in crisi questo sistema oggi non è semplice, perché l'infermiere tampona: manca l'ausiliario, allora porta la barella, il medico è occupato, allora lo fa l'infermiere…anche il prelievo arterioso."

È evidente che questa situazione complessiva rende difficile la definizione dell'effettivo ruolo professionale dell'infermiere all'interno dell'organigramma dell'ospedale, trasformandolo in una figura tuttofare sia verso l'alto che verso il basso. Questo discorso vale anche per gli OSS, che, come abbiamo visto, a volte si trovano a dover svolgere attività dequalificate che spetterebbero al personale ausiliario, mentre altre devono supplire alle carenze del personale infermieristico.
La prassi usuale del lavoro degli OSS è sintetizzata da un'intervistata ivoriana:

"Quando c'è qualcosa chiamiamo prima l'infermiere, prende la pressione, la temperatura e dopo arriva il medico. Noi quando abbiamo un'informazione dobbiamo sempre prima dirla all'infermiere che poi la riporta al medico."

È evidente che in alcune circostanze il rigido rispetto delle rispettive competenze viene messo a dura prova dalla pratica quotidiana con i pazienti. È quanto sottolinea un OSS latinoamericano che lavora in una casa di riposo:.

"Sì, a volte può capitare così; a volte noi ci prendiamo la responsabilità anche quando non dobbiamo, però... Anche l'infermiere vede chi ha davanti e, a volte, se si fida di qualcuno, se vede che è capace o no… Io ho avuto la fortuna di avere un buon rapporto con tutti; io ho imparato tanto in questo, sono diventato anche un referente, ho sostituito la mia coordinatrice quando lei è andata in ferie, ho potuto stare...

Noi, facendo questo lavoro, stando vicino agli ospiti o ai pazienti, sicuramente li conosciamo meglio che le infermiere o il dottore; sappiamo quello che gli sta succedendo, se sta bene o sta male. Le colleghe dicono sempre che noi siamo trattati come 'l'ultima ruota del carro' e a volte è così. Che siamo pagati... male... è vero; penso che un OSS dovrebbe guadagnare qualcosa in più. Io, su questo, quando ho fatto qualcosa che non era il mio [sospira]... *io l'ho fatto comunque perché ho imparato, ho avuto questa fortuna e ogni volta che l'ho fatto non ho guardato a questo, che sia il mio compito o no, ho solo detto: - Se sono capace lo faccio. Sapevo di prendermi una responsabilità, però l'ho fatto pensando alla persona che avevo davanti, e poi ho dimostrato di essere capace... quello che posso fare; quando ho visto qualcosa che* [non sapevo fare] *ho detto: - No, mi dispiace, questo non lo faccio io. - Poi, oggi come oggi, in tante strutture, tanti OSS hanno la terapia, ma legalmente non possiamo farlo... la somministrazione per bocca….*

Quando andiamo a scuola dicono che noi dobbiamo fare... che il nostro compito è questo... fare un servizio alberghiero e di assistenza, assistenza al paziente, l'igiene personale, l'igiene dell'ambiente; non si parla mai di farmaci, l'unico momento in cui si parla di farmaci a quando dobbiamo controllare che non ci siano altri farmaci in giro, o controllare, se lavoriamo in una casa, che non ci siano farmaci scaduti, mandarli indietro, o buttarli. Però di somministrazione non si parla, non si dice nulla su questo a scuola...

Invece, nella realtà, facciamo anche di più... tanti di noi… ogni tanto facciamo anche qualche medicazione, direttamente sulla pelle... insomma chi è capace, che è portato… perché tutti non sono portati, non sopportano di vedere una piaga, o sentire il brutto odore che può produrre questa piaga da decubito."

Da questa testimonianza emergono alcuni dati significativi riguardanti il lavoro degli OSS. Innanzitutto l'intervistato sostiene che chi sta più a contatto con il paziente (nel caso beninteso delle case di riposo) è proprio il personale di supporto. Questa consuetudine con l'utente gli permette di avere un'idea precisa rispetto al suo stato di salute e ad eventuali problemi sui quali è necessario intervenire tempestivamente, e questo porta a volte l'OSS ad intervenire anche al di là di quelle che dovrebbero essere le sue specifiche competenze. Non si capisce però fino a che punto il lavoratore intervistato è conscio delle gravi responsabilità che questo intervento al di fuori delle mansioni previste per la sua professione comporta sia per lui che per la struttura in cui lavora. Questo problema riguarda soprattutto le RSA in quanto la presenza di medici ed infermieri è molto ridotta rispetto a quella degli infermieri, in quanto l'impostazione del servizio è prevalentemente di tipo alberghiero-residenziale. Tuttavia, sulla base di quanto raccolto con le interviste in merito ai problemi organizzativi degli ospedali, non è escluso che casi di sconfinamento in interventi non previsti dal mansionario degli OSS possa avvenire anche in questi contesti.

Dalle interviste fatte nella provincia di Alessandria, sembra che questo problema sia stato recepito e che siano state messe in atto strategie per arginarlo, sia da parte dei formatori OSS, sia da parte dei responsabili del servizio infermieristico dell'ASL AL. Sembra quindi, che almeno nell'ambito alessandrino, gli OSS siano oggi più tutelati sul rispetto dei loro compiti, che devono essere di supporto al lavoro infermieristico, senza diventare rapporti di vassallaggio, tramite i quali gli infermieri possano scaricare sul personale meno qualificato, compiti faticosi o poco graditi.

Questo è quello che afferma la responsabile del servizio infermieristico dell'ASL AL:

"… Ho cercato di far comprendere che l'OSS oggi è una ricchezza per la professione infermieristica, ma che deve stare all'interno della propria professione. L'infermiere non può usare gli OSS, come dieci anni fa quello che al medico non faceva piacere farlo era scaricato sull'infermiere. È facile scaricare sugli altri

le mansioni più spiacevoli. Non posso dire che i miei infermieri siano tutti eccellenti, però abbiamo cercato di lavorare molto per far capire che l'OSS oggi è una grossa ricchezza e offre davvero un supporto notevole alla nostra attività, ma non è la nostra pattumiera, non sono i nostri servi. Hanno una dignità professionale e esercitano delle attività che vengono insegnate nei corsi di formazione. In parallelo cerco anche di far passare il messaggio che l'OSS deve far sì che l'infermiera non se ne approfitti. Un OSS ben formato rifiuta le attività che non gli competono. Bisogna anche offrire gli strumenti affinché la gente possa autogestirsi."

Ma, oltre alla coscienza professionale sia da parte degli infermieri che da parte degli OSS, resta centrale il nodo dell'organizzazione del lavoro e quindi dell'interazione con il paziente e con le sue esigenze. È evidente che chi ha un rapporto più diretto, quasi intimo con l'utente del servizio, se non si limita ad un intervento tecnico, ma è anche sensibile al rapporto umano che si instaura con il paziente (e che viene sottolineato come fondamentale nella formazione sia degli OSS che degli infermieri) tende ad estendere la propria area di intervento in base alle necessità di quest'ultimo più che della rigida divisione tra le varie figure professionali che lo hanno in carico. Ciò risulta ancora più evidente nel caso di carenze di personale e difficoltà organizzative.

Conclusioni

Il periodo di transizione dell'organizzazione in cui l'infermiere lavora alle dipendenze del medico e ha come unica prospettiva il pensionamento a quella in cui l'infermiere ha compiti autonomi ed una prospettiva nella carriera dirigenziale, non si è ancora concluso. Rilevante, a questo proposito, appare l'intervento di un responsabile del corso di laurea in scienze infermieristiche:

"Fino a prima del 1994, quando sono usciti i profili professionali, e nel 1999, con la legge 42 sull'autonomia, il medico era l'unico responsabile, anche della parte assistenziale infermieristica. Oggi nei fatti comincia ad esserci una differenza, perché la responsabilità dell'assistenza è dell'infermiere e non del medico. Questo sta mettendo in discussione chi è il vero responsabile della salute del paziente. La situazione è molto diversificata: in alcuni casi la responsabilità dell'infermiere è chiara, in altri casi persiste la vecchia impostazione, per cui il medico, indipendentemente dalla legge, continua ad essere responsabile di tutto.
Da una professione totalmente deresponsabilizzata si passa ad una di responsabilità. Questo cambia l'organizzazione del lavoro. Si stanno riorganizzando i servizi infermieristici, anche con la direzione da parte delle stesse figure professionali. È un'assunzione di responsabilità, anche dal punto di vista dirigenziale. C'è l'infermiere che si occupa della persona, poi c'è il coordinatore di unità operativa, che ha prevalentemente ruolo e competenze organizzative, avendo ben presente come stanno le persone assistite."

È una trasformazione ancora incompleta, però

"A medio e lungo termine la situazione sta cambiando. Non è così immediato, e l'organizzazione è ancora pesantemente quella di alcuni anni fa. Storicamente certe funzioni le ha fatte il medico e continua ancora a farle in molti casi. Credo che ci sia ancora un aspetto che frena il cambiamento: storicamente gli infermieri hanno garantito che nel reparto il servizio funzionasse dal punto di vista organizzativo, perché sono lì 24 ore al giorno e sono gli unici che possono garantire che il reparto vada avanti. Questo stride con il nuovo mandato degli infermieri, cioè di occuparsi in modo diverso dei malati."

Stesso discorso vale anche per la l'organizzazione e la divisione dei compiti tra infermieri e operatori socio-sanitari, a detta del responsabile di un'azienda sanitaria:

"I nostri infermieri oggi vivono particolarmente il disagio del non riuscire a trovare quella giusta sintonia tra chi gli sta sotto e che gli sta sopra. Mi spiego: partendo da lontano, nel 1997 la Regione aveva fatto un'analisi per determinare i fabbisogni organici degli ospedali. La nostra azienda era risultata in sofferenza di circa 350 infermieri. Questo dato ha creato ulteriori appetiti per i primari, che non si potevano soddisfare in quanto gli infermieri non c'erano. Da qui, intorno al 1999, hanno cominciato ad arrivare i primi liberi professionisti, e in concomitanza sono arrivati a supporto anche i corsi per attribuire ai generici e ausiliari interni la qualifica di OSS. Questo ha creato qualche problema perché, essendo personale interno, quindi già abituato alle dinamiche dell'azienda, non ha contribuito a sviluppare il supporto che ad essi veniva effettivamente richiesto. Non sono entrati in quello spirito professionale che invece caratterizza chi esternamente ha fatto un percorso di 1000 ore. Questo però ha consentito di creare dei percorsi di sperimentazione per andare a capire bene cosa potesse fare la figura dell'infermiere e cosa potesse fare la figura degli OSS. Abbiamo capito che l'OSS ha la possibilità di svolgere un 30-35% dell'attività di assistenza presente nei nostri servizi. Quindi il 70% è di competenza del servizio infermieristico. Detto questo, però il problema non è ancora risolto a causa della permanenza di quello status precedente che gli OSS hanno, che non gli permette di sviluppare appieno le loro potenzialità ed essere quindi di reale supporto. Il futuro deve andare in questa direzione. Bisognerà cambiare il sistema dell'assistenza sanitaria, bisognerà che gli infermieri facciano alcune delle attività che in questo momento fanno i medici, e le cose che non faranno più gli infermieri dovranno essere fatte dal personale di assistenza. Noi ci stiamo già incamminando in questo percorso, noi prevediamo nel piano 2008-2010 per ottenere un equilibrio di bilancio, circa 200 persone in meno, e di queste circa il 90% sono medici. Mentre per il personale di assistenza prevediamo di sostituire tutti quelli che fuoriescono, per i medici no. Ci stiamo avvicinando ai modelli inglesi o tedeschi, dove gli infermieri hanno dei ruoli meno circoscritti e si avvicinano maggiormente alle mansioni dei medici, mentre nei paesi latini c'è una vocazione ad un maggior numero di medici per paziente. Quindi noi crediamo che, anche attraverso la gestione della formazione, si possa poter indirizzare meglio il lavoro degli infermieri. È tutto dentro un ragionamento all'interno del sistema sanitario in cambiamento che vedrà la luce tra 10-15 anni."

Le soluzioni che i testimoni privilegiati hanno portato all'attenzione della nostra ricerca sono molte, la maggior parte orientate ad un'espansione delle competenze dell'infermiere verso l'alto ed un aumento degli operatori socio-sanitari presso le strutture. Alcuni ripropongono il tema della specializzazione degli OSS, altri invece chiedono una struttura organizzativa diversa, fatta per dipartimenti. Il responsabile di un corso di laurea afferma che

"Dal punto di vista del mercato non si risolverà mai la domanda: in ingresso si fa fatica a farne entrare di più, e in uscita, perché più velocemente di altre professioni si esce (per l'usura, per la stanchezza, ecc.), salvo facendo operazioni radicali, come immettere sul mercato 100.000 OSS."

Rispetto ad una delle soluzioni auspicate da molti per supplire alla carenza di infermieri ed i conseguenti problemi organizzativi, questo è il punto di vista di un responsabile della direzione sanitaria di una struttura privata:

"La terza S [ndr. Operatore Socio-Sanitario Specializzato] *consente all'infermiere laureato di svolgere pienamente il suo ruolo: la somministrazione delle terapie rimane sempre in capo all'infermiere. Non è vero, non è vero* [che l'OSS somministra terapie non iniettive]. *Secondo il profilo professionale uscito dal Ministero, l'OSS non può. Non posso pensare che l'OSS diventi il servo scemo dell'infermiere. È un compromesso all'italiana.... L''OSSS è fondamentale per l'abbassamento dei costi."*

Diverso è il punto di vista di un caposala, che mette l'accento invece sui problemi organizzativi, che impediscono di ottimizzare l'uso di risorse scarse:

"Secondo me manca un'organizzazione a tutti i livelli, manca un'organizzazione dipartimentale, ci vuole più flessibilità nello stesso dipartimento. Manca un sistema di reperibilità o presenza attiva... Ci vorrebbe un caposala anche il sabato e la domenica, all'interno del dipartimento, che tenga i fili dell'organizzazione....
Se non si lavora a livello dipartimentale non si raggiunge un'ottimizzazione del servizio. Bisogna fare le assunzioni a livello dipartimentale, in modo tale che si possa spostare la gente da un reparto all'altro in base alle esigenze... ci vuole più flessibilità.... questo è indispensabile rispetto al futuro."

Così come alcuni di questi lamentano che, nell'eccessiva parcellizzazione e frammentazione degli interventi, si corra il rischio di perdere di vista la centralità del paziente, sottolineando la necessità di condurre il sistema assistenziale verso le esigenze del soggetto malato. Questa almeno è l'opinione espressa da un gruppo di infermieri italiani:

"Per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro con i pazienti, organizzato per pazienti oppure per attività da svolgere sui pazienti, da noi dovrebbe essere fatta una scelta di tipo organizzativo e di tipo culturale, orientata sulla normativa in campo sanitario, che parla della presa in carico della persona, di personalizzazione dell'intervento, di continuità. Se noi centriamo l'attenzione su questi obiettivi, ne deriva che diventa indispensabile che ci sia qualcuno che si prenda in carico questo percorso e ne diventi il responsabile. È difficilmente identificabile una responsabilità laddove ci sono pezzetti molto differenziati. È vero che c'è una compartecipazione di responsabilità, però la scelta che abbiamo fatto in Asl è diversa, è di presa in carico e di continuità. Ecco perché tutti, e anche l'insieme dell'organizzazione, basata su questo tipo di logica, ha scelto la non esternalizzazione; perché sull'esternalizzazione è molto più facile invece mirare l'attenzione su un'organizzazione del lavoro parcellizzata: inserisco la persona che fa quello, so che è responsabile di quello, se ne va ed io mi occupo di tutto il resto. Invece il desiderio di non esternalizzare è quello di poter avere persone che possono essere formate rispetto ad un modello che si è deciso e condiviso sull'organizzazione, su questi obiettivi, e di conseguenza cercare di attuare questo tipo di modello, che con l'esternalizzazione potrebbe essere più difficile."

Ruolo e rapporti del sindacato nella sanità *di Giovanna Spolti*

Dal presente lavoro sono emerse alcune dinamiche che confermano le analisi emerse da ricerche fatte in tempi recenti sul sindacato nelle amministrazioni pubbliche e nella sanità (Bernardotti, 2006). Le questioni evidenziate sono sostanzialmente tre: il complesso rapporto tra infermieri e sindacato, la sindacalizzazione nelle cooperative, il rapporto tra immigrati e sindacato.

Gli infermieri nel sindacato

Nella sanità pubblica e privata si assiste in questi anni ad una caduta della partecipazione al sindacato degli infermieri sia in termini di iscrizioni sia in termini di rappresentanza.
Uno dei problemi che abbiamo riscontrato e che spiega questo fenomeno è legato all'organizzazione del lavoro. Gli infermieri lavorano con modelli organizzativi intensivi, nei quali non è possibile la sostituzione degli stessi con altri colleghi se non a discapito di questi ultimi, che si vedono così costretti a prestazioni aggiuntive o quant'altro. Per un infermiere, a causa della poca disponibilità di tempo e all'impossibilità di lasciare il reparto per permessi sindacali, assemblee, ecc… diventa molto difficile riuscire ad organizzare una vera e propria attività sindacale, come semplice iscritto e ancor più come RSU.
Come dimostrano anche le testimonianze raccolte, questa situazione di difficile conciliazione tra i ritmi di lavoro e l'attività sindacale ha fatto sì che negli anni la rappresentanza sindacale nella sanità fosse più presente tra gli amministrativi e i tecnici (fattorini, elettricisti, magazzinieri ecc…) che non tra gli infermieri e il personale di cura (OSS, OTA, ecc…):
Una caposala afferma:

> *"Il sindacato in sanità, nella nostra azienda, è sempre stato in mano a figure che non erano sanitarie. I vertici erano i responsabili di altri settori, i muratori, elettricisti… Gli infermieri non hanno il tempo di allontanarsi dal reparto."*

In questo contesto, gli infermieri spesso si sentono poco rappresentati dai delegati eletti nei propri luoghi di lavoro, le istanze sindacali relative alla loro professione e alle loro condizioni di lavoro sono in molti casi appannaggio di lavoratori della sanità che risultano distanti dalla professione infermieristica; ,il personale tecnico o amministrativo conosce poco le problematiche degli infermieri, e, se le conosce. Anche per questo motivo è facile ravvisare tra i nostri intervistati una certa disillusione sul ruolo del sindacato nei reparti, come afferma un'infermiera di Novara. Alla domanda sul come vengono vissuti i delegati all'interno dell'ospedale, lei risponde:

> *"*[Sì, ci sono], *ma intanto non fanno niente, tanto mettono chi vogliono loro."*

In merito abbiamo raccolto la testimonianza di un dirigente del servizio infermieristico in un ASL torinese:

> *"Gli OSS sono molto sindacalizzati; gli infermieri, purtroppo, molto meno. Vedono il sindacato come qualcosa che protegge i pochi che si iscrivono; lo vivono così."*

Il sindacato è consapevole di questa situazione, conosce i problemi organizzativi che allontanano gli infermieri dalla partecipazione attiva alla vita sindacale, ma, come spesso avviene nei luoghi di lavoro dove i lavoratori sono poco intercambiabili per mansione o per posizione organizzativa, anche il sindacato prende atto e si adegua. Lo sciopero della categoria è un momento emblematico di questa situazione: il lavoratore ha diritto di scioperare, ma se svolge attività indispensabili all'erogazione di

un servizio primario, come quello sanitario, non può farlo perché non può assentarsi dal luogo di lavoro. Molte questioni sulla "precettazione" nella sanità in caso di sciopero sono roventi e spesso oggetto di dibattito[28]. A testimonianza di questa consapevolezza riportiamo l'affermazione di un'infermiera di un'azienda privata ma convenzionata:

> *"Sì, però per esempio, quando i sindacati organizzano degli scioperi tutti i reparti ricevono una circolare che dice più o meno: - per l'assicurazione del buon servizio, si precettano al lavoro le seguenti persone -, che sarebbero il minimo per lavorare e tutte le volte che ho guardato erano esattamente le stesse che dovevano essere in turno, cioè uno sciopero là non lo puoi fare, nel tuo tempo libero magari sì."*

In questo clima di disillusione e di allontanamento nei confronti del sindacato trovano appiglio e giustificazione le spinte e le pulsioni autonomiste che investono le relazioni sindacali della sanità in questi anni. La tabella n. 13 mette in evidenza i risultati elettorali del 2007 nel comparto della sanità. Come si può notare troviamo complessivamente ben più di 110 sigle a fronte di 3 sigle sindacali confederali. Tra queste sigle la maggioranza sono sindacati autonomi e corporativi,alcuni di questi sono sindacati "emergenti", che stanno prendendo piede dai primi anni 2000 e soprattutto in alcune regioni d'Italia. Come dimostrano i dati, tra quelli emergenti continua a registrare un buon successo *Nursing Up* (Sindacato nazionale professionisti sanitari della funzione infermieristica), che recentemente ha raggiunto la quota di rappresentatività (5%) per poter partecipare alla contrattazione nazionale. Le testimonianze confermano la tesi che la spinta sindacale autonoma arrivi proprio dall'operato dei sindacati confederali. A tal proposito è rappresentativa la testimonianza di un'infermiera di un presidio sanitario:

> *"*[Nursing Up] *sta prendendo piede nel Nord Italia. Mi sembra una realtà grossa e vincente, anche perché alle Molinette i vari rappresentanti di CGIL, CISL e UIL mi sembra siano fattorini, operai, qualche medico. Però la rappresentanza degli infermieri non c'è mi stata, e un po' ne abbiamo patito perché non hanno portato avanti specifiche attenzioni nei nostri riguardi, mentre Nursing Up ha sicuramente un'attenzione maggiore nei nostri confronti."*

Anche il sindacato contestualizza l'avanzare di *Nursing Up* in un quadro di relazioni sindacali difficili e complesse, che attraversano questioni di rappresentanza, ma anche di valorizzazione e di autonomia professionale. Un funzionario sindacale afferma:

> *"Nursing Up è un sindacato molto settoriale che mira a rappresentare solo gli infermieri… Arrivò in un momento anche difficile: carenza d'organico, ricambio generazionale abbastanza marcato e quant'altro, ed ebbe un minimo di seguito, come è evidente, come tutte le cose che si presentano come settoriali e un po' di gente gli è andata dietro."* (M. M.)

Nello specifico di Novara è doveroso segnalare che la rappresentanza di questo sindacato di categoria è durata per un breve periodo, come afferma il funzionario della categoria:

> *"A Novara Nursing up non esiste più, abbiamo appena rinnovato l'RSU e non sono stati in grado di presentare una lista. […] Gli ho fatto il vuoto intorno nel senso che quando tu ti riempi la bocca e cerchi di riempire la testa o la pancia degli altri con degli slogan io ti faccio il vuoto intorno e poi se tu il responsabile di ciò che hai detto e alla fine c'è stata una ribellione interna alla loro struttura organizzativa e la gente tornata chiedendo di... noi abbiamo messo lista della gente che era in lista per Nursing up."* (M.M)

[28] Alcuni dibattiti consultare sono consultabili sui diversi forum di discussione presenti nel web che trattano della professione infermieristica, tra questi: http://www.nursesarea.it/forum/.

Tab. n. 13 - risultati elettorali sindacali del 2007 nel comparto della sanità

COMPARTO SANITA'	DELEGHE [1]	VOTI [2]
ALI (ALLEANZA LAV INDIPENDENTI)	74	112
ALI (ALLEANZA LAV ITALIANI)	2	
ANAAO ASSOMED	1	
ANIDI	8	
ANIPA	106	
ASAI	5	
ASAL ASS SIN AUT LAV	6	
ASPI	4	
AUPI	9	
CASIL	25	
CESAS	1	
CESI SANITA'	1	
CESIL	6	
CGIL FP	82.650	107.610
CIB UNICOBAS	1	
CILAE	1	
CILDI		49
CISA	3	
CISAL ENTI LOCALI E SERVIZI [3]		
CISAL SANITA' [3]		
CISAPUNI	7	
CISAS	293	
CISL FPS	81.511	103.881
CISNA		128
CIU UNIONQUADRI	9	
CLS CONFED LAV SANITA'	3	
CMS	244	
COBAS SANITA'	365	
COBAS SANITA' UNIV RIC	106	1.282
COES	11	
CONFAIL SANITA'	321	
CONFSAL	5	
CONSAL	2	
COSNIL	2	
CRES	10	
CSA DI CISAL UNIVERSITA' [3]		
CSS CONF SARDA	8	
CUB	1	
DIRER	1	
DIRSAN	6	
DIRSTAT	16	
FAPAS	1.232	
FARESS	106	
FAS CONFSAL	1	
FAS FED AUTONOMA SANITA'	37	
FASIL	48	
FASSID	2	
FEDERAZIONE INTESA	2	
FEDERISMI	1	
FEDIR SANITA'	80	
FENAIP	38	
FESMED	1	
FIADEL	3	
FIADOS	31	
FIALS	22.562	29.687
FIASAL CISIAL	2	
FILDI SANITA'	1	
FLMU FED LAV METUNITI	1	
FLP	93	30
FSE	12	
FSE COBAS		130
FSI	15.184	19.994
IPUT	7	
ISA	21	
LAB		35
LACS	23	
LER	2	
LICSA	4	
LIDAS	4	
NURSIND	8.913	9.992
NURSING UP	9.349	18.119
ORSA	2	
RDB PI CUB	4.327	7.679
SAL SIND AUT LAVORATORI	1	
SANOS	82	70
SAP UNICOBAS SANITA'	49	
SAPMI	118	
SAPTIR	89	
SAS	36	
SAVIS	4	
SAVT	238	148

SDL INTERCATEGORIALE	63	846
SIALE CIL	3	
SID	7	
SIDIRSS	1	
SIL	80	
SILIB	84	
SIMET	1	
SINDACATO ITALIANO LIBERO	14	
SINDACATO LIBERO	45	
SINPA	61	25
SIULS	7	8
SIVEMP	1	
SLAI COBAS		956
SLL	11	
SNABI SDS	2	
SNALCI	1	
SNALS CONFSAL	6	
SNAOS	10	
SNARI	3	
SOI	324	
SPIF	2	
SULPM [3]		
SUNAS	1.425	
UGL SANITA' [3]		
UIL FPL	48.206	70.457
UNIONE MEDICA	1	
UNSIAU	17	66
USI AIT SANITA'	4	
USIS	5	35
USIS / CLO		63
USIS CUB		375
USLA	53	65
USLI	1	
USPPI	343	
USPPI FASIL	29	
USPPI SANITA'	53	
VOTI E DELEGHE NON ASSEGNABILI [4]	4.309	47
TOTALE [5]	287.345	376.464

[1] Il numero delle deleghe è quello censito al 31 dicembre 2006 come risultante dalla composizione delle oo.ss. al 31 dicembre 2007 per effetto dei mutamenti associativi avvenuti nell'anno 2007 (fusioni di oo.ss. tra loro e/o incorporazioni di soggetti sindacali in altri) e dall'applicazione dei criteri deliberati dal Comitato paritetico. Il numero delle deleghe indicato è quello utile all'accertamento della rappresentatività e, per tutte le organizzazioni sindacali, non comprende i dati rientranti nella voce "voti e deleghe non assegnabili"

[2] Il numero dei voti è quello risultante dai verbali delle elezioni delle RSU svoltesi in novembre 2007 come risultante dai criteri deliberati dal Comitato paritetico. Il numero dei voti indicato è quello utile all'accertamento della rappresentatività e, per tutte le organizzazioni sindacali, non comprende i dati rientranti nella voce "voti e deleghe non assegnabili"

[3] I dati delle organizzazioni sindacali aderenti a CISAL e UGL sono omessi su richiesta delle medesime confederazioni

[4] La dicitura "non assegnabili" indica, rispettivamente per le deleghe e per i voti, la presenza di dati non imputabili alle singole organizzazioni sindacali per motivi diversi: la presentazione di liste improprie nelle elezioni delle RSU, deleghe contestualmente rilasciate dal medesimo dipendente in favore di più sigle sindacali facenti capo alla medesima federazione, deleghe con contributo economico inferiore di più della metà rispetto a quello mediamente richiesto dalle organizzazioni sindacali del comparto o dell'area in applicazione del comma 9 dell'art. 43 del d.lgs. 165/2001, etc....

[5] Il totale è complessivo di tutte le deleghe rilasciate e di tutti i voti validamente espressi

Fonte http://www.aranagenzia.it/

La sindacalizzazione degli infermieri nelle cooperative

La nostra ricerca è in linea con le dinamiche generali già conosciute sul tema, ma riteniamo che possa essere un'importante testimonianza e un approfondimento nel campo della sanità e dell'assistenza, a livello locale. Il rapporto tra lavoratori delle cooperative e sindacato è sempre stato complesso, critico e difficile da districare. Il binomio lavoratore /socio-lavoratore restringe il campo

di azione e modifica il modo di porsi del sindacato. Il socio-lavoratore difficilmente si avvicina individualmente al sindacato anche quando il suo essere socio è più formale che sostanziale. Numerose sono infatti anche sul nostro territorio le cooperative che associano lavoratori che poi nella sostanza vengono trattati come dipendenti e sottoposti alle decisioni delle gerarchie. Fra quelli che abbiamo incontrato, alcuni sono stati disponibili a raccontarci le loro esperienze, mentre altri, forse intimoriti dalla nostra *"*appartenenza*"*, si sono dileguati dopo i primi contatti senza darci la possibilità di raccogliere le loro testimonianze. Questo è secondo noi già un dato di rilevanza sindacale.
Ma vediamo quali sono le questioni emerse durante il nostro percorso di indagine.
Come abbiamo accennato, l'avvicinamento del sindacato ai lavoratori delle cooperative è difficile e quando ciò avviene spesso è in seguito ad un lungo e difficoltoso percorso, come ha affermato un funzionario sindacale intervistato:

> *"Noi abbiamo particolarmente investito sul terzo settore, nel senso che se prima avevamo una presenza, non dico marginale, ma non avevamo grande penetrazione, adesso è un settore, sempre per quanto riguarda l'attività della categoria, in forte espansione. Il terzo settore, rispetto ai comparti pubblici, è un settore nel quale la sindacalizzazione è particolarmente faticosa e problematica."*

Il fenomeno è recente, i modelli di approccio sono ancora in via di sperimentazione, tuttavia emergono elementi che spiccano anche nel nostro lavoro:In primo luogo nelle cooperative la sindacalizzazione scatta in modo collettivo, all'improvviso, per questioni critiche, che spesso si traducono in vertenze e/o cause di lavoro. Il sindacato in questi luoghi, che, al contrario delle fabbriche, sono privi di storia sindacale, si deve guadagnare la fiducia sul terreno, deve dimostrare di essere in grado di migliorare le condizioni di lavoro a partire da fatti concreti. Un sindacalista ci ha detto:

> *"Vedendo che le battaglie della CGIL per i lavoratori avevano dei frutti concreti, si sono resi conto che senza tutela l'azienda, che in questo caso è la cooperativa, può comportarsi scorrettamente e pian piano si è vinta la diffidenza iniziale. Ci sono voluti due anni per avere le buste paga di questi lavoratori da controllare."*

Le difficoltà che si riscontrano sono date soprattutto dalla deregolamentazione contrattuale che investe la cooperazione. All'interno di una stessa cooperativa ci sono inquadramenti diversi: soci-lavoratori, dipendenti, liberi professionisti, collaboratori ecc. È chiaro quindi come sia difficile adoperarsi su questioni collettive, è più semplice invece rapportarsi attraverso istanze di tipo individuale:

> *"La difficoltà più grande è proprio che esiste una forte deregolamentazione di questo settore, di questo 'mercato'. Siamo in grosse difficoltà per i fenomeni di dumping contrattuale, nel senso che esiste una giungla e non avere una legislazione particolarmente attenta al fatto che ci sia, appunto, un mercato sregolato non aiuta, e la difficoltà del sindacato è penetrare nelle realtà anche molto piccole, in cui i contratti di lavoro si giocano molto su un rapporto individuale….Presentano al sindacato più istanze di carattere individuale, che sono molto ricorrenti, perché se vedete i dati di crescita dei nostri iscritti nell'ambito della cooperazione sociale si nota una crescita molto alta; ma se siamo cresciuti in termini di organizzazione sindacale, siamo ancora non strutturati come rappresentanza sindacale dentro i luoghi di lavoro. Questo è un problema, però lo vediamo come un lavoro da fare, un ambito entro il quale il sindacato ha dei margini per operare… È complicato."*

Nell'era delle esternalizzazioni il sindacato spesso trova l'appiglio per entrare nelle cooperative attraverso segnalazioni che non provengono dai dipendenti delle stesse, ma da lavoratori o delegati dipendenti dell'azienda appaltatrice. Questioni di ritmi di lavoro o questioni di sicurezza spesso sono il tramite attraverso il quale il sindacato riesce ad inserirsi nella cooperativa. Accade di frequente che tra i dipendenti di un Asl o di una casa di cura serpeggi malumore proprio per le condizioni in cui lavorano i dipendenti dell'ente appaltante o cooperativa. Se in uno stesso reparto ci sono lavoratori disposti a fare turni massacranti o a lavorare in condizioni che contrastano con l'applicazione della legge sulla sicurezza, il clima lavorativo degenera e le minacce per un peggioramento delle condizioni generali di lavoro si fanno sentire prepotentemente. È a questo punto che scatta il ricorso al sindacato, che, su segnalazione esterna, arriva ai lavoratori della cooperativa, passando spesso anche dall'ente appaltatore. Ecco alcune testimonianze di sindacalisti che si occupano di cooperazione:

> *"Sono stati i delegati della CGIL all'interno che hanno cominciato ad avvicinare, da subito, questi lavoratori; inizialmente c'era un problema di fiducia nei confronti del sindacato, soprattutto da persone provenienti dai paesi dell'Est. Addirittura molti mi dicevano che nei loro paesi persone come me che si impegnavano 'a muso duro' sui problemi del lavoro avrebbero rischiato la vita; loro avevano proprio una concezione totalmente diversa del sindacato e avvicinarli è stato difficile, ma noi abbiamo cercato di farci conoscere nei fatti."*

> *"Ma certo che per me del sindacato se un infermiere che smonta dalla notte si ferma a fare il mattino, non solo non lavorerà bene nei confronti dei suoi colleghi, ma non potrà dare la giusta qualità di assistenza, con dei rischi per l'utenza enormi. Io credo che ci sia poca serietà da parte di chi si appresta a fare 16 ore di lavoro consecutive e anche da parte di chi, per problemi organizzativi, richiede loro di farlo. Quindi se la CGIL ha delle segnalazioni da parte dei delegati interni è giusto che queste vengano poste all'ente."*

Infermieri stranieri e sindacato

Il dossier statistico Caritas sull'Immigrazione del 2008 ci informa che i tesserati immigrati in Italia hanno ampiamente superato la cifra di 800 mila. Mentre la percentuale di iscritti immigrati al sindacato sul totale degli iscritti è del 5%, la percentuale sul totale degli iscritti immigrati tra i lavoratori attivi raggiunge ormai il 12%.
Non abbiamo dati complessivi ma segnaliamo che in Piemonte i lavoratori iscritti alla CGIL nel comparto della sanità sono 10.912 di cui 330 stranieri (3%). Nella Provincia di Torino gli iscritti stranieri nel comparto sanità sono il 3,3%, a Novara il 3% mentre ad Alessandria il 4,5%.[29].
Le numerose ricerche che trattano di immigrazione e sindacato, prime fra tutte quelle dell'osservatorio dell'Ires CGIL nazionale,[30]concordano con il dire che l'attenzione agli immigrati come lavoratori e non solo come cittadini passa attraverso questioni di rappresentanza
Anche in Piemonte come altrove i dirigenti sindacali sono consapevoli che il tesseramento degli immigrati costituisce uno dei principali motori per la crescita delle organizzazioni sindacali e la diffusione della rappresentanza, di conseguenza gli sforzi organizzativi dovrebbero andare proprio in questa dimensione.
Dal punto di vista dei lavoratori stranieri, la risposta è decisamente alta, e, al contrario di quanto avviene con i lavoratori italiani, pare che la loro propensione alla sindacalizzazione sia in continua crescita. Di sicuro le difficoltà che si riscontrano nell'approccio con i lavoratori immigrati sono tante: di tipo linguistico, di tipo ideologico, ma anche, e soprattutto nel nostro caso, di tipo contrattuale. Infatti nel comparto della sanità, e soprattutto in quello dell'assistenza, i lavoratori immigrati

[29] Dati funzione pubblica CGIL aggiornati ad ottobre 2008
[30] Rapporti annuali IRES su Immigrazione sindacato

lavorano con contratti deboli, inquadrati in cooperative spesso come dipendenti mascherati da contratti di socio-lavoratore, oppure in agenzie interinali o peggio ancora costretti al regime di libero professionista. In questi casi alla vulnerabilità dell'essere straniero in un mercato del lavoro dalle dinamiche spesso spietate, si aggiungono debolezze di tipo contrattuale. In questo contesto l'avvicinamento al sindacato può essere visto come una minaccia che mina il già fragile rapporto di lavoro, e da esso per questioni lavorative è meglio tenersi lontani.
Nella nostra ricerca abbiamo incontrato alcuni stranieri proprio attraverso il contatto con lo sportello immigrati del sindacato, dalle testimonianze raccolte abbiamo intravisto due modi di approccio al sindacato: a) l'infermiere straniero si rivolge al sindacato per questioni che esulano i motivi di lavoro, ma riguardano il campo dei servizi e dell'orientamento al disbrigo delle pratiche burocratiche che lo riguardano (permessi di soggiorno, ricongiungimenti familiari, ecc…); b) l'infermiere straniero si rivolge al sindacato per motivi legati al lavoro è perché sostanzialmente il lavoro non ce l'ha più, oppure non riesce ad accedere al mercato del lavoro.
Questi tipi di approccio che abbiamo riscontrato emergono anche dalle numerose testimonianze di lavoratori stranieri che, alla domanda su quale sia il rapporto con il sindacato, hanno fornito delle risposte che ci confermano il ruolo di quest'ultimo nel campo dei servizi. A volte si tratta di richieste molto specifiche, legate a necessità contingenti che esulano dallo specifico dell'attività sindacale e riguardano piuttosto le strategie di inserimento nel nuovo contesto e per la risoluzione dei problemi legati ala normativa sull'immigrazione:

> *"Io sono andata per chiedere aiuto a trovare lavoro per mio marito e ho cercato per lui gli assegni familiari."*

> *"Attraverso l'Ufficio Stranieri c'era un marocchino che lavora lì che mi ha detto che qui c'era un A. che mi poteva aiutare con le pratiche di ricongiungimento e per il riconoscimento del titolo di studio. Così sono venuto e mi ha aiutato molto, lui è bravo."*

> *"Sono venuta all'Ufficio Stranieri, perché S. mi ha raccontato di essere venuta qui per avere aiuto in tante cose. E così quando le ho chiesto per il permesso di soggiorno… sono venuta qui per avere informazioni."*

Ma la sede sindacale, ed in particolare l'Ufficio Stranieri della Camera del Lavoro, possono diventare dei punti di riferimento per le questioni più diverse, per avere un sostegno per l'inserimento ma anche per poter confidare i propri problemi personale, e grazie al passaparola tra immigrati, come spiega un intervistato:

> *"Il sindacato è come la Chiesa per tutti noi che arriviamo qui: quando si ha bisogno di informazioni... di tutto, non solamente di quel che concerne il lavoro o il permesso di soggiorno. A volte uno viene qua anche per delle stupidaggini. Il sindacato uno lo conosce da quando arriva, tramite altre connazionali, amici, parenti. Noi non conosciamo il sindacato tramite giornali e la televisione, ma li conosciamo per il nostro bisogno, per le necessità che abbiamo, e poi si conosce gente come M.*[responsabile Ufficio Stranieri] *che è sempre disponibile a dire qualcosa. Io ho tanta fede ancora nell'Italia e spero che si possa vivere meglio... anche se io non mi lamento."*

Il ruolo centrale dell'Ufficio Stranieri per intercettare i lavoratori immigrati e del passaparola tra stranieri per sapere a chi rivolgersi quando ci sono dei problemi sul lavoro è confermato da quest'altra intervista, in cui un'infermiera serba racconta:

> *"Siamo venuti qui da M. per lui* [l'altro intervistato]*, perché lui ha avuto tanti problemi con la cooperativa e un nostro amico, che anche lui fa l'infermiere e conosce M., ci ha consigliato di venire da lui."*

Le aspettative sembrano essere rivolte ad un aiuto per la risoluzione dei problemi del singolo, ed in qualche caso l'appoggio richiesto solleva qualche dubbio rispetto alla correttezza dell'intervento richiesto:

> *"Ho contattato a novembre dopo che avevo spedito due domande di trasferimento e non avevo ricevuto nessuna risposta. Ho deciso di chiamare qualcuno, ho contattato e so di certo che si è interessato un po', perché dopo che ho contattato lui, ho deciso di parlare direttamente con le mie dirigenti e m'hanno detto:- Stai tranquilla, abbiamo parlato con il signor tale, e per il momento non c'è bisogno, ma quando ci sarà l'opportunità per te, sicuramente ti contatteremo.- Adesso effettivamente mi hanno contattato, per questo… non che sia tutto merito del sindacato, c'è stata un'opportunità… perché io ho sempre pensato che negli ambienti così, se non c'è una spinta, un qualcosa, il posto infatti non ce l'ho ancora."*

In altri casi ci si rivolge ad alcuni servizi specifici del sindacato, pur non avendo fiducia nel suo ruolo di garanzia per i lavoratori:

> *"*[Mi sono recata al sindacato] *solo per fare il 730. Io non sono attiva e da noi non funziona bene. Fanno poco. Se chiediamo qualcosa ai delegati, mi è capitato in passato, ci dicono sempre che si devono informare, che non sanno."*

Un'infermiera albanese, più agguerrita, nel corso dell' intervista esprime una serie di critiche piuttosto severe nei confronti del delegato sindacale della struttura in cui lavora, fino al punto di ritenere che sarebbe meglio avere una rappresentanza di carattere para-sindacale di soli immigrati:

> *"Devi andare da sola perché il sindacalista lo chiami, non ti risponde, il sindacalista lo paghi, ma poi devi fare da sola… Il sindacalista mi ha detto: - Sì, in teoria è un tuo diritto, ma in pratica loro fanno quello che vogliono -. Ah, allora è così la cosa, non puoi risolverlo neanche con sindacalista! Quando lo trovi… Se avessimo avuto un'associazione per i diritti degli immigrati, sarebbe stato facile, perché ci avrebbe tutelato, ma con i sindacati, è come ti ho parlato…"*

Un giorno in cui era in infortunio si è recata in ufficio e, a fronte della derisione dei responsabili, ha invitato il sindacalista presente a difenderla:

> *"- Visto che c'è anche qua il mio sindacato, le può rispondere perché sa tutto. - Lui si è messo a ridere con loro, perché giustamente sei la straniera e via. […] Ci sentiamo impotenti non avendo un appoggio a chi rivolgermi, dove posso andare? Se ha detto lui no, io i soldi pure sono intorno a 200 euro all'anno al sindacalista, l'assistenza zero. Io pago 14 euro al mese, però per la risoluzione dei problemi vado di persona all'ufficio, perché loro non…"*

L'opinione secondo la quale il sindacato non si fa carico dei problemi degli immigrati, per cui questi ultimi dovrebbero organizzarsi in modo autonomo viene ulteriormente motivata dalla stessa intervistata:

> *"Ho un contratto a tempo determinato perché non mi è concesso il tempo indeterminato, che è una lotta incomprensibile, non riesco a risalire ad un motivo, ad un modo per avere una stabilità lavorativa. Sono iscritta alla CGIL, pago, ma per il momento non ho ancora avuto riscontri. Quando vado: - Ma no, qualcosa che, sai, non si risolve. In teoria sono così, ma in pratica sono altre…-*
> *Sanno parlare poco, ma secondo me dovrebbe essere un'associazione mirata nel tutelare i nostri diritti, non tanto in CGIL, che riguarda 5000 lavoratori, che non riguarda i 50-100 che saremo noi, stranieri, che è una problematica che interessa poco."*

In brani citati non intendono ovviamente essere accolti nel presente rapporto come giudizi legittimi e condivisibili, in quanto non è nostro compito verificarne la congruità e la ragionevolezza. Tantomeno li possiamo considerare statisticamente significativi. Essi indicano tuttavia, almeno in qualche caso, il rischio che da parte di alcuni lavoratori stranieri si percepisca il sindacato come poco interessato ai problemi sul posto di lavoro degli immigrati in quanto tali. Ciò porterebbe ad una pericola percezione rispetto alla presunta contrapposizione di interessi tra lavoratori sulla base dell'origine nazionale, all'interno di categorie come infermieri ed OSS, che sono per altre ragioni (contrattuali, di inquadramento, organizzative, di rappresentanza sindacale, ecc.) già soggette al rischio di una notevole frammentazione.
Ma la situazione è in continua evoluzione. Il sindacato in questi ultimi anni sta facendo di necessità virtù, si è adoperato per trasformare questo tipo di approccio utilitaristico del lavoratore immigrato anche in un approccio orientato alla tutela e rappresentanza nei luoghi di lavoro. Dal contatto per questioni di servizi, si passa spesso alla conoscenza più approfondita delle tematiche individuali e si arriva anche alle questioni di lavoro. Un funzionario sindacale afferma:

> *"Noi abbiamo, in qualche modo, incrementato il rapporto con i lavoratori stranieri, sia per un fatto numerico, nel senso che sono diventati molti di più, sia grazie anche molto al lavoro fatto dall'ufficio stranieri, da M.* [responsabile Ufficio Stranieri] *in particolare, che con questa sua capacità di intercettazione, che si gioca molto sul contatto individuale, ha agevolato anche il contatto con la categoria e con i problemi che quei lavoratori avevano. Non sempre i lavoratori si avvicinano per un problema di lavoro; magari entrano in contatto in qualche modo con la struttura sindacale e poi, da qui, nasce anche un controllo sul lavoro…Ti posso dire, parlando non di fenomeni, ma di singoli comportamenti visti stando qua, che c'è prevalentemente un approccio di tipo informativo, nell'ambito del quale poi, se cominci a scavare e li stimoli a parlare dei possibili problemi, c'è una difficoltà in questi lavoratori stranieri che temono un'eventuale esposizione…Però, devo dire che questa cosa si sta molto evolvendo."*

Lo stesso intervistato ha sottolineato un aspetto importante per quanto riguarda l'interesse dei lavoratori stranieri nei confronti del sindacato:

> *"Noi registriamo un intensificarsi del rapporto con i lavoratori stranieri, sia per un motivo numerico, nel senso che sono molti di più, ma anche perché molte persone vengono qua per capire come il sindacato possa aiutarli e credo che questo sia abbastanza naturale, perché evidentemente questi lavoratori cominciano ad essere sul territorio già da un po' di tempo e cominciano ad avere dei rapporti di lavoro più solidi, se non proprio stabili."*

Nei rapporti con i lavoratori stranieri un dato molto significativo è rappresentato dal progetto migratorio, o meglio, dalla sua evoluzione. Molto spesso chi arriva nel nostro paese ha progettato una presenza di pochi anni, nel corso dei quali spera di accumulare la maggior quantità possibile di danaro per poter avviare un'attività nel paese d'origine. Oppure deve inviare rimesse in patria per mantenere i parenti, spesso i figli, oltre ovviamente a garantirsi la sopravvivenza in Italia. In questi casi il lavoratore straniero è disposto ad accettare condizioni di lavoro di sfruttamento anche brutale sia per quanto riguarda le retribuzioni che per quanto riguarda gli orari di lavoro. Nel campo della sanità ciò può significare ad esempio accettare le paghe più basse delle cooperative, che però garantiscono una sistemazione abitativa e consentono di fare ore di straordinari ben oltre i limiti ammessi dal contratto nazionale, perché in questo modo pensano di poter accumulare il prima possibile una somma che permetta loro il ritorno in patria. In genere questo progetto a breve termine di immigrazione *"*mordi e fuggi*"* con il tempo viene accantonato in modo più o meno esplicito e si passa ad una stabilizzazione in Italia, spesso accompagnata dal ricongiungimento familiare di coniuge e figli. Questo cambiamento di prospettiva favorisce anche, come nota l' intervistato, l'avvicinamento al sindacato e la disponibilità ad aprire vertenze di lavoro contro gli eventuali abusi.

Un nodo cruciale che riguarda la posizione sindacale sulla stabilizzazione dei lavoratori immigrati è quello legato alle disposizioni dettate dalla Regione in materia di stabilizzazione dei rapporti di lavoro nella sanità attraverso la circolare Valpreda (poi legge 296/2006). La CGIL si batte per le internalizzazioni dei servizi esternalizzati e la stabilizzazione del personale precario, ma in concomitanza deve gestire la questione degli immigrati extracomunitari, che per legge non possono partecipare a concorsi pubblici, quindi non possono essere stabilizzati nelle ASL o nelle ASO.

> *"Nella mia esperienza ho sempre contrastato con tutti i miei mezzi le esternalizzazioni, perché le ho sempre considerate sbagliate; ci sono stati casi in cui ho dovuto tenere un atteggiamento più morbido, vuoi per mancanza di collaborazione da parte delle altre organizzazioni sindacali, vuoi per la volontà degli stessi lavoratori, ma non ho mai firmato un'esternalizzazione."*

Il loro ruolo del sindacato è quindi delicato e vincolato. Spesso nella gestione delle procedure di stabilizzazione chi ha la peggio è proprio il lavoratore più debole, quello che per vincoli di legge non può essere assunto a tempo indeterminato. Bisogna dunque studiare soluzioni ponderate e concertate.
Una dirigente del servizio infermieristico a tal riguardo afferma:

> *"Stabilizzare sì, ma coloro che sono stabilizzabili; Valpreda ha solo scritto… Sì, perché poi la finanziaria ha posto dei requisiti: gli stranieri non si possono stabilizzare, se non sono comunitari, ma di comunitari ne abbiamo veramente pochi, Quindi come facciamo,li perdiamo, li lasciamo a casa?"*

La possibile soluzione di compromesso, quella prevista dalla circolare Valpreda, riguarda la possibilità di assunzione a tempo determinato per gli infermieri non comunitari, ma certo la stabilizzazione è un'altra cosa.
Com'è possibile allora adoperarsi per mettere i lavoratori in condizioni di lavoro dignitose? Se non è possibile internalizzare e stabilizzare i lavoratori extracomunitari, una via sembra essere quella di presidiare il territorio e la filiera degli appalti e controllarne l' applicazione. La suddetta circolare obbliga le Asl ad appaltare solo a soggetti che dimostrino di applicare il contratto nazionale di lavoro, escludendo dalle gare chi non da questa garanzia. Questo orientamento è stato assunto anche nella contrattazione sociale territoriale con gli enti locali, in cui si stabilisce che per qualsiasi servizio appaltato devono esserci garanzie sulle condizioni dei lavoratori esterni[31].
Di fatto controllare non è sempre possibile. Una volta che i servizi sono stati assegnati i buoni propositi sono difficili da attuare. Un funzionario sindacale ne è convinto:

> *"In realtà l'ente o l'ospedale che dà in appalto un servizio ha sempre l'obbligo di legge di monitorare. Il dgr 79 della Regione impone l'applicazione del contratto*
> *Questo viene fatto? Per il 90% no, se ci sono delle irregolarità vengono segnalate da noi . Forse non è facile monitorare perché ci deve essere un tessuto e una rete interna molto forte.*[…] *Quindi se la CGIL ha delle segnalazioni è giusto che queste vengano poste all'ente."*

A tal proposito riportiamo due esperienze di intervento sindacale su due territori diversi raccontati da funzionari sindacali:

> *"Ma è vero che il sindacato ha sempre denunciato queste situazioni di abuso. Non solo la categoria è stata coinvolta, ma tutta la Camera del Lavoro. Un giorno è arrivato l'ispettorato del lavoro ed è partita una bella denuncia, anche se purtroppo questo gruppo di lavoratori albanesi non aveva ancora ottenuto il permesso all'esercizio della professione, perché non aveva ancora sostenuto l'esame di italiano al collegio, e per questo sono stati tutti denunciati per esercizio abusivo della professione; è stato un calvario per loro. Anche lì siamo dovuti intervenire per far sostenere all'azienda i costi delle spese legali,*

[31] osservatorio Ires L. Morosini sulla contrattazione con gli enti locali.

perché c'era stato questo appalto ad una cooperativa di criminali contro la volontà dei lavoratori. Mettere a disposizione lo studio legale era il minimo e grazie alle nostre tantissime pressioni, queste ragazze sono state poi assunte dalla clinica."

"Nei capitolati d'appalto abbiamo inserito sempre una clausola che comunque il sindacato di categoria avesse poi modo di verificare quali fossero le condizioni di lavoro e le applicazioni dei contratti di categoria… Nel 2004 dove facevamo passare questi contratti con le cooperative come forniture di servizi si trattava di veri e propri appalti di manodopera… quando ce ne siamo accorti siamo intervenuti pesantemente, come categoria abbiamo fatto intervenire la Confederazione, abbiamo costruito un tavolo di concertazione con la Prefettura e attuando esempi di buona pratica come ad esempio a Reggio Emilia, dove il Prefetto si faceva garante di una serie di cose con una legge sull'immigrazione un po' complicata. Praticamente si è passati da questi appalti di manodopera mascherati a veri e propri contratti di somministrazione, quindi tramite le agenzie, nel senso che il Prefetto si è fatto garante del fatto che queste persone fossero: a) liberate dai loro padroni; b) avessero documenti a regola; c)- avessero comunque un contratto con l'azienda fino a che non siamo riusciti ad arrivare al 2006 alla possibilità di fare contratti a tempo determinato anche per extracomunitari nel pubblico, con un accordo sindacale regionale."

Conclusioni

Alla luce degli elementi emersi riteniamo che le complesse relazioni sindacali nel comparto della sanità, e in particolari nella professione infermieristica, non possano non tener conto del fatto che il crescente aumento del fenomeno delle esternalizzazioni comporti un notevole ed ulteriore aggravio della situazione. Come avviene ormai in tutti i settori, questo processo di *outsoursing* delle competenze porta ad una parcellizzazione delle relazioni sindacali e a un fenomeno di *dumping* contrattuale. Oggi in uno stesso reparto lavorano infermieri dipendenti dell'amministrazione pubblica, liberi professionisti e soci-lavoratori o dipendenti delle cooperative appaltanti servizi specifici. Tutti fanno capo a direzioni diverse, hanno contratti diversi o, come nel caso dei liberi professionisti, esulano dalla contrattualistica nazionale. Il panorama è in continua evoluzione e il sindacato, a nostro parere, deve ripensare a modelli tradizionali sia di tutela che di rappresentanza. Sicuramente la necessità di valutare opportunità e percorsi di contrattazione alternativa è urgente nel dibattito sindacale. Una tappa nel percorso di risposta a questa nuova situazione potrebbe essere il rafforzamento della contrattazione aziendale di secondo livello, che contempli criteri di estensione di diritti retribuzioni e condizioni per tutti i lavoratori presenti in una data azienda o in uno specifico comparto, a prescindere dai rapporti di dipendenza e dalle dinamiche di esternalizzazione. Forse si tratta di una possibilità irrealistica e irrealizzabile, forse dovremmo pensare che almeno non si dovrebbe scendere sotto una soglia minima di diritti e garanzia per tutti i lavoratori.

Conclusioni *di Amedeo Rossi*

Nel presente rapporto abbiamo esposto quanto emerso dalla nostra ricerca in merito ai vari aspetti che riguardano l'inserimento lavorativo degli immigrati nel sistema sanitario piemontese: il contesto legislativo e normativo, la situazione generale della sanità piemontese nei suoi vari aspetti, le modalità di formazione ed inserimento lavorativo di italiani e stranieri, le condizioni di lavoro. Abbiamo anche cercato, per quanto ci è stato possibile, considerando che non era il focus principale e nei limiti di una ricerca principalmente qualitativa, di individuare quali sono i rapporti degli stranieri che lavorano nella sanità piemontese con il sindacato e quali sono i nodi emersi. Per fare ciò abbiamo dato voce ai dirigenti sindacali dei tre territori presi in considerazione, ma soprattutto abbiamo dato voce ai lavoratori immigrati.
Intendiamo qui concentrare la nostra attenzione proprio sulle sfide che riguardano le organizzazioni sindacali coinvolte in questo tema. Molti degli argomenti che abbiamo affrontato sono sicuramente noti ai responsabili sindacali del settore sanitario, così come a chi nel sindacato si occupa di immigrazione. Il nostro obiettivo è quello di riprendere i vari aspetti emersi nel percorso di ricerca per trarne alcuni spunti di riflessione e proporre alcune domande.

1. Sanità pubblica, sanità privata: dove va il Piemonte.

Aziendalizzazione, vincoli di bilancio, carenza di personale infermieristico, problemi organizzativi ed il contemporaneo aumento dell'utenza legato all'invecchiamento della popolazione hanno determinato negli ultimi anni cambiamenti significativi nel sistema sanitario nazionale. A questi cambiamenti le amministrazioni delle varie regioni hanno risposto in modo diverso. Nel caso del Piemonte, almeno nelle tre province da noi analizzate, le risposte non sono state univoche. Mentre a Novara il ricorso alle esternalizzazioni è stato molto limitato, a Torino e ad Alessandria le cose sono andate diversamente, soprattutto fino al 2005. Le esternalizzazioni dei servizi infermieristici hanno beneficiato soprattutto delle cooperative. Questo è il periodo che, sulla scorta di quanto emerso dalle interviste dei responsabili sindacali, abbiamo definito del *"banditismo"*, chiuso nel dicembre 2005 dalla circolare Valpreda[32], a cui hanno fatto seguito altri interventi da parte dell'assessorato regionale. Ma un ruolo importante rispetto a questo cambiamento di prospettiva l'hanno senz'altro avuto da un lato le segnalazioni dei rappresentanti sindacali, dall'altro le agenzie interinali, che hanno denunciato in sede giudiziaria l'intrusione delle cooperative nel settore dell'intermediazione di manodopera. In questo caso la coincidenza di interessi legittimi e di difesa dei diritti dei lavoratori ha portato ad un intervento normativo che sembra aver posto fine, almeno in buona misura, agli abusi nel settore pubblico.
Nel sistema privato, per quanto ci è dato sapere dalle informazioni raccolte, la situazione è in parte diversa. Ci sono strutture che assumono il personale direttamente e che fanno contratti a tempo indeterminato (sia ad italiani che a stranieri), mentre in altre (come nel caso delle residenze per anziani) molto spesso si fa ricorso alle cooperative, incappando nei problemi di cui sopra. Nel settore privato è maggiore il numero di immigrati, in particolare extracomunitari, e questo anche a causa delle restrizioni rispetto all'assunzione di stranieri nelle strutture private. La tendenza degli infermieri a passare dal settore pubblico a quello privato, perché si riteneva che le condizioni di

[32] Non va dimenticato che l'intervento dell'assessorato regionale fece seguito ad un drammatico episodio che mise in evidenza le condizioni di brutale sfruttamento di cui sono vittime i dipendenti immigrati di alcune cooperative. Il 12 dicembre 2005 l'infermiere marocchino Abdel Rahirn Belgaid, dipendente della cooperativa Vita Serena e che lavorava alle Molinette di Torino, recatosi a chiedere il pagamento di stipendi arretrati, venne aggredito dal responsabile della cooperativa riportando una gravissima lesione spinale. L'accordo tra l'assessorato e CGIL, CISL e UIL venne firmato il 22 dicembre.

lavoro fossero migliori, attualmente pare si sia invertita, il che evidenzia che la situazione del settore privato è peggiorata.
Ma la situazione è in continua evoluzione e presenta a tutt'oggi alcuni problemi strutturali che incidono negativamente sul presente e sul futuro del sistema nel suo complesso. Recentemente si sono formate associazioni professionali di infermieri, che almeno in qualche caso, al di là della loro natura giuridica, sono in pratica molto simili alle cooperative, con la differenza che gli infermieri lavorano con Partita IVA e sono esposti a comportamenti truffaldini ancora più smaccati. In questo contesto l'ente pubblico ed il sindacato hanno però maggiori difficoltà di controllo e tutela.
Uno dei nodi critici è rappresentato dall'invecchiamento del personale infermieristico e di supporto. Innanzitutto l'età media di infermieri ed OSS è piuttosto elevata, e l'allungamento dei tempi per arrivare alla pensione accentua il problema. Spesso si tratta di personale che ha svolto la propria attività in condizioni di lavoro piuttosto pesanti, soggetto ad usura, e quindi non sempre in grado di svolgere al meglio tutte le attività richieste. Se nelle strutture pubbliche queste difficoltà vengono parzialmente risolte affidando al personale che manifesta problemi di carattere fisico le mansioni meno pesanti, nelle strutture private e soprattutto nelle cooperative e nei casi di lavoro in somministrazione queste persone rischiano essere espulse dal mercato del lavoro.
Le nuove immissioni da parte del sistema formativo (universitario nel caso degli infermieri, professionale per gli OSS) non sembrano in grado di migliorare in modo rilevante la situazione. Superato il periodo più critico, rappresentato dal passaggio della formazione infermieristica dalle scuole di formazione alle università, che ha di fatto ritardato l'immissione sul mercato del lavoro di nuovi infermieri, è emerso che il sistema formativo non è in grado di soddisfare la domanda di personale sanitario qualificato. Non solo il numero di nuovi infermieri ed OSS è inferiore rispetto alle necessità del sistema, ma i neolaureati e neodiplomati hanno, per le ragioni che abbiamo analizzato nel capitolo dedicato alla formazione, un'età media piuttosto alta, e quindi presumibilmente esposti, in tempi più ravvicinati, ai problemi legati all'invecchiamento..
Su questa carenza strutturale incidono sicuramente due ragioni che determinano un circolo vizioso difficile da superare. In primo luogo bassi stipendi, condizioni di lavoro piuttosto pesanti e uno scarso riconoscimento sociale della professione a fronte di un percorso formativo piuttosto impegnativo, soprattutto per gli infermieri, disincentivano l'iscrizione ai corsi, che diventano spesso una scelta di ripiego dopo tentativi falliti di altri percorsi formativi o lavorativi. A sua volta la carenza di personale porta a ritmi ed orari di lavoro stressanti; ne consegue un ricorso sistematico alle ore di mutua e un'accentuazione delle carenze di personale. Oltre a ciò, ci è parso di rilevare che, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri, l'immagine della professione trasmessa dalle agenzie formative sia ancora piuttosto lontana dalla pratica concreta, caratterizzata molto spesso dal permanere delle vecchie modalità di lavoro e dai tradizionali rapporti gerarchici, per esempio nei confronti dei medici. Questo determina un senso di frustrazione e di disincanto nei confronti del proprio lavoro. Ma anche da questo punto di vista la situazione è molto diversificata tra una struttura ospedaliera e l'altra e tra un reparto e l'altro della stessa struttura.

2. Gli stranieri nella sanità piemontese.

Per quanto riguarda nello specifico la presenza degli immigrati nella sanità italiana[33], è necessario fare una premessa ed alcuni distinguo tra il personale infermieristico e quello di supporto. Nel primo caso va ricordato che si tratta di uno dei pochissimi settori in cui gli stranieri possono far riconoscere il titolo di studio conseguito in patria senza eccessivi problemi, e quindi in cui gli immigrati in Italia

[33] In paesi con una lunga tradizione coloniale e di più antica immigrazione, come Gran Bretagna e Francia, da parecchi anni una parte consistente del personale sanitario proviene dai territori d'Oltremare o dalle ex-colonie. Questi flussi migratori sono stati attivamente incoraggiati dai governi delle metropoli per supplire alle carenze di personale. Sulle discriminazioni sul luogo di lavoro, per esempio per quanto riguarda i livelli retributivi e la progressione nella carriera, sono stati prodotti numerosi studi in entrambi i paesi.

non vengono inseriti nei livelli più bassi del mercato del lavoro. Inoltre la legge sull'immigrazione prevede che il loro ingresso per lavoro sul territorio nazionale non sia subordinato all'emanazione del decreto flussi, e quindi possa avvenire in qualsiasi momento dell'anno ed al di fuori delle limitazioni di numero ed origine nazionale in esso previste. Per queste ragioni, questa categoria professionale è tra le pochissime per cui si è attivata ormai da parecchi anni una rete di reclutamento direttamente nei paesi d'origine, con caratteristiche molto diversificate. Questo sistema, attivato principalmente dal settore privato, è facilitato dagli alti costi e dalle notevoli difficoltà che incontrano i singoli infermieri che tentano in forma individuale di ottenere il riconoscimento del titolo presso i consolati italiani. Grazie all'interessamento di una cooperativa italiana o di una locale referente un'impresa italiana i tempi sono miracolosamente ridotti ed il costo viene sostenuto dai futuri datori di lavoro, che spesso si fanno rimborsare una volta iniziato il lavoro in Italia.
La condizione privilegiata (relativamente a quella degli altri immigrati) degli infermieri ha portato tuttavia ad una situazione contraddittoria. Infatti, data la maggiore facilità di ingresso regolare,di rinnovo del permesso di soggiorno di questi immigrati e la notevole domanda di personale infermieristico del nostro mercato del lavoro, questi stranieri avrebbero potenzialmente più opportunità per inserirsi al meglio in Italia, ma questo difficilmente avviene. Come abbiamo visto nel capitolo relativo al reclutamento e all'inserimento, i datori di lavoro privati spesso hanno messo in atto una serie di strategie, alcune lecite, altre illegittime, per fidelizzare questi lavoratori. In primo luogo vengono fornite situazioni abitative che permettono fin da subito di risolvere un problema molto sentito dagli immigrati nel nostro paese. Mentre i datori di lavoro più onesti offrono soluzioni adeguate o aiutano i dipendenti a trovare la sistemazione rispondente alle diverse esigenze, alcune cooperative e agenzie senza scrupoli utilizzano la questione abitativa per tenere sotto controllo il personale straniero, ed a volte anche per estorcere in vari modi una parte supplementare del salario ai dipendenti. Al problema della casa si lega anche un altro meccanismo per legare a sé il lavoratore immigrato, rappresentato dal progressivo indebitamento nei confronti dell'impresa. Oltre ai costi per il riconoscimento del titolo, e a volte del viaggio in Italia, e dell'affitto, ci sono ad esempio prestiti per chi arriva in Italia e deve aspettare qualche settimana prima di poter iniziare a lavorare. Nei casi peggiori vengono requisiti il passaporto ed il permesso di soggiorno, e si arriva a minacciare i dipendenti di gravi conseguenze legali nel caso in cui vogliano trovare un altro impiego.
Le condizioni salariali e lavorative degli infermieri immigrati sono spesso peggiori rispetto a quelle dei loro colleghi assunti direttamente dalle strutture pubbliche o private. Non va tuttavia dimenticato che in molti casi, almeno all'inizio, questa situazione viene accettata dagli stessi infermieri in quanto funzionale ad un progetto migratorio di breve periodo. Se l'obiettivo è quello di accumulare il più possibile nel minor tempo, risparmiare sull'affitto e lavorare per molte ore e rinunciando ai giorni di riposo può essere funzionale sia al datore di lavoro che al lavoratore. Può essere economicamente conveniente anche per la struttura appaltatrice, ma sicuramente non lo è per la qualità del servizio al paziente. Inoltre molto spesso in realtà il progetto migratorio cambia, da temporanea, l'immigrazione tende a stabilizzarsi per varie ragioni, per cui anche le esigenze rispetto al lavoro e alla vita in Italia cambiano. A questo punto è necessario trovare un'alternativa ad un inserimento lavorativo caratterizzato, come abbiamo visto, dallo sfruttamento *"consenziente"*.
In parte diversa è la situazione del personale di supporto. In questo caso si tratta di persone che hanno seguito il classico percorso migratorio nel nostro paese: ingresso clandestino o permanenza irregolare, inserimento lavorativo in nero, spesso nell'assistenza domestica, con successiva regolarizzazione. L'iscrizione ai corsi per OSS rappresenta il tentativo di uscire dalla precarietà lavorativa e in genere senza reali tutele contrattuali, ma anche di recuperare una certa professionalità che spesso si aveva in patria, in settori completamente diversi, e che si è persa con l'emigrazione. Data la notevole richiesta da parte del mercato del lavoro, nelle case di riposo o nei servizi a domicilio più che negli ospedali, questi corsi sono molto frequentati sia dagli italiani che dagli stranieri, che si trovano nella condizione di competere tra di loro, fin dalla selezione per l'accesso. Anche in questo caso per gli stranieri extracomunitari l'inserimento avviene tramite cooperative, più

raramente con l'assunzione diretta nelle strutture private, con i già citati problemi di salario e condizioni di lavoro.
Nell'immediato, per quanto riguarda la carenza di personale qualificato nel settore sanitario, il personale straniero è funzionale al miglioramento della situazione. Tuttavia a medio termine i problemi strutturali del nostro sistema sanitario emergeranno con urgenza a causa delle disfunzioni di cui abbiamo parlato poc'anzi. È evidente che il processo di sostituzione del personale italiano con quello straniero, più evidente a Torino rispetto agli altri territori e nel settore privato rispetto al pubblico, date le attuali condizioni, non sembra rappresentare una soluzione sostenibile nel lungo periodo.
Nel capitolo dedicato alle dinamiche delle esternalizzazioni abbiamo visto che in assenza di interventi mirati, il personale esternalizzato, assunto tramite appalti a cooperative, agenzie interinali e studi professionali, determina una concorrenza al ribasso nei confronti del personale assunto direttamente a tempo indeterminato. Questa concorrenza si gioca sulla mancanza di diritti dei lavoratori esterni, ma rischia di mettere in discussione anche quelli dei lavoratori interni.

3. Le possibili linee di conflitto tra lavoratori italiani e stranieri.

Come abbiamo già ricordato, una parte di infermieri stranieri, soprattutto quelli arrivati da poco e con un progetto migratorio a breve termine, è disposto ad accettare condizioni di lavoro molto pesanti e livelli salariali piuttosto bassi, e ciò non sfugge ai loro colleghi italiani. Se ciò avviene con il personale esternalizzato i problemi possono sorgere soprattutto quando lo stress fisico e psicologico incide negativamente sulle prestazioni del lavoratore immigrato e questo ricade sul personale interno. Molto più diretto ed evidente è il conflitto se invece questo comportamento avviene tra colleghi, e più frequentemente nelle strutture private o nelle cooperative, in cui tra l'altro il sindacato ha maggiori difficoltà ad entrare. Su questo punto le testimonianze che abbiamo raccolto non sono univoche, ad esempio per quanto riguarda l'atteggiamento nei confronti dei superiori gerarchici. Qualche intervistato ha affermato che gli stranieri sono più accondiscendenti ed hanno un rapporto ancillare, in particolare con i medici. Al contrario, infermieri ed OSS stranieri ritengono che siano i colleghi italiani a comportarsi un modo subalterno, ed affermano che nei paesi d'origine il personale sanitario ha una maggiore autonomia e svolge mansioni più qualificate rispetto a quanto avviene in Italia.
In alcune strutture private gli stranieri, spesso della stessa provenienza, sono addirittura in maggioranza, e questo fatto crea rapporti difficili con i colleghi italiani, che cercano di garantirsi alcuni privilegi per quanto riguarda orari, ferie e mansioni grazie al rapporto privilegiato con i responsabili della struttura o della cooperativa. In qualche caso la stessa cooperativa, approfittando della scarsa dimestichezza del personale straniero rispetto ai contratti di lavoro nazionali ed alla normativa in merito, cerca di decurtare una parte dello stipendio a questi lavoratori, con il pagamento di quote di iscrizione superiori a quelle richieste agli italiani, non riconoscendo il pagamento corretto delle ore di straordinario e dei gettoni per le ore extra, o ancora dilazionando il pagamento dello stipendio, ecc. Queste disparità di trattamento creano ulteriori problemi nei rapporti con i colleghi italiani.
Un'altra possibile causa di conflitto è rappresentata dalla competenza linguistica e/o professionale degli infermieri ed OSS stranieri. La competenza linguistica viene indicata in molte interviste come una difficoltà abbastanza frequente e con conseguenze che possono essere molto più gravi della difficoltà di comunicazione al di fuori del lavoro sanitario. La padronanza del linguaggio tecnico sia orale che scritto è fondamentale per garantire la corretta assistenza ai pazienti ed evitare errori che possono avere serie conseguenze. D'altra parte non sempre i centri di formazione, i datori di lavoro e le strutture investono tempo e risorse sufficienti per far fronte a questo problema. Nel corso della ricerca abbiamo incontrato lavoratori stranieri che hanno subito le conseguenze di questa mancata competenza linguistica. Queste carenze rendono più complicato anche il lavoro del personale

italiano e determinano un clima di insofferenza nei confronti dei nuovi venuti. Nel caso in cui l'ospedale o la casa di riposo decida di organizzare attività di accompagnamento, spesso queste ricadono su personale già oberato di lavoro e quindi rappresentano un ulteriore aggravio.
Rispetto invece alla competenza ed alla professionalità degli stranieri, soprattutto nel caso degli infermieri (gli OSS vengono formati in Italia e quindi si presume che il livello della formazione sia simile per italiani ed immigrati), i pareri sono discordanti e dipendono molto dalle esperienze dirette degli intervistati che hanno generato una serie di radicati stereotipi. Se da un lato la formazione infermieristica in molti paesi di emigrazione è di livello universitario da molto prima che in Italia, pare che nei fatti la preparazione sia molto diversa tra infermieri provenienti dallo stesso sistema formativo. In altri casi, anche quando viene riconosciuto un buon livello di base, si evidenziano carenze relative a tecnologie non in uso nel paese di provenienza, oppure le prassi non corrispondono a quelle adottate nei nostri ospedali. Tutti questi fattori mettono in evidenza la necessità di strutturare un'efficace sistema di accoglienza e accompagnamento, che non sempre è possibile attivare, ancora meno nel caso di lavoratori esterni, dipendenti da cooperative o agenzie interinali, sui quali le strutture non hanno ovviamente intenzione di investire per integrarli stabilmente. A questo aspetto si unisce un problema piuttosto serio, che riguarda gli obblighi della formazione continua, da cui spesso gli immigrati vengono esclusi, in quanto i datori di lavoro non sono disposti a sobbarcarsi i costi dei corsi, con il conseguente pregiudizio professionale per gli immigrati.
Infine, tra le problematiche evidenziate dalla ricerca, non possiamo tralasciare il tema degli atteggiamenti xenofobi che emergono in modo sempre più esplicito nella nostra società. Nel caso specifico, l'accettazione della presenza di colleghi immigrati da parte dei lavoratori autoctoni, ma anche dei pazienti e dei loro familiari, non può essere data per scontata. Il colore della pelle o il fatto di portare il velo, identificato come indice di integralismo religioso, sono stati indicati dai nostri intervistati come causa di problemi. In genere la competenza professionale e la disponibilità con il tempo riescono a superare gli atteggiamenti ostili, su cui in ogni caso è necessario vigilare.

4. I lavoratori stranieri della sanità: quali sfide per il sindacato.

Come abbiamo più volte sottolineato nel rapporto, la presenza dei lavoratori stranieri nella sanità si inserisce in un contesto critico da vari punti di vista. Sia nel caso degli infermieri che degli OSS, il sistema organizzativo non è spesso riuscito a valorizzarne la professionalità, sia per il permanere delle vecchie logiche centrate sulla figura del medico, sia per l'introduzione di un sistema aziendalistico che esaspera la divisione per mansioni. La carenza di personale e le esternalizzazioni contribuiscono a complicare il quadro. La situazione si presenta particolarmente problematica nel caso degli infermieri. Si tratta di una professione in via di definizione come tale, che ha cercato nel corso degli anni di organizzarsi come corporazione a sé, con un proprio ordine professionale, con la rivendicazione di un ruolo autonomo rispetto al medico, caratterizzato dalla centralità del rapporto con il paziente. Ma nella pratica gli infermieri svolgono attività molto diversificate, a seconda dell'ospedale e del reparto in cui si trovano ad operare, del livello formativo e specialistico, del ruolo ricoperto nella scala gerarchica, dell'anzianità di servizio, ecc.; ciò crea una notevole frammentazione della categoria. Oltre alla tradizionale divisione tra settore pubblico e settore privato, un'ulteriore differenza è rappresentata dal rapporto contrattuale con la struttura in cui lavorano: come nelle grandi fabbriche, nello stesso luogo di lavoro convivono e svolgono le stesse mansioni persone con contratti diversi, dal dipendente a tempo indeterminato al libero professionista, passando per il socio-lavoratore di una cooperativa e il dipendente di un'agenzia interinale.
A questa notevole diversificazione si aggiunge, come abbiamo visto, quella relativa all'origine nazionale, che rischia di riprodurre anche nel sistema sanitario la segmentazione del mercato del lavoro che caratterizza il nostro paese. Le condizioni salariali e contrattuali peggiori, le attività meno

qualificate e le situazioni di maggiore precarietà rischiano di essere, anche in questo caso, il destino di questi lavoratori.
Come già sottolineato dal terzo rapporto su immigrazione e sindacato delle Ires Nazionale, dedicato proprio ai lavoratori stranieri nella sanità italiana, la discriminazione normativa legata allo status di extracomunitario tende a condizionare il percorso di inserimento lavorativo e sociale di queste persone, delle quali tuttavia il nostro sistema ha assoluta necessità per non collassare. L'entrata di Polonia, e poi Romania e Bulgaria nell'U.E. ha favorito una parte rilevante di questi immigrati, ma rimane ancora una parte significativa a cui risulta molto difficile sfuggire ai meccanismi di sfruttamento che abbiamo cercato di descrivere.
Il sindacato si trova ad affrontare una situazione molto complessa, che richiede risposte diversificate ed articolate in base alla situazione attuale ma anche una visione a medio-lungo termine, a partire dalla constatazione, su cui non si insiste mai abbastanza, che, come in molti altri settori del mondo del lavoro, la presenza degli stranieri è ormai un dato strutturale ed imprescindibile del nostro sistema sanitario (e più in generale, del nostro sistema di cura ed assistenza).
Nella nostra ricerca abbiamo visto il ruolo fondamentale dei delegati sindacali per intercettare questi lavoratori, che però spesso arrivano da paesi in cui il ruolo del sindacato è quasi nullo o in qualche caso deleterio per gli stessi lavoratori. Allo stesso tempo è noto come sia difficile organizzare i dipendenti delle cooperative o delle agenzie interinali, che oltretutto in genere vengono spostati da un luogo di lavoro all'altro con molta frequenza. Abbiamo anche visto il ruolo centrale degli Uffici Stranieri come punto di riferimento di questi lavoratori, che, prima ancora dei problemi più propriamente sindacali, devono risolvere i vari adempimenti amministrativi che la nostra legislazione impone loro in quanto stranieri: rinnovo del permesso di soggiorno, ricongiungimento familiare, rapporti con i servizi e con la pubblica amministrazione, ecc.
Ma, una volta intercettati, questi lavoratori pongono al sindacato una serie di questioni che riguardano la complessità dei problemi che abbiamo cercato di individuare in queste pagine.
Non si tratta quindi solo di un problema di equità e di generica solidarietà con gli immigrati. Si tratta di ragionare su dove sta andando la sanità italiana e quale vogliamo che sia nel prossimo futuro.