



**INTEGRAZIONE SOCIALE
E LAVORATIVA DEGLI
INFERMIERI STRANIERI A
ROMA:
IL CASO DEI LAVORATORI
INDIANI E PERUVIANI**

Marco Accorinti e Francesco Gagliardi

IRPPS Monografie



Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: il caso dei lavoratori indiani e peruviani

Marco Accorinti e Francesco Gagliardi

CNR - Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali

2014

Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: il caso dei lavoratori indiani e peruviani.

Marco Accorinti e Francesco Gagliardi

Roma: Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali

2014, p. 126 (IRPPS Monografie)

CNR-IRPPS e-Publishing: <http://www.irpps.cnr.it/e-pub/ojs/>

ISBN 978-88-98822-04-1 (online)

DOI 10.14600/978-88-98822-04-1

Editing e composizione: Cristiana Crescimbene, Laura Sperandio

In questo volume si riportano i principali risultati del progetto di ricerca “INTEGRARSI - Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: approfondimenti transculturali - condotto dall’IRPPS-CNR insieme al Collegio IPASVI di Roma, attraverso il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica che lo ha promosso e finanziato.

Al gruppo di ricerca hanno collaborato: Sara Bonacci, Loredana Fabriani, Sara Miscioscia, Matilde Napolano, Ausilia Pulimeno, Jose V. Philip, Angelo Romano, Laura Sabatino, Alessandro Stievano, Maria Ymelda Tolentino Diaz.

Le interviste sono state realizzate da Sara Miscioscia, Angelo Romano e Laura Sabatino, con la preziosa collaborazione di Jose V. Philip, Maria Ymelda Tolentino Diaz e Sara Bonacci.

Comitato editoriale *CNR-IRPPS e-Publishing*

Marco Accorinti, Sveva Avveduto, Corrado Bonifazi, Rosa Di Cesare, Fabrizio Pecoraro, Tiziana Tesauro

© 2014 *CNR-IRPPS e-Publishing*

Istituto di ricerche sulla popolazione e le politiche sociali

Via Palestro, 32 -00185 Roma, Italy

www.irpps.cnr.it/it

INDICE

PREFAZIONE	9
1. INTRODUZIONE	11
2. CONTESTO DELL'INDAGINE	15
2.1. <i>Gli infermieri stranieri a Roma</i>	15
2.2. <i>Il sistema sanitario in Italia e nel Lazio</i>	21
3. L'INDAGINE	35
3.1. <i>Il metodo di lavoro</i>	35
3.2. <i>Gli infermieri indiani a Roma</i>	39
3.2.1. <i>Caratteristiche prevalenti degli intervistati</i>	39
3.2.2. <i>Il progetto migratorio</i>	42
3.2.3. <i>L'integrazione sociale</i>	45
3.2.4. <i>L'esperienza lavorativa</i>	47
3.2.5. <i>La formazione</i>	51
3.2.6. <i>La percezione del Collegio</i>	52
3.3. <i>Gli infermieri peruviani a Roma</i>	55
3.3.1. <i>Il progetto migratorio</i>	58
3.3.2. <i>L'integrazione sociale</i>	67
3.3.3. <i>L'esperienza lavorativa</i>	85
3.3.4. <i>La formazione</i>	95
3.3.5. <i>La percezione del Collegio IPASVI</i>	98
4. PRINCIPALI RISULTATI E RACCOMANDAZIONI	104
4.1. <i>Analisi comparativa delle due comunità: analogie e differenze</i>	105
4.2. <i>Indicazioni operative</i>	111
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	117
ALLEGATO: TRACCIA DI INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA	119

PREFAZIONE

di Gennaro Rocco e Alessandro Stievano

Il nostro mondo simultaneo, frutto della rivoluzione digitale e dell'interdipendenza economica, ha proiettato le persone portatrici di 'culture altre' al nostro fianco.

L'universo si è pluralizzato caratterizzandosi come *métissage*, eclettismo. Questo processo di complessità della società oggi investe tutti e tutto, anche il nursing, disciplina prescrittiva per eccellenza che cerca di intervenire fattivamente nella risoluzione della dimensione soggettiva e oggettiva del bisogno di assistenza delle persone.

È in quest'ottica, caratterizzata dal superamento delle visioni unilineari dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, che la ricerca portata a termine dal gruppo di lavoro del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) in collaborazione con il CNR rappresenta un primo ma significativo passo per andare nella direzione della comprensione delle dinamiche migratorie professionali.

Nella ricerca portata a termine nel 2013-2014 si sono raccolte le opinioni di infermieri stranieri operanti nella zona di Roma e Provincia per capirne le dinamiche migratorie nel corso di questi ultimi 10 anni. In particolare, si sono intervistati infermieri provenienti dal Perù e dall'India, due etnie importanti per comprendere gli andamenti lavorativi degli infermieri stranieri nel Lazio e in tutto il Paese.

I risultati che si sono avuti hanno permesso di meglio comprendere gli sviluppi professionali, occupazionali e di migrazione degli infermieri stranieri e ancor meglio di questi due gruppi che hanno modelli di migrazione per alcuni aspetti simili ma per altri profondamente diversi nel tempo e nel contesto economico che si è andato delineandosi negli ultimi 10 anni in Italia.

Tale lavoro costituisce un ulteriore tassello nella definizione di quell'infermieristica transculturale che in Italia sta muovendo i primi passi dai primi anni 2000. In tale ambito, l'Associazione Infermieristica Transculturale da sempre cerca di investigare le dinamiche professionali e assistenziali degli infermieri stranieri piuttosto che delle persone altre in situazione di bisogno e marginalità. Tutto ciò deve costituire il core epistemologico della disciplina nel contesto italiano che negli ultimi anni, a causa della recessione economica, ha completamente sovvertito i modelli di migrazione generali ma anche infermieristici.

1. Introduzione

Nelle pagine che seguono si presentano i principali risultati dell'attività di indagine condotta dall'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (IRPPS) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) e dal Collegio degli Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia (di seguito Collegio IPASVI) di Roma, attraverso le attività del suo Centro di Eccellenza e con il sostegno dell'Associazione Infermieristica Transculturale (AIT), sull'integrazione lavorativa e sociale degli infermieri indiani e peruviani occupati presso strutture sanitarie e di servizio localizzate nella città di Roma e provincia. Questo studio, si premette, è parte delle attività di servizio che il Collegio IPASVI svolge in favore degli infermieri stranieri e in particolare della diffusione del *nursing transculturale*, e si colloca in quelle di ricerca che l'IRPPS-CNR sta da diversi portando avanti in materia di rappresentanza dei lavoratori immigrati del settore sanitario e degli approfondimenti delle condizioni di vita dei migranti nel Paese.

L'analisi condotta si è in particolare focalizzata sulla condizione lavorativa degli infermieri stranieri impiegati nel settore della sanità e nell'assistenza domiciliare di cura, inclusa quella presso le famiglie. Una scelta motivata dal fatto che nel Lazio sono proprio le lavoratrici/tori stranieri di questo settore ad essere cresciuti di più nel corso degli ultimi anni, e che si trovano ad affrontare in prospettiva condizioni di difficoltà nuove anche sul fronte della tenuta delle loro posizioni occupazionali quale effetto della crisi attuale e dei provvedimenti di severa ristrutturazione che appaiono interessare il sistema sanitario nel suo complesso.

A tal fine l'indagine condotta ha mirato ad intervenire nelle situazioni di potenziale marginalità occupazionale in cui potrebbero venirsi a collocare gli infermieri stranieri a Roma a seguito delle politiche di riduzione della spesa che la Regione Lazio sta conducendo per contenere il forte disavanzo di bilancio e rientrare nei parametri di spesa imposti dal Governo centrale nell'ambito delle

manovre di rientro e stabilità del debito pubblico. L'interesse ad orientare l'analisi su questo spaccato del lavoro immigratorio è stato motivato da un lato dal fatto che in una realtà come quella del Lazio, e di Roma in particolare, il comparto di cura rappresenta un bacino importante ed in crescita di lavoro, nel cui ambito la presenza di lavoratori immigrati (largamente lavoratrici) è decisamente rilevante e – come numeri – susseguente solo al settore delle costruzioni.

Ma al di là della concentrazione di personale immigrato, un ulteriore motivo di interesse nasceva dalla constatazione che alcune professioni sanitarie svolte da lavoratori stranieri sono state fino ad un recente passato non tanto in una condizione di potenziale concorrenza con i lavoratori autoctoni, bensì di complementarità. Va a questo proposito evidenziato come, in particolare nel caso delle professioni infermieristiche, e fino a prima della crisi (ovvero prima del 2008), la potenziale concorrenzialità non era avvertita in quanto il settore presentava una domanda di lavoro decisamente superiore all'offerta autoctona opportunamente formata. Questa domanda inevasa è all'origine di un consistente flusso migratorio di queste professionalità, soprattutto da paesi non comunitari. Si tratta di un andamento che è stato decisamente favorito dalla politica migratoria che con regolarità sino a quell'anno, ha autorizzato l'insediamento di questi lavoratori in deroga alle quote stabilite annualmente per i nuovi ingressi. Diverso è invece il discorso dei medici che al contrario si collocano su un ambito professionale dove almeno sino ad oggi si è registrata una eccedenza rispetto alle necessità, tanto che nel corso di questo primo decennio si è assistito ad un fenomeno di emigrazione di medici formati in Italia verso l'estero. A partire dal 2009 la situazione appare invertire il suo andamento tradizionale. Sebbene le spinte all'ampliamento dei servizi nel campo sanitario non siano diminuite – ed anzi in prospettiva siano destinate ad ampliarsi – la forte contrazione della spesa pubblica nel settore sanitario associata al minore finanziamento della legge sulla non autosufficienza, sta comportando una forte caduta della domanda di lavoro per le professioni infermieristiche, anche nelle strutture sanitarie private tradizionalmente convenzionate con il Servizio sanitario pubblico dove si registra

un alto numero di lavoratori in condizione di esubero. Stando, infatti, a quanto emerge dall'esperienza del Collegio IPASVI di Roma, la domanda degli infermieri è passata da una situazione in cui l'offerta degli autoctoni (neo laureati e altri lavoratori in cerca di lavoro) a fatica riusciva a soddisfare metà delle richieste di lavoro ad una in cui per ogni posto di lavoro disponibile ci sono due domande di lavoro solo da parte di neo-laureati infermieri.

In una situazione di crisi del lavoro in sanità come quella che appare delinearsi, è dunque lecito domandarsi se nel settore sanitario stiano emergendo delle frizioni/divisioni tra lavoratori stranieri e lavoratori autoctoni.

Lo studio presentato di seguito si caratterizza per un approccio fondato sulla raccolta di storie personali, finalizzato a far emergere elementi di tipo qualitativo sulla condizione degli infermieri stranieri a Roma e nel Lazio. Ne consegue che quanto riportato di seguito non ha pretesa di generalizzazione, limitandosi quindi a fornire spunti di conoscenza utili a chi, come il Collegio IPASVI di Roma, si trova a gestire una dimensione transculturale in un contesto professionale in profonda trasformazione.

Il volume è articolato in tre parti.

Nella prima si introducono gli elementi di contesto all'interno del quale è stata svolta l'indagine approfondendo due aspetti: le condizioni di lavoro degli infermieri stranieri e i processi di riforma in atto nel sistema sanitario italiano e regionale.

Nella seconda parte, ci si concentra sui risultati espressione di un'indagine di campo a forte connotazione qualitativa. In particolare all'inizio viene descritto il metodo di analisi utilizzato, che ha visto l'impiego di una équipe multi professionale che è stata impegnata per 10 mesi di attività. Si passa poi a considerare i risultati di ricerca in maniera separata per le due comunità di infermieri stranieri analizzati, ovvero gli infermieri indiani e gli infermieri peruviani, relativamente ai quali viene descritto il progetto migratorio, la situazione lavorativa, la formazione in ingresso e linguistica, le condizioni di

inserimento sociale e le opinioni relative alle attività e alle finalità del Collegio IPASVI.

Infine l'ultima parte, analizza i processi di trasformazione in atto che coinvolgono la professione infermieristica straniera nell'attuale stato di crisi del Sistema Sanitario, approfondite le condizioni di due comunità straniere, i loro bisogni e le loro aspettative, vengono anzitutto analizzate le analogie e le differenze delle due comunità, e poi formulate otto indicazioni operative, una sorta di "linee guida" per l'inserimento lavorativo di questa particolare categoria di migranti.

Marco Accorinti ha redatto i paragrafi 2.1, 3.1, 3.3 e 4.2, mentre Francesco Gagliardi ha redatto i paragrafi 2.2, 3.2 e 4.1.

2. Contesto dell'indagine

2.1. Gli infermieri stranieri a Roma

Nel documento “Albo 2010: rapporto stranieri” curato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI e pubblicato nel gennaio del 2012, si legge che gli infermieri stranieri costituiscono una componente importante del gruppo professionale, che registrava alla fine del 2010 circa 38.000 unità le quali rappresentavano più del 10% del totale degli infermieri presenti nel Paese (375.000 in valore assoluto), con un aumento, in soli tre anni, degli infermieri stranieri iscritti agli Albi IPASVI di quasi 8.000 unità (+ 25,1%). Il commento ai dati evidenziava anche le differenze tra gli infermieri italiani e quelli stranieri, i quali lasciano prima la professione, hanno una età media molto più bassa di quella dei loro colleghi italiani (39,6 anni contro 42,9 anni in media) e una minore esperienza professionale, con una minore anzianità di servizio; infine, la maggior parte di loro ha conseguito il titolo abilitante nel proprio Paese. Da quanto evidenziato sembrerebbe quindi che sia tipico per gli infermieri stranieri presenti in Italia un progetto migratorio finalizzato all'acquisire un certo quantitativo di reddito che consenta di poter rientrare nel proprio paese dopo aver raggiunto un livello economico considerato sufficiente.

Dal punto di vista delle presenze a livello nazionale, la maggior concentrazione di infermieri stranieri (30,7%) si registrava nel Nord-Ovest, ma anche Nord-Est e Centro ne avevano una buona quantità (poco più del 25%). Lombardia e Lazio, insieme, assorbivano quasi un terzo di tutte le presenze nazionali (32,8% è il dato percentuale nazionale).

Sempre la stessa fonte giudicava importante il contributo degli infermieri non comunitari, che nel 2010 costituivano il 44,7% dei nuovi iscritti e apparivano in crescita rispetto agli anni precedenti (erano il 33,5% dei nuovi iscritti del 2006). Rispetto ai loro colleghi italiani, i nuovi iscritti stranieri si caratterizzavano per una dimezzata presenza maschile (15,5% contro 31,2%), mentre risultava invece analoga l'età all'iscrizione al Collegio (33,9 anni molto vicina a 33,4 anni degli

italiani). Il ritardo di iscrizione (definito come il periodo tra l'anno di conseguimento del titolo abilitante e quello dell'iscrizione all'Albo) è significativamente più alto di quello degli italiani (3,6 anni contro 0,4) ma si riduceva notevolmente (0,8 anni) se si consideravano i soli stranieri laureati in Italia. La percentuale di stranieri che avessero conseguito all'estero il titolo professionale era infatti elevata (73,5%) anche se appariva in calo rispetto agli anni passati (era dell'83,9% nel 2006).

Dal punto di vista delle nazionalità presenti in Italia, quasi il 44% delle nuove iscrizioni di stranieri registrate nel 2010 erano relative a cittadini romeni (quota in aumento rispetto al 2006) e poi emergeva già la forte crescita degli indiani (dal 2,5% del 2006 al 10,2%) e la brusca contrazione dei polacchi (dal 16,4% al 3,8%). Anche il gruppo degli infermieri peruviani che nel 2006 rappresentava la terza posizione di importanza tra le comunità nazionali con 270 professionisti neoiscritti, passa nel 2010 alla quarta posizione, avendo ridotto il numero a 186 unità, mostrando quindi uno stop al flusso in uscita dal paese di professionisti infermieri.

Un altro elemento di scenario nazionale riguardava le cancellazioni dai Collegi, indicatore o di rientro in patria o di cambiamento professionale: nel 2010 ammontavano a poco meno di 1.000 unità, corrispondenti al 20,1% del totale, dato però in crescita rispetto al 14,5% rilevato per il 2006, e in particolare fenomeno che riguardava la componente maschile (a differenza rispetto agli italiani, in valori percentuali 12,4% contro 24,1% italiano).

Considerando poi l'articolazione per Regione di iscrizione (che, si ricorda, non implica necessariamente la residenza, ovvero l'infermiere può essere iscritto al Collegio di Roma ma lavorare a Napoli), il Lazio aveva 38.790 infermieri iscritti in totale, dei quali 6.120 stranieri (nel 2006 erano 4.902 pari al 14,3% del totale degli iscritti nella Regione, con una variazione positiva del 24,8%) dei quali non comunitari 2.598 (in peso percentuale il 42,5% sul totale degli stranieri iscritti).

Secondo i dati della Federazione nazionale, la componente straniera tra i professionisti infermieri, nel 2010 arrivava a superare il 16-17% in alcune

Regioni, come la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e – appunto – il Lazio. A riprova della notevole variabilità territoriale, la presenza di stranieri nel Mezzogiorno, anche se in aumento, era invece ancora poco significativa, con Regioni come la Basilicata, la Campania, la Puglia e la Sicilia, nelle quali gli stranieri non rappresentavano più del 3-4% degli infermieri in attività. Eppure come ben evidenziato nel testo “*Nursing transculturale*”¹, in un sistema sanitario attento alle caratteristiche culturali della popolazione, l'integrazione deve animare la risposta ai bisogni degli assistiti e la presenza di infermieri stranieri, qualora ben inseriti nel contesto, può aiutare i colleghi italiani nell'individuazione degli aspetti culturali peculiari per favorire la cura che tenga conto delle differenze.

Ma tornando al campo di osservazione della ricerca, come già evidenziato nelle parti precedenti, la Regione Lazio si caratterizza come una amministrazione nella quale i target di offerta imposti dalla cosiddetta “spending review” governativa-nazionale sono finalizzati ad ottenere risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale, con una incidenza significativa nella risorse del personale: quindi più che la presenza di posti letto, in termini finanziari è possibile affermare che l'intervento si stia concentrando sul personale sanitario.

Ebbene, nel IX Rapporto Sanità curato per conto (e su dati) del Ministero della Salute, e pubblicato nel 2013, il macro-dato che emerge immediatamente è che nel Centro sono impiegati più medici e odontoiatri per posto letto rispetto al Nord, mentre gli infermieri sono di più al Sud e nel Centro.

Ed è proprio nel Lazio dove viene registrato il livello più elevato di personale per posto letto, sia per medici ma sia anche per infermieri, con 1,85 infermieri per posto letto e 0,84 medici e odontoiatri.

Anche Toscana, Campania e Calabria hanno un numero rilevante di infermieri, mentre Campania e Calabria di medici. Le Regioni che presentano invece il minor numero di infermieri per posto letto sono la Valle d'Aosta e la Puglia, rispettivamente con 1,14 e 1,31. Il Lazio (nell'area Centro) ha una dotazione di

¹ Stievano A., Bertolazzi A. (a cura di), 2013. “*Nursing transculturale*”, Milano: Franco Angeli.

medici e odontoiatri superiore del 44% rispetto alla dotazione della Regione con il minor numero di medici e odontoiatri per posto letto, cioè la Provincia Autonoma di Bolzano. Mentre, rispetto alla dotazione di infermieri, sempre la più elevata a livello regionale, ha il 38% di personale in più della Valle d'Aosta.

Prendendo a riferimento la media delle tre Regioni (esclusa la prima che appare un *outlier*) con un minor numero di personale infermieristico per posto letto, si ottiene uno "standard" di 1,32 infermieri; considerando inoltre il numero medio di medici per infermiere dalla media delle 5 Regioni con rapporto minore (pari a 0,37), si arriva a uno "standard" di 0,49 medici per posto letto. Pur considerando che l'analisi è distorta in quanto non tiene in considerazione il diverso case mix dei ricoveri, e neppure l'effetto del diverso ricorso ai contratti di servizio, riportando tutte le Regioni agli "standard" previsti, già con i posti letto attuali la fonte ministeriale afferma che si ottiene una stima di esubero di circa 28.800 infermieri e 18.800 medici a livello nazionale.

Si tratta in realtà di calcoli elaborati in maniera del tutto avulsa dall'analisi locale e rispetto ai quali la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha presentato sue considerazioni puntuali in più occasioni. Certo è che se continuano i processi di riforma ci si potrebbe aspettare una caduta della domanda di lavoro assai preoccupante per il sistema. Inoltre a livello regionale si può dire che i dati registrano ancora una sostanziale tenuta della crescita della presenza di infermieri stranieri, anche di quelli non comunitari, con un fenomeno di accentramento a livello cittadino, dove peraltro sono presenti molte strutture sanitarie.

Sul totale dei 32.060 infermieri iscritti nel giugno 2014 al Collegio IPASVI di Roma, di questi 891 erano di nazionalità indiana e 249 peruviana. La Tabella seguente raffronta l'incremento della componente straniera di tre comunità nazionali (India, Perù e Romania) sul totale degli iscritti al Collegio IPASVI di Roma nel corso degli ultimi 10 anni (i dati per il 2014 sono provvisori al 1 giugno 2014).

Tabella 2.1.1 – Andamento negli ultimi 10 anni del numero degli infermieri iscritti al Collegio IPASVI di Roma, con la specifica di tre comunità nazionali (dati in v.a.).

Nazionalità	Anni										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
peruviani	119	152	158	169	178	196	208	227	241	245	249
indiani	289	315	354	389	460	535	639	754	833	877	891
rumeni	399	648	864	1.034	1.204	1.296	1.407	1.489	1.551	1.608	1.620
totale iscritti	23.259	24.239	25.383	26.309	26.879	28.212	29.082	30.082	31.118	31.969	32.060

Fonte: nostre elaborazioni su dati Collegio IPASVI di Roma, 2013.

La già citata indagine condotta dal gruppo di lavoro del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica di Roma – CECRI e pubblicata nel 2013 nel testo a cura di Alessandro Stievano e Alessia Bertolazzi dal titolo “*Nursing transculturale*”, ha approfondito in particolare un confronto tra infermieri italiani e infermieri sudamericani, in particolare a Roma, proprio per verificare i processi di integrazione tenendo conto delle condizioni professionali. È stato a tal fine somministrato un questionario a 555 infermieri, di cui 394 italiani (in peso percentuale hanno rappresentato il 65,6% dell’universo considerato) e 191 di varie nazionalità provenienti dal continente sudamericano, tra i quali la nazionalità più rappresentata è stata quella peruviana con 102 questionari-interviste raccolte (pari al 89,2% di tutti gli stranieri). Si consideri che gli altri gruppi nazionali intervistati sono stati gli infermieri provenienti da (in ordine di numerosità campionaria): Argentina, Colombia, Ecuador, Brasile, Paraguay, Repubblica Dominicana, Cile, Venezuela, Bolivia, Guatemala e Messico.

L’indagine ha raccolto informazioni che poi sono state elaborate statisticamente, di un gruppo di infermieri sudamericani per 82,2% di genere femminile, elemento tipico della professione anche per il gruppo italiano (che però aveva una percentuale più bassa, pari al 73,1% del totale degli intervistati).

Circa l’età il gruppo straniero era costituito per lo più da infermieri tra i 30 e i 45 anni (53,4% in linea con il gruppo italiano pari al 54,4%) a cui seguiva il gruppo costituito da 46-59enni (con valore percentuale del 24,6%), mentre lo scarto di giovani tra italiani e sudamericani intervistati era maggiore a favore degli italiani (19,5% contro 18,3%).

Rispetto al titolo di studio, i ricercatori hanno notato che il 40,1% dei sudamericani si è diplomato o laureato in Italia, e in questo gruppo il 42,6% dei peruviani ha conseguito il titolo qui, mentre il restante l'ha solo convalidato, studiando nel paese di origine.

Come è ovvio gli infermieri stranieri lavorano con una maggiore frequenza rispetto agli italiani presso servizi territoriali (62,3% contro il 33,2%), essendo per loro escluso, a motivo della cittadinanza (salvo i casi di doppia cittadinanza) l'accesso al sistema di concorsi e di accesso agli ospedali pubblici. Inoltre una specifica di intervento ha mostrato come gli stranieri intervistati sono coinvolti in cure o in cliniche che riguardano l'assistenza alla popolazione anziana (assistenza domiciliare, *hospice*, geriatria, ecc.).

Oltre che rispetto al luogo di lavoro, la nazionalità incide anche sul tipo di rapporto contrattuale: i sudamericani hanno percentuali inferiori rispetto agli italiani di posizioni contrattuali stabili, ovvero solo il 42,6% ha un contratto a tempo indeterminato (per gli italiani il valore è di 72,9%), mentre il 21,3% è socio di cooperativa (nel caso degli italiani è il 2,8%), il 13,6% lavora a tempo determinato, il 10,6% è libero professionista e l'8,5% ha un contratto non standard o atipico (per gli italiani i valori sono 17%, 7,9% e 2,8% contratti atipici).

Analogamente, i luoghi di lavoro sono differenti: gli stranieri svolgono la professione presso cooperative socio-sanitarie (39,4% a differenza dei colleghi italiani che non arrivano al 7% del totale degli intervistati), o in enti privati (19,7%) o in enti religiosi (10,1% a fronte del 3,6% degli italiani), mentre solo il 21,3% (rispetto al 73,6% degli italiani) opera in strutture pubbliche (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

Non è stato possibile reperire dati e informazioni con un grado di dettaglio migliore rispetto all'indagine ora citata (tanto meno per il gruppo degli indiani), e quindi, negli approfondimenti che verranno svolti e che hanno come riferimento l'indagine qui descritta, si terrà conto delle caratteristiche socio-demografiche e contrattuali-professionali del lavoro del CECRI. Si anticipa una conclusione del

presente paper, ovvero che l'attività di ricerca sulla presenza degli infermieri stranieri in Italia mostra ritardi e mancati approfondimenti che tuttavia sembrano essere necessari anche per poter definire politiche e soluzioni organizzative in periodi di riforme strutturali.

2.2. Il sistema sanitario in Italia e nel Lazio

L'ultimo rapporto sulla sanità in Italia, redatto dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (Osservasalute 2013), presenta un dato particolarmente allarmante: tra il 2009 ed il 2013 oltre 5000 tra medici ed infermieri sono emigrati all'estero molti dei quali spinti dalla mancanza di opportunità a svolgere in Italia la loro professione. Un trend che se fino alla fine dello scorso decennio interessava largamente, se non quasi esclusivamente il personale medico, a partire dal 2011 sta sempre di più riguardando anche gli infermieri. Si è quindi passati in meno di un triennio, da una condizione di “emergenza infermieristica”, in cui cioè si denunciava una sostanziale mancanza nell'offerta di queste professionalità (tanto da avere dato luogo a un flusso migratorio importante d'infermieri da altri paesi dell'Europa in particolare Polonia, Romania e Albania) e di altri continenti Perù e India soprattutto)², a una invece di “disoccupazione infermieristica”. Un cambiamento che non è certo attribuibile a una diminuzione nel bisogno e nella domanda di salute e di prestazione di queste professionalità nel settore sanitario. Anzi al contrario il bisogno, anche per effetto della crisi economica e sociale, si può affermare si sia incrementato in questi ultimi anni ed è destinato in prospettiva a rafforzarsi ulteriormente per il combinato disposto di due fattori: l'invecchiamento della popolazione e i cambiamenti negli assetti sociali e stile di vita. Rispetto all'invecchiamento l'Italia è un paese sempre più popolato da anziani, come registrato da un indice di vecchiaia³ che stando ai dati riferiti

² Si ricorda che nell'articolo 27 del Testo Unico numero 286 del 1998 si prevedeva una “quota riservata” di lavoratori stranieri che volessero svolgere la attività di infermiere nel nostro Paese, quota che non rientrava nelle numeri previsti dal cosiddetto “Decreto flussi”.

³ Questo indice si ottiene rapportando la popolazione della fascia di età superiore a 65 anni a quella di età compresa tra i 0 e i 14 anni.

all'anno (2011) dell'ultimo censimento (Istat 2012)⁴ è pari al 148,7% (163,6 se si esclude la popolazione straniera), il che vuol dire che per 100 giovani di età inferiore ai 15 anni fanno da contrappeso oltre 148 persone con più di 65 anni. Sempre in base a quanto fotografato dal censimento 2011 la popolazione di età 65–74 anni, rappresenta il 10,5% della popolazione totale mentre i molto anziani (> di 75 anni) sono ormai il 7,5% della popolazione. Se focalizziamo l'attenzione sul Lazio, come si è visto (cfr. sezione 2.1), questo sbilanciamento demografico non è meno grave che nel resto del paese con una presenza tendenzialmente crescente di anziani *over* 65 anni, che stando alle proiezioni disponibili rappresenterà nel 2030 il 24,8% della popolazione della regione (con un aumento stimato di 5 punti percentuali dal 2011)⁵. Un andamento che necessariamente è destinato a generare un aumento consistente nella domanda di cure sanitarie (mediche e farmacologiche) e di assistenza personale⁶.

Rispetto agli stili di vita, indicativi, per gli effetti sulla domanda di assistenza e cura, sono i cambiamenti che interessano gli assetti familiari, sempre di più caratterizzati in termini di prevalenza di nuclei monoparentali. Ed ancora peggiorano le abitudini alimentari con un aumento importante di persone obese, che non risparmiando i bambini, interessa sempre di più gli anziani, contribuendo ad aumentare i rischi di peggioramento della salute. Si mantiene molto alto il consumo di alcolici, che in alcune regioni come il Lazio, registra, un trend crescente, in particolare tra gli uomini. Un andamento che necessariamente è destinato a generare un aumento consistente nella domanda di cure sanitarie (mediche e farmacologiche) e di assistenza personale, e ciò a fronte di una riduzione delle disponibilità di una assistenza cosiddetta informale quale effetto, come anticipato, dei cambiamenti delle strutture familiari. In un recente

⁴ Istat, 2013, Health for All, dati disponibili su web, Istat, Roma.

⁵ Fonte: Istat - Principali indicatori demografici della popolazione residente Anno: 2011/2065 - Scenario: Centrale - Regione: Lazio; disponibili sulla rete internet.

⁶ Stando ai dati sullo stato di salute della popolazione in Italia (Istat 2013) la prevalenza di patologie croniche dell'anziano è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni, il 3% delle persone da 65 a 69 anni ha bisogno di assistenza quotidiana, percentuale che sale al 22% sopra gli 80 anni.

documento, la Commissione europea⁷, proprio per gli effetti sulla domanda di salute prodotti dall'invecchiamento della popolazione, stima per il 2020 una carenza potenziale di personale medico infermieristico a livello dell'intera Unione, pari ad oltre un milione di unità, di cui circa 600.000 infermieri. Il Censis, in una ricerca del 2012 condotta per il Collegio IPASVI⁸, ipotizzando un rapporto infermieri/popolazione pari al *benchmarking* olandese di 1.051 infermieri ogni 100 mila abitanti, prevede per l'Italia un fabbisogno incrementale da oggi al 2020 di oltre 260 mila infermieri. Assumendo invece una stima elaborata dall'OCSE (OCSE 2010) la valutazione del fabbisogno aggiuntivo di professioni infermieristiche viene stimato sempre con riferimento all'Italia in circa 60 mila unità⁹.

Un settore quindi, quello della salute, in Italia ove, pur a fronte di un elevato potenziale di domanda di lavoro, si registra invece una diminuzione importante nel numero di infermieri occupati¹⁰. Se si considera poi l'elevata età media¹¹ del personale medico ed infermieristico occupato si rischia di dare luogo, entro la fine già di questo decennio, ad una situazione di vera e propria insufficienza non solo rispetto ai bisogni crescenti ma anche rispetto al mantenimento dei servizi di cura

⁷ Commissione Europea, (2012), Commission Staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce, Accompanying the document "Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions", Strasbourg, 18.4.2012, SWD (2012) 93 final, pag 6, nostra traduzione

⁸ CENSIS 2012.

⁹ Ogni anno in Italia si formano 16,2 nuovi infermieri ogni 100.000 abitanti contro il 42,5 della Svezia, il 41,7 del Belgio, il 34,4 della Francia, il 28,2 della Germania ed il 20,9 della Spagna.

¹⁰ Se fino ai primi anni del nuovo secolo il numero dei medici per mille abitanti in Italia risultava tra i più elevati in Europa, oggi non è più così attestandosi ormai pienamente nella media europea: 3,7 medici ogni mille abitanti, quota analoga a quella che si registra in Germania e di poco inferiore a quella della Svezia e della Spagna (il cui valore è 3,8) mentre in Francia e Belgio la proporzione risulta minore (rispettivamente 3,3 e 2,9 medici ogni mille abitanti), realtà però dove la presenza degli infermieri è decisamente superiore a quella italiana. A fronte infatti di 6,3 infermieri in Italia ogni mille abitanti, nel caso della Francia il valore è di 8,5, per il Belgio di 15,1, mentre in Svezia e in Germania supera l'11.

¹¹ Con riferimento ai dati di fonte Eurostat 2011, su 17 stati membri tra cui l'Italia, risulta che la maggioranza degli infermieri occupati ha un'età vicina ai 45 anni mentre nei medici ormai oltre il 30% ha una età media superiore ai 55 anni.

attualmente offerti. Una diminuzione negli organici che sta interessando tutte le professioni del settore sanitario, ma che nel caso dei medici e infermieri risulta particolarmente rimarchevole. Se si considerano le sole strutture pubbliche, il rapporto tra personale medico infermieristico pensionato e quel nuovo assunto è passato dal 97,2 del 2008 al 78,2 del 2013 (Osservasalute 2013)¹²: una compensazione del turnover che è verosimile ritenere sia di entità analoga se non significativamente maggiore nel settore sanitario privato la cui sostenibilità è in questi ultimi anni messa a dura prova.

Un fabbisogno di assistenza e cura che da qualche anno fatica quindi a trovare risposta in una offerta di servizi adeguata al loro pieno soddisfacimento. Una condizione che è largamente imputabile alla politica nei tagli alla spesa sanitaria pubblica avviata a partire dall'inizio di questo decennio non ha sinora trovato compensazione di spesa di uguale entità da parte delle famiglie. Si tratta di un andamento sostitutivo che, anche in prospettiva, con difficoltà è verosimile attendersi con ragione della caduta dei redditi, e quindi dei consumi inclusi quelli sanitari, delle famiglie registrata a partire con continuità dal 2008.

La sanità è, infatti, tra i settori della pubblica amministrazione, uno dei più interessati dalle politiche di contenimento della spesa che l'Italia sta ormai da diversi anni portando avanti. Una tendenza che sebbene comincia a registrarsi a partire dall'inizio di questo secolo, è però a partire dal 2011 che si accentua significativamente anche per effetto dell'entrata in vigore degli accordi di "Fiscal compact" assunti dall'Italia in sede di Unione europea. In base alle proiezioni contenute del Programma di Stabilità (2013), il peso del finanziamento pubblico¹³ del settore non dovrebbe sostanzialmente modificarsi nei prossimi 20 anni

¹² Università Cattolica del Sacro Cuore "Rapporto annuale Osserva Salute 2013", www.osservasalute.it.

¹³ Se si tiene conto anche della spesa sostenuta dai privati, la percentuale della spesa sanitaria si attesta al 9,2% del PIL, una incidenza minore rispetto a quanto si registra nella media dei Paesi OCSE (9,3%) e sensibilmente più bassa della media dei Paesi UE 15 (10%). Differenze che non si modificano se il riferimento è solo alla componente pubblica della spesa sanitaria.

passando dall'attuale 7,3% del PIL al 7,9% del PIL nel 2030¹⁴. In realtà se si tiene conto della diminuzione del PIL degli ultimi due anni, più che di stabilità di spesa si potrebbe parlare di un decremento dei finanziamenti pubblici per la sanità.

In considerazione infatti dell'importanza che il settore sanitario riveste nel bilancio pubblico l'attenzione alla sostenibilità finanziaria sta rappresentando una delle principali preoccupazioni dei governi che si sono succeduti in quest'ultimo quinquennio: ciò ha dato luogo a misure di fatto esclusivamente orientate al controllo della spesa mentre, del tutto in secondo piano, è passata l'attenzione verso temi quali la qualità e l'accessibilità dei servizi offerti o la tutela dei lavoratori del settore. Un orientamento, quello del contenimento della spesa, che è stato ulteriormente rafforzato dai provvedimenti governativi di *spending review*, che a partire dal 2012 ha già prodotto un taglio al Fondo Sanitario nazionale stimabile complessivamente in oltre 30 miliardi di Euro da attuare nel triennio 2013-2015. Si tratta di una riduzione nelle disponibilità finanziarie che si aggiungono a quelli già operate dal 2011 (cfr Tabella 2.2.1) e il cui impatto interessa sia tutte le principali voci di spesa della sanità (come l'acquisto dei farmaci, di altri beni e servizi ed il costo del personale) sia la dimensione dell'offerta di servizi (numero di posti letto fissato in un tetto massimo per ogni regione del 3,7 per mille abitanti). In termini assoluti, a prezzi 2012, il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, viene complessivamente rideterminato in 106.824 per l'anno 2013, in 107.716 milioni di Euro per l'anno 2014 e per uno stesso ammontare per il 2015. Nel 2012 erano 108.780 milioni di Euro, un valore quindi superiore a quello previsto per il 2013 e gli anni successivi.

¹⁴ Le proiezioni sulla spesa sanitaria sono costruite dando un peso largamente maggioritario all'effetto dell'invecchiamento della popolazione. Se si desse più rilevanza a fattori extra demografici come la minore disponibilità di assistenza familiare e il contenimento di forme di intervento a carico degli individui, il cosiddetto "*out of pocket*", probabilmente i fabbisogni mostrerebbero una dinamica più intensa.

Tabella 2.2.1 – Misure di contenimento della spesa pubblica in sanità, in Italia. (valori in milioni di euro)

Tipi di tagli al Servizio Sanitario Nazionale	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
Art 9, comma 16 L 122/2010 (misure sul personale)	418	1.132	1.132	1.132	1.132	4.946
Art 11 comma 12 L.122/2010 (economie spesa farmaceutica)	600	600	600	600	600	3.000
Art 17 comma 6 L111/2011 (Reintroduzione ticket 10 euro)		834	834	834	834	3.336
Art 17 L111/2011 (Tagli vari)			2.500	5.450		7.950
Art 17 comma 5b (visite fiscali)			70	70	70	210
Risorse indennità vacanza contrattuale (patto salute 2010–2013 non stanziato)		466	466	466	466	1.864
Tagli Legge 135/2012 spending review		900	1.800	2.000	2.100	6.800
Tagli Legge Stabilità 2013			600	1.000	1.000	2.600
TOTALE dei tagli del finanziamento pubblico	1.018	3.932	8.002	11.552	6.202	30.706

Fonte: nostre elaborazioni su Conferenza delle Regioni e della P.A. Dossier di documentazione la Sanità nelle manovre finanziarie 2012.

Diminuzione di risorse che non solo non trova compensazione ma anzi risulta acuito dai tagli ancora più consistenti che hanno interessato l'area dei servizi e degli interventi sociali con un taglio di risorse statali superiore al 90%. (cfr. Tabella 2.2.2).

Tabella 2.2.2 – Andamento di alcune voci della Spesa pubblica, in Italia. (valori in milioni di euro).

Fondi statali	2008	2009	2010	2011	2012
Fondo per le politiche della famiglia	346,5	186,6	185,3	52,2	70,0
Fondo pari opportunità	64,4	30,0	3,3	17,2	15,0
Fondo politiche giovanili	137,4	79,8	94,1	13,4	6,8
Fondo infanzia e adolescenza	43,9	43,9	40,0	40,0	
Fondo per le politiche sociali	929,3	583,9	453,3	218,1	42,9
Fondo non autosufficienza	300,0	400,0	400,0	0,0	
Fondo inclusione immigrati	205,6	161,8	143,8	33,5	
Fondo servizi prima infanzia	100,0	0,0	0,0	0,0	
Fondo servizi sociali	100,0	100,0	0,0	0,0	
Fondo servizio civile	299,6	171,4	170,3	113,0	
TOTALE	2.596,70	1.757,40	1.472,10	487,40	137,70

Fonte: nostre elaborazioni su Conferenza delle Regioni e della P.A. Dossier di documentazione la Sanità nelle manovre finanziarie 2012.

Stando all'ultima legge di stabilità 2014 (n. 147 del 27/12/2013) ed al documento di economia e finanza 2014, non si prevedono interventi diretti di contenimento della spesa sanitaria aggiuntivi a quelli già assunti nel 2012. Vi sono però altri interventi che incidono indirettamente sulla sanità quale ad esempio solo per citare i principali il blocco del turn over del personale nella pubblica amministrazione e le cosiddette misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa pubblica. A quest'ultimo proposito le proposte del Commissario alla *spending review*, presentate al Senato il 19 marzo 2014, indicano una riduzione della spesa pubblica relativa al settore sanitario per 3,1 mld di euro attraverso misure da includere nel Patto per la Salute a cui si aggiunge un ulteriore riduzione di spesa collegata all'acquisto di beni e servizi sempre per questo settore stimata in 10,3 mld dei euro: contenimento da realizzarsi entro il 2016. Un orientamento che secondo il Commissario è giustificato in base essenzialmente alle seguenti due considerazioni: la riduzione della spesa sanitaria nel quinquennio 2009-13 è stata notevolmente minore rispetto a quanto registrato mediamente nella spesa statale nel suo complesso (flessione del 10%) e che quindi deve contribuire di più. Inoltre l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL del 7,05% è ben al di sopra del benchmark del 5,25% che sarebbe invece necessario assumere per tenere conto e soddisfare i vincoli di finanza pubblica.

Se questo è il contesto finanziario pubblico con cui il sistema sanitario si confronta a livello nazionale, nel caso della Regione Lazio il quadro risulta decisamente più severo. Il Lazio appartiene, infatti, a quel gruppo di Regioni¹⁵ che nel corso degli ultimi trenta anni ha accumulato un significativo debito pubblico nel comparto salute (oltre 10 miliardi di Euro) il che ha portato all'adozione di un percorso di rientro dal debito particolarmente oneroso sotto il profilo dei tagli e quindi del ridimensionamento dei servizi offerti. Sulla base del piano avviato nel 2012, si è avviato un taglio di oltre 1.000 posti di letto in tre importanti ospedali di Roma: il San Filippo Neri, il Sant'Eugenio e il Santo Spirito rafforzato a partire

¹⁵ Oltre al Lazio le altre regioni italiane interessate da piani di rientro sono: Abruzzo, Campania, Calabria, Lombardia, Molise, Puglia e Sicilia.

dal 2013 da un'ulteriore riduzione per 1.936 posti letto, in questo caso distribuito tra gli ospedali di tutto il territorio regionale. Si tratta di una misura giustificata dall'applicazione del parametro che prevede, come si è anticipato, 3,7 posti letto ogni mille abitanti. Il piano ha comportato tra l'altro anche la riconversione e l'accorpamento di quattro poli ospedalieri nel territorio della Capitale (il San Filippo Neri, il Centro Traumatologico e Ortopedico – CTO, l'Ospedale Oftalmico, e l'Azienda Sanitaria Forlanini) e la riduzione retroattiva del 7 per cento del budget pubblico, per le prestazioni sanitarie offerte ai cittadini nel 2012 dalle strutture private accreditate. Provvedimenti di contenimento dell'offerta di servizi da parte delle strutture ospedaliere che, in base al Piano, dovevano trovare compensazione da un contestuale sviluppo nel territorio di strutture di assistenza sanitaria e di medicina diffusa che avrebbero dovuto assicurare, una volta a regime, 6.000 nuovi posti letto residenziali e sei strutture residenziali da destinare a persone non autosufficienti quali anziani, disabili e pazienti terminali: di questi nuovi posti 2.500 dovevano essere disponibili già dal 2013. La realtà dei fatti è che, a due anni dall'avvio, questa parte del Piano è rimasta ancora lettera morta, e, sebbene l'attuale Giunta regionale abbia confermato in più occasioni la volontà di procedere alla realizzazione di quest'offerta, le limitazioni di bilancio non hanno, almeno fino ad ora, consentito di passare dagli annunci a fatti concreti.

Queste politiche di contenimento della spesa sanitaria, è opportuno evidenziare, interessano un settore che nel Lazio conta oltre 60.000 addetti (il 2,67% dei lavoratori occupati nel Lazio di cui 50.000 localizzati nella sola provincia di Roma), e che fino al 2009 registrava una continua crescita occupazionale con valori che erano stati superiori al 5% nel triennio precedente a quell'anno ed era quindi uno degli ambiti produttivi più dinamici dell'economia laziale. Una rilevanza economica che è anche il frutto della capacità attrattiva che gli ospedali della regione, ed in particolare di Roma, hanno su pazienti provenienti da altre realtà regionali, in particolare del Sud e delle Isole. E' nel Lazio che si rileva (Osservasalute 2013) il saldo positivo maggiore tra pazienti che da altre regioni vengono a curarsi negli ospedali laziali (35.211 nel 2012) e residenti della

regione che si vanno a curare fuori regione (16.882 sempre nel 2012). Una caratteristica registrata anche dal Ministero della Salute¹⁶ dove il Lazio presenta una differenza tra indice di attrazione e indice di fuga largamente positiva¹⁷ su valori non dissimili dai sistemi sanitari regionali più performanti.

L'andamento della domanda di lavoro nel settore sanitario dipende comunque anche dalla spesa per servizi sanitari da parte dei privati (la cosiddetta spesa out of pocket), che certo in questa fase recessiva e di perdita complessiva di reddito e – conseguentemente – di potere d'acquisto da parte delle famiglie italiane, come si è già anticipato, appare difficilmente in grado di compensare la diminuzione della spesa pubblica in termini anche sostitutivi. In Italia, ed il Lazio non è da meno, il contributo dei privati alla spesa sanitaria a differenza di altri paesi dell'Unione grava di fatto quasi esclusivamente sui cittadini, e solo limitatamente viene veicolato attraverso forme di spesa collettiva (assicurazioni e fondi privati)¹⁸. Il contributo di questa tipologia di spesa rappresenta nel nostro paese il 17,8% mentre in Inghilterra che ha un sistema sanitario strutturato ed organizzato in maniera simile a quello italiano, questa contribuisce al 9,2 per cento della spesa sanitaria complessiva. La praticabilità di un sistema in cui l'acquisizione da parte dei privati dei servizi di cura assume sempre meno caratteri di complementarietà a quella pubblica a vantaggio di modalità sostitutive, dipende ovviamente dalle condizioni di disponibilità di reddito delle famiglie. Sulla base dei dati disponibili

¹⁶ Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, Ministero della Salute, Roma 2012.

¹⁷ L'indice "di attrazione" indica la percentuale, in una determinata regione, dei ricoveri di pazienti residenti in altre regioni sul totale dei ricoveri registrati nella regione stessa; l'indice "di fuga" al contrario misura, in una determinata regione, la percentuale dei residenti ricoverati presso strutture sanitarie di altre regioni, sul totale dei ricoveri sia intra che extra regionali

¹⁸ In considerazione del relativo limitato contributo della spesa ai servizi sanitari da parte dei privati sembrerebbero quindi esservi spazi per la diffusione e crescita di forme collettive di finanziamento ad esempio con la partecipazione delle imprese a fronte ad esempio di vantaggi fiscali: una modalità che comincia a prendere sempre più rilevanza, ma che porta con sé problemi di equità e - nel tempo - di sostenibilità.

(Banca d'Italia 2012)¹⁹ sul reddito familiare distinto per classe d'età del capofamiglia²⁰ emerge come il livello più basso di reddito si registri nelle famiglie con capofamiglia con età superiore ai 64 anni (cfr Tabella 2.3.3), cioè proprio per le famiglie della classe di età dove si concentra la domanda più elevata di cure sanitarie. I dati, inoltre, registrano una diversa propensione al consumo per gruppi d'età che si riduce all'aumentare dell'età, e con il crescere del reddito, fino al raggiungimento del gruppo d'età superiore ai sessantaquattro anni, per i quali, invece, si registra una propensione più elevata al consumo (misurato in percentuale del reddito), probabilmente anche in misura della riduzione del reddito disponibile.

Tabella 2.2.3 – Reddito familiare per classe d'età del capofamiglia in Italia, anno 2010.

<i>Classe d'età (anni) capofamiglia</i>	<i>Reddito familiare (€)</i>	<i>Propensione al consumo (%)</i>
< 35	27.600	81,8
35-44	32.528	77,2
45-54	37.438	78,4
55-65	41.475	73,0
> 64	26.934	76,8
Totale	32.714	76,9

Fonte: nostre elaborazioni su dati Banca d'Italia, I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2010, Nuova serie, Anno XXII, n. 6, Roma, 2012.

In termini di ricchezza familiare, infine, si osserva che le famiglie con capifamiglia con età tra i 55 e i 64 anni hanno il più elevato livello di ricchezza netta (circa 232,5 mila Euro) che si assesta su livelli più bassi per le famiglie con capofamiglia d'età superiore ai 64 anni (circa 170 mila Euro). Va osservato, tuttavia, che tale ricchezza è composta per quasi il 90% da immobili, tra cui una quota compresa tra il 75-80% è rappresentata dalla proprietà della casa di residenza.

¹⁹ Indagine campionaria della Banca d'Italia sui bilanci delle famiglie italiane che rappresenta la fonte di dati istituzionale più autorevole in materia.

²⁰ Nell'indagine della Banca d'Italia per capofamiglia si intende il maggior percettore di reddito all'interno del nucleo familiare.

Tabella 2.2.4 – Ricchezza familiare per classe d'età del capofamiglia in Italia, anno 2010.

<i>Classe d'età (anni) capofamiglia</i>	<i>Ricchezza familiare netta</i>	<i>di cui immobili</i>
< 35	41.350	27.500
35-44	121.000	125.000
45-54	180.487	170.000
55-64	232.500	200.000
> 64	170.500	150.000
Totale	163.875	150.000

Fonte: nostre elaborazioni su dati Banca d'Italia, 2012.

Dai dati, in conclusione, emerge come per effetto, presumibilmente dall'uscita dal mercato del lavoro per il pensionamento, la condizione economica peggiore riguardi le strutture familiari più anziane (capofamiglia con età superiore ai 64 anni), che sono d'altra parte anche quelle più bisognose di cure sanitarie.

Se si disponesse di dati più aggiornati, ne emergerebbe certamente un quadro di disponibilità di reddito familiare ben peggiore di quello suddetto, per l'effetto congiunto di due fenomeni: da un lato l'aumento significativo della pressione fiscale, dei tagli ai servizi, della diminuzione degli stipendi del pubblico impiego e pensioni quale risultato delle politiche attuate a partire in particolare dal 2011 per contenere nel 3% del PIL bilancio pubblico, dall'altro l'andamento recessivo dell'economia con il conseguente calo del PIL e della ricchezza in termini nominali e reali, solo in parte compensato da un aggiustamento dei prezzi verso il basso, che per alcuni prodotti di prima necessità (come quelli dell'alimentazione) sono invece aumentati. A questo proposito con riferimento al Lazio, uno studio della CGIL di Roma, calcola nel periodo compreso tra il 2011 ed il 2015 un impatto delle manovre di aggiustamento di bilancio sui residenti stimato nell'ordine di 2.323 Euro pro capite, che rappresenta una diminuzione del reddito disponibile, e quindi, a parità di prezzi, nel potere di acquisto delle famiglie, compreso tra il 5 e il 10% a seconda le classi d'età. I dati segnalano dei limiti non trascurabili per la praticabilità di un modello di sanità in cui i servizi sanitari, che non saranno più offerti dal pubblico, possano trovare adeguata compensazione da un maggiore impegno di spesa da parte dei privati.

Secondo alcune analisi (CEIS 2013) nel 2009, quindi già prima dell'agire degli effetti sui redditi e consumi conseguenti alla crisi economico finanziaria del 2008, 300 mila famiglie sono scese sotto la soglia di povertà per spese sanitarie cosiddette *out of pocket*, e 675 mila famiglie hanno avuto spese cosiddette catastrofiche, ossia hanno impiegato più del 40% del proprio reddito in spese sanitarie. Un'indagine recente del Censis (CENSIS 2013) stima invece in 9 milioni il numero di coloro che dichiarano di aver dovuto rinunciare alle cure per problemi economici. Il Rapporto 2013 sulla Sanità nei paesi OCSE (OCSE 2013), rileva nel 2012 una riduzione in Italia nella spesa sanitaria complessiva superiore al 2%: un risultato quindi che registra sia il contenimento della spesa pubblica ma anche di quello non meno significativo da parte dei privati.

In conclusione gli effetti delle politiche di contenimento della spesa pubblica per la sanità fondate esclusivamente su tagli lineari e parametri di sostenibilità finanziaria di bilancio, ma non di sostenibilità economica sotto il profilo del reddito e della ricchezza dell'Italia nel suo complesso, consistono in prima battuta in un significativo peggioramento delle condizioni di lavoro del personale sanitario, a tutti i livelli, che si manifesta in: una diminuzione dei redditi percepiti, peggioramento delle condizioni lavorative, aumento significativo della precarietà, incremento nel numero di personale disoccupato anche delle professioni qualificate della sanità, come medici ed infermieri. Ma l'altro effetto, meno percepibile nel breve periodo, ma non per questo meno rilevante, è rappresentato dal peggioramento dei livelli di salute della popolazione nel suo complesso quale effetto del minore accesso ai servizi pubblici di cura (ci si riferisce alle lunghe liste di attesa, al peggioramento nella qualità diagnostica, all'aumento della compartecipazione alla spesa da parte dei malati) e dalla riduzione nell'offerta di servizi di medicina preventiva. Secondo l'Euro Health Consumer index 2013, l'Italia si colloca al decimo posto su 18 per qualità della sanità e tredicesimi nell'offerta dei servizi. Un peggioramento rispetto alle precedenti rilevazioni della stessa fonte che colpisce comunque in maniera ineguale le diverse regioni: si passa infatti da indici di gradimento dei servizi sanitari offerti da parte dei cittadini

superiori al 63% nel caso dell'Emilia Romagna al 19,2% della Calabria. Una differenza nel giudizio quindi molto ampia che nel caso delle regioni che come il Lazio sono sotto poste al piano di rientro, mostra valori sempre comunque inferiori al dato medio nazionale. Un dato che emerge con evidente chiarezza dal macro indicatore sulla qualità ed efficienza delle strutture ospedaliere sulla prevenzione e sull'assistenza domiciliare integrata. (ADI) utilizzato per il calcolo dell'indice di qualità regionale dello sviluppo (indice QUARS)²¹. Questo indicatore evidenzia un'elevata polarizzazione tra le regioni non sottoposte al piano di rientro e quelle che invece lo sono (cfr. Tabella 2.2.5).

Tabella 2.2.5 Graduatoria delle regioni italiane rispetto all'indicatore accorpato "Salute".

REGIONE	SALUTE
Emilia – Romagna	0,76
Friuli – Venezia Giulia	0,7
Umbria	0,69
Lombardia	0,58
Veneto	0,45
Trentino–Alto Adige	0,26
Piemonte	0,26
Toscana	0,26
Marche	0,1
Liguria	0,07
Basilicata	-0,12
Lazio	-0,19
Valle d'Aosta	-0,24
Molise	-0,29
Sicilia	-0,39
Abruzzo	-0,4
Sardegna	-0,42
Calabria	-0,64
Puglia	-0,7
Campania	-0,73

Fonte: nostre elaborazioni su dati Rapporto Quars, 2011.

Come è stato evidenziato “se il ricorso ai piani di rientro ed al commissariamento ha prodotto qualche risultato economico è fallimentare sul piano dei

²¹ Rapporto Quars 2011, *Come si vive in Italia?, Indice di qualità Regionale dello sviluppo*, Roma. I macro-indicatori Quars sono 41 e sono suddivisi in 7 dimensioni: Ambiente; Economia e lavoro; Diritti e cittadinanza; Salute; Istruzione e cultura; Pari opportunità; Partecipazione. Il Quars rappresenta un'ulteriore sintesi, in quanto è il risultato dell'aggregazione dei macro-indicatori. Tanto nel caso dei sette macro-indicatori, quanto nel caso del Quars aggregato, i valori positivi rappresentano un punteggio superiore alla media delle regioni e quelli negativi un punteggio inferiore. Quanto più i valori si allontanano dallo zero, tanto più sono distanti dal valore medio. Le differenze di punteggio, quindi, rappresentano, di fatto, le differenze che intercorrono tra le regioni nei diversi aspetti considerati.

risultati della salute” (Indagine conoscitiva sulla tutela della salute della Camera dei Deputati, 2013: pag 6).

Il consolidamento fiscale associato a una minore capacità di spesa delle famiglie rappresenta comunque e purtroppo uno scenario con cui il sistema sanitario rischia di dovere confrontarsi fino almeno alla fine di questo decennio. Se si vuole garantire la stessa parità di accesso ai servizi sanitari offerti l’unica alternativa possibile consiste nel miglioramento nei livelli di efficienza nell’uso delle risorse disponibili, il che è possibile agendo sulla leva dell’innovazione. Si tratta in pratica di favorire il raggiungimento di più alti livelli di efficienza microeconomica consentita dalle nuove tecnologie e dall’introduzione di modalità organizzative in grado di utilizzare al meglio le risorse umane e tutte le tecniche disponibili. Nuove tecnologie e modelli organizzativi che consentano di realizzare una assistenza sanitaria diffusa sul territorio che, complementare e integrata all’assistenza ospedaliera, sia in grado progressivamente di sostituirla ogni qual volta il ricovero non abbia valore aggiunto per le condizioni di salute della persona. L’impegno deve essere quindi quello per un sistema di offerta di servizi di primo livello medico e infermieristico in grado di rendere disponibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale e di strutture di residenzialità assistita per l’offerta di servizi di ricovero e cura prevalentemente infermieristica. Un modello di sanità che, sebbene già previsto dalle norme, stenta a decollare nella maggioranza delle regioni italiane, tra cui anche il Lazio, e che comporta, tra l’altro, una ridefinizione non marginale nei ruoli, responsabilità, funzioni e compiti tanto del personale medico quanto di quello infermieristico. Va infatti superato l’approccio culturale e professionale prevalente centrato sulla struttura ospedaliera a favore di un modello di cura presente capillarmente sul territorio e fondato sulla prevenzione e l’assistenza (Gagliardi, Accorinti 2014). Un cambiamento che impone una riflessione, da parte dei Collegi IPASVI, sulla offerta formativa di aggiornamento e riqualificazione e più in generale sul percorso di studi in scienze infermieristiche proposto dalle nostre Università.

3. L'indagine

3.1. Il metodo di lavoro

Il presente lavoro è partito da un approfondimento relativo alle caratteristiche dei lavoratori stranieri nel Lazio e a Roma in particolare, e si è articolato, poi, nel merito della condizione del lavoro nelle strutture sanitarie degli infermieri stranieri. L'indagine, di tipo sperimentale, si è fondata sulla raccolta di informazioni attraverso quaranta interviste, ovvero in approfondimenti relativi a due comunità straniere di infermieri operanti nel territorio romano. Considerando le strutture sanitarie e socio-sanitarie romane sono stati intervistati venti lavoratori per ciascuna comunità straniera, sia provenienti dall'India sia provenienti dal Perù, per un complessivo di 40 soggetti intervistati. Gli individui sono stati intervistati sulla base di una traccia per intervista libera (in metodologia della ricerca sociale viene definita "intervista semi-strutturata"), da ricercatori senior, che hanno inteso stabilire rapporti di conoscenza legati non solo allo specifico del rapporto di lavoro nella struttura sanitaria, ma anche più in complesso riferendosi all'ambiente di lavoro, di vita, di relazione, di scelte esperienziali, di progetto migratorio vissuti direttamente e personalmente dagli intervistati. Si è trattato quindi di "esperienze di vita", nel senso che a partire dal resoconto personale degli intervistati, si è inteso riflettere sul contesto sanitario e professionale nel quale il lavoratore straniero opera, sulle sue condizioni di vita e di lavoro nella sanità locale, sullo stile di vita e professionale, sull'articolazione e sulla rappresentazione dei tempi di vita e di lavoro, a livello personale e collettivo.

L'analisi ha avuto come oggetto le scelte professionali e sociali degli infermieri indiani e peruviani a Roma per individuare quindi modalità di lettura della situazione degli infermieri nelle strutture sanitarie di Roma. A questo fine è stato necessario sviluppare una conoscenza delle regole sul soggiorno dei lavoratori stranieri nel Paese, del funzionamento del sistema sanitario e circa i meccanismi di conversione dei titoli stranieri in Italia nonché il percorso di professionalizzazione tipico della sanità. Tali informazioni sono state acquisite

anche attraverso il coinvolgimento attivo e l'apporto di "mediatori" ovvero di due infermieri esperti, di nazionalità indiana e peruviana, che hanno svolto non solo l'attività di contatto dei loro connazionali, ma che anche hanno aiutato nella lettura delle informazioni che via via si sono andate acquisendo.

Alla base dell'analisi c'era infatti un'importante consapevolezza originata dalle precedenti ricerche sulla condizione degli infermieri di origine straniera in Città, tra l'altro, raccolta nella pubblicazione dal titolo "*Nursing transculturale*" a cura di Alessandro Stievano e Alessia Bertolazzi (2013). Oltre ai cambiamenti del sistema di cure e di assistenza propri in una società multiculturale come quella cittadina, la ricerca precedente ha avviato una interessante lettura sugli effetti che i "nuovi" bisogni sanitari e i professionisti infermieri presentano all'organizzazione sanitaria stessa e all'innovazione assistenziale richiesta.

Il lavoro di ricerca appena concluso è stato articolato in due processi convergenti e complementari: la realizzazione di uno strumento omogeneo di lettura e di sistematizzazione delle informazioni acquisite tramite le interviste, e l'analisi dei sistemi sanitari locali e del ruolo dell'infermiere (in particolare straniero) in essi. Le relazioni fra lo "strumento di lettura" e l'analisi organizzativa dei servizi sanitari sono state basate principalmente su un percorso intersecato tra le due attività attraverso la distinzione/intreccio degli obiettivi e la costituzione di un gruppo di lavoro composto da differenti figure professionali: si è lavorato in una équipe coordinata da due ricercatori senior dell'IRPPS-CNR con competenze di analisi delle politiche e dei sistemi sanitari, e composta anzitutto da quattro responsabili del Collegio IPASVI (con differenti qualifiche all'interno dell'Ente), poi da due antropologi e una esperta di scienze infermieristiche che hanno condotto le interviste, e da due infermieri stranieri e una italiana che hanno contribuito a consolidare il rapporto di fiducia nel contesto dell'analisi di campo.

Avendo come base l'elenco degli iscritti (e regolarmente aderenti) al Collegio di nazionalità indiana e peruviana, sono stati individuati gli infermieri da intervistare, i quali sono stati convocati o nella sede del Collegio o in quella dell'IRPPS-CNR o (assai raramente) in altro posto per effettuare l'intervista. La

durata di ogni incontro è stata variabile, ma difficilmente non superava i 40 minuti (in alcuni casi ha raggiunto le due ore): si è trattato di interviste approfondite che hanno richiesto un tempo adeguato non solo per stabilire un rapporto di fiducia e di apertura tra intervistato e ricercatore, ma anche trovare gli elementi di comunicazione utili all'approfondimento della situazione personale presentata dall'infermiere intervistato.

Anche a motivo di bisogno di un tempo adeguato per l'approfondimento, nella scelta degli intervistati si è tenuto conto della disponibilità offerta nell'osservare e nel fornire informazioni rispetto al ruolo dell'infermiere nelle strutture sanitarie a Roma e al contempo, di alcune variabili in grado di rendere significativa l'esperienza su un modello legato alla scala locale. Sono stati individuati e scelti infermieri delle due nazionalità, che lavorassero (all'epoca dell'intervista) in strutture romane, che fossero espressioni di differenti pratiche di lavoro e di diverse caratteristiche dell'utenza accolta, ovvero operassero in strutture pubbliche tipo Ospedali, o del privato convenzionato tipo case di cura, o anche in assistenza domiciliare e a casa degli utenti, e che avessero contratti di lavoro a tempo indeterminato o di tipo professionale a prestazione, all'interno – magari – di cooperative socio-sanitarie o di agenzie fornitrici di servizi ad altri Enti (pubblici, per lo più).

Le due comunità di infermieri stranieri sono state intervistate in un periodo di tempo che è andato dal mese di aprile 2013 al mese di febbraio 2014, sempre in doppia e/o (in alcuni casi) in tripla presenza, ovvero un intervistatore (o due) e un mediatore della comunità. A titolo di “controllo scientifico” è stata intervistata anche una religiosa, infermiera, indiana e due infermiere con doppia cittadinanza peruviana e italiana (dipendenti pubbliche, in quanto vincitrici di concorso): si è trattato di scelte di ricerca legate all'impostazione della ricerca stessa che, sia nel caso di infermieri religiosi/religiose sia nel caso di stranieri con cittadinanza anche italiana, rappresentano sicuramente una parte del personale infermieristico indiano e peruviano, ma si trovano in una condizione di vita completamente differente rispetto ai propri colleghi non religiosi e senza una doppia cittadinanza.

Le interviste sono state realizzate – come detto – sulla base di una traccia predisposta, strutturata essenzialmente in quattro parti che riguardavano aspetti relativi all'integrazione professionale e sociale. Anzitutto è stato analizzato il progetto migratorio, e quindi le motivazioni a svolgere la professione infermieristica in Italia, le motivazioni a lasciare il paese di origine, il percorso migratorio seguito, le prospettive migratorie e le scelte personali relative alla propria condizione di migrante qualificato. In una seconda parte dell'intervista è stata analizzata l'esperienza lavorativa, e quindi la struttura di lavoro, le condizioni di inserimento lavorativo, il tipo di contratto di lavoro, la percezione delle differenze con gli altri lavoratori, i rapporti con i colleghi di lavoro e i rapporti con i pazienti; una parte specifica ha riguardato l'analisi della funzione del Collegio IPASVI e le considerazioni personali circa la situazione della sanità a livello locale. Un'altra parte di intervista ha riguardato la formazione sia quella per lo svolgimento della professione e quindi il titolo di abilitazione, sia quella continua e le occasioni formative a disposizione, sia anche i problemi di comprensione linguistica. L'ultima parte dell'intervista ha considerato le condizioni di integrazione sociale, analizzando i problemi legati all'abitazione, i rapporti con gli altri connazionali, l'utilizzo dei servizi pubblici, e le percezioni delle proprie condizioni di vita.

Le informazioni raccolte sul campo hanno consentito di osservare in profondità le modalità di inserimento sociale e soprattutto professionale degli infermieri a Roma delle due comunità straniere considerate. L'analisi ha quindi avuto come proprio fuoco la ricognizione, l'individuazione e l'approfondimento delle esperienze di vita vissute e delle percezioni sul futuro, ma anche i legami sociali (relazioni interne ai luoghi di lavoro e relazioni esterne di vicinanza-socialità-amicizia) e le capacità di risposta da parte degli Enti e dei servizi pubblici e del Collegio IPASVI.

Il criterio metodologico utilizzato è stato quindi quello di impostare l'indagine su un approccio basato su rilevazioni di carattere qualitativo e non quantitativo.

3.2. *Gli infermieri indiani a Roma*

3.2.1. *Caratteristiche prevalenti degli intervistati*

In questo capitolo si presentano i risultati dell'analisi dell'indagine di campo sugli infermieri indiani residenti a Roma. Per avere un'inquadratura di sfondo rispetto ai risultati emersi, gli indiani infermieri iscritti al Collegio di Roma al primo trimestre 2014 sono circa 900: un numero che è andato crescendo senza interruzione negli ultimi 10 anni ad un tasso di crescita che dal 2005 fino al 2011 è stato sempre non inferiore al 10% con punte tra 19 e il 18 % nel periodo compreso tra il 2008 ed il 2011, un quadriennio in cui si registrano gli aumenti più consistenti di iscrizione, per poi scendere significativamente a partire dal 2012, dove il tasso di incremento nelle iscrizioni scende al 5% e quindi al 2% in quest'ultimo anno. Un andamento che sembra indicare come la minore domanda di professionalità del settore stia interessando anche questa componente degli infermieri immigrati a Roma. Per un confronto dei dati sopra riportati con le caratteristiche della comunità indiana in Italia nel suo complesso, si rinvia a quanto riportato nel Box 3.2.1 di questa sezione.

A fronte dell'andamento decrescente degli iscritti, un primo elemento che i dati raccolti dall'indagine di campo evidenziano è quello della provenienza geografica: tutti gli intervistati provengono dallo Stato indiano del Kerala. Una provenienza omogenea spiegata da due ordini di motivi: il primo è che in questo Stato sono presenti le migliori e più antiche scuole indiane di formazione di livello universitario per infermieri. Il secondo è connesso al fatto che la maggioranza della popolazione di questo Stato è di religione cattolica e che quindi, nella scelta dei loro processi migratori individuano l'Italia, e Roma in particolare, come una realtà in cui possono trovare con relativa maggiore facilità accoglienza, grazie anche alle reti ed ai contatti in essere tra autorità ecclesiastiche del Kerala e quelle delle maggiori città italiane ed il Vaticano.

Di seguito (Schema 3.2.1) le principali caratteristiche degli infermieri intervistati.

Schema 3.2.1 – Principali caratteristiche degli intervistati indiani.

Codifica utilizzata	Sex	Stato civile	Età	Titolo di studio	Luogo di conseguimento	Ambito lavorativo	Tipo di contratto
I01	F	divorziata	>40	Laurea	Italia	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I02	M	Sposata con figli	<40	Laurea	India	Casa di riposo	Tempo indeterminato
I03	F	religiosa	> 40	Laurea	Italia	Clinica privata convenzionata	Tempo determinato
I04	F	Sposata con figli	>50	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Partita IVA
I05	F	nubile	>40	Laurea	Italia	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I06	F	Sposata con figli	<40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I07	F	Sposata con figli	>40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I08	F	Sposata con figli	< 40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I09	F	Sposata con figli	40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I10	M	celibe	<30	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo determinato
I11	F	Sposata con figli	>40	Laurea	India	Ospedale privato convenzionato	Tempo indeterminato
I12	F	Sposata con figli	>40	Laurea	India	Ospedale pubblico	Tempo indeterminato
I13	F	Sposata con figli	>60	Diploma di infermiera	Italia	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I14	F	Sposata con figli	>40	Laurea	India	Hospice	Tempo indeterminato
I15	M	Sposata con figli	<40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I16	M	Sposata con figli	<40	Laurea	Italia	Cooperativa	Partita Iva
I17	M	Sposata con figli	40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I18	M	Sposata con figli	>40	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I19	F	Sposata con figli	<39	Laurea	India	Clinica privata convenzionata	Tempo indeterminato
I20	M	Sposata con figli	50	Laurea e Master	Italia	Ospedale pubblico	Tempo determinato

I dati mostrano come gran parte degli intervistati sia arrivata in Italia nella seconda metà degli anni 90 del secolo scorso (solo 5 immigrano prima), e con la sola eccezione di quelli di immigrazione più antica (fine degli anni 80 inizi 90) hanno tutti molto chiaro nel loro progetto immigratorio la volontà di svolgere in Italia la professione di infermiere. La maggioranza (14 su 20) aveva un titolo di laurea di infermiere acquisito nel paese di origine e in non pochi casi avevano già maturato una esperienza lavorativa come infermiere in India o in altri paesi (per lo più quelli del golfo arabo). Si tratta di un dato che coincide con quello più generale che caratterizza l'immigrazione indiana nel nostro paese che molto

limitata fino agli inizi degli anni 90, fa registrare negli ultimi 20 anni, con una punta nei primi anni 2000, un crescita molto rilevante: si è passati infatti dai 9.303 indiani regolarmente soggiornanti del 1993 agli oltre 150.000 del 2013, che colloca questa comunità al 6° posto per numero di presenze di cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia (Istat – Ministero dell’Interno 2014). Un’immigrazione quella degli indiani che si concentra per lo più in tre regioni Lombardia (36,7%) Lazio (15,2% di cui più della metà residente a Roma) ed Emilia Romagna (12,5%).

Rispetto gli anni la maggioranza degli intervistati si colloca nella fascia d’età centrali tra i 40 ed i 45 anni, un dato che li distingue da quella che è l’età media dei cittadini indiani occupati in Italia in cui prevalgono quelli che hanno meno di 35 anni. Si tratta di una differenza largamente spiegata dal livello di istruzione degli infermieri che li colloca in quel 9% di immigrati indiani con un titolo di studio terziario a fronte del circa 50% che è arrivato in Italia dopo un percorso d’istruzione medio bassa (livello d’istruzione secondaria di primo grado).

La ripartizione per genere degli intervistati è tutto sommato abbastanza equilibrata (60 % femmine) a fronte di una professione percepita culturalmente ancora oggi come specifica del genere femminile. Un peso più rilevante delle donne che non si ritrova invece nei dati complessivi della comunità indiana in Italia, dove prevale una marcata presenza maschile, 62,4%: un dato che la distingue da altre comunità, incluse quelle di provenienza asiatica, dove si registra una sostanziale parità tra generi.

Quasi tutti gli intervistati sono sposati ed hanno figli (80% degli intervistati); per oltre la metà hanno la famiglia che risiede in Italia. In termini di datori di lavoro solo due sono occupati in una struttura sanitaria pubblica, il che è un dato del tutto prevedibile considerate le norme che regolano l’inserimento negli organici delle amministrazioni pubbliche per persone di nazionalità diversa da quella italiana. I più sono impiegati in cliniche private, quasi tutte convenzionate e solo un intervistato svolge il suo lavoro al di fuori di una struttura ospedaliera direttamente sul territorio attraverso la mediazione di una cooperativa sociale.

Quasi tutti gli intervistati hanno un contratto a tempo indeterminato (16 su 20) e nel caso altre forme di contratto (determinato/partita IVA) non si lamentano periodi significativi di interruzione nei rapporti di lavoro. Si tratta di una condizione occupazionale certamente migliore rispetto a quella che si registra nella comunità indiana nel suo complesso, dove dei sessantotto mila che hanno un rapporto di lavoro dipendente, solo meno della metà gode di contratto a tempo indeterminato.

A fronte di queste caratteristiche prevalenti vediamo nel dettaglio le esperienze migratorie e occupazionali di questi lavoratori.

3.2.2. Il progetto migratorio

Motivazione prevalente delle storie di migrazioni raccolte è in tutti i casi economica. A parte sei casi, tutti gli altri studiano e si formano alla professione d'infermiere in India. Percorso formativo rispetto al quale si raccolgono opinioni largamente positive soprattutto rispetto alla lunga fase di *internship* (tirocinio) che hanno dovuto obbligatoriamente seguire e di cui hanno apprezzato il fatto di essere stati oggetto di attenzione continua da parte dei loro tutor, rappresentati oltre che da un infermiere con alle spalle una lunga esperienza professionale anche da un medico. A loro dire il percorso fatto in India non è in alcun modo da considerare qualitativamente al di sotto degli studi che si possono fare in Italia per questa professione, anzi, rivendicano una relativa migliore preparazione pratica grazie proprio alla qualità e lunghezza temporale del periodo di tirocinio svolto. *“Io ho fatto il tirocinio con un professore che mi faceva lezioni e mi seguiva in tutto il percorso”* afferma una degli intervistati a proposito della sua formazione in India” che continua *“... quando incontro i ragazzi qui in Italia che studiano per infermiere, e fanno il loro stage in ospedale in cui io lavoro, ho l'impressione che sono abbandonati a se stessi”* [intervista I01]. La conseguenza di ciò è che non conoscono come fare ad affrontare i compiti operativi anche più semplici *“come misurare la pressione, fare un test glicemico ecc”* [intervista I11]. La scelta di migrare, come si è anticipato è largamente economica, ed è dovuta al

fatto non tanto di mancanza di lavoro in India per l'infermiere, anzi al contrario la domanda è sostenuta, quanto piuttosto, soprattutto negli anni in cui la maggioranza degli intervistati ha lasciato il loro paese di origine (tra la metà degli anni 90 e la metà degli anni 2000) per un riconoscimento economico decisamente inferiore, anche rapportato al differente potere d'acquisto, rispetto a quello di cui potevano godere in Italia.

Va osservato che sono rari i casi, tra gli intervistati, che dichiarano di avere scelto la professione di infermiere per passione/vocazione. Per la larga maggioranza la scelta è stata motivata dalla facilità di trovare lavoro sia in India sia in altri Paesi dove le retribuzioni sono più elevate.

La scelta di migrare in Italia, per la maggior parte degli intervistati trova tra l'altro, origine nella presenza di congiunti e/o parenti che si erano già stabilizzati negli anni precedenti e che già in molti casi avevano trovato lavoro proprio nel comparto sanitario. Non mancano poi i casi di chi è giunto in Italia grazie alla intercessione della chiesa cattolica.

Quasi tutti hanno vissuto un periodo d'interregno tra l'arrivo in Italia e il lavoro come infermiere che coincide con il riconoscimento del titolo di studio. Generalmente in questo periodo si impegnano nell'apprendimento della lingua e si mantengono lavorando come badanti.

Rispetto al riconoscimento del titolo non si colgono elementi di specifica problematicità, così come anche per quanto attiene l'esame presso il Collegio dove la difficoltà maggiore è stata rappresentata in genere dalle conoscenze linguistiche. Fa eccezione chi è arrivato in Italia tra il 1995 ed 2000 che invece segnalano di avere trovato molte difficoltà nel farsi riconoscere il titolo. Difficoltà che coincidono con un periodo di sostanziale mancanza normativa e regolamentare in materia di autorizzazione di esercizio professionale in campo sanitario. E' solo dall'inizio del secolo che il Ministero della salute con la circolare del 12/04/2000 chiarisce, in attuazione del Testo Unico delle

disposizioni concernenti l'immigrazione del 1998²² e del D.P.R. del 31 agosto 1999, n. 394, le procedure che devono essere seguite dai cittadini stranieri per il riconoscimento dei titoli professionali dell'area sanitaria conseguiti all'estero²³.

La prevalenza degli intervistati interpreta la loro esperienza migratoria in Italia come transitoria, anche se lunga. Molti affermano di volere rientrare nel loro Paese, ed una delle motivazioni più registrata, non è tanto quella del peggioramento nelle condizioni e opportunità di lavoro di questi ultimi anni (che, come si vedrà di seguito, viene significativamente percepita), quanto piuttosto dalle minori prospettive di opportunità di lavoro per i loro figli che i percorsi scolastici offerti in Italia sono in grado di assicurare. Emerge nella maggioranza degli intervistati un giudizio complessivamente negativo nei confronti del sistema scolastico italiano, in particolare quello pubblico (la maggioranza manda, infatti, i loro figli nelle scuole private). Un giudizio fortemente critico che trova ragione nel fatto che gli insegnamenti sono condotti esclusivamente in lingua italiana. Per gli indiani è invece importante che l'istruzione avvenga in inglese così da offrire ai figli maggiori opportunità in futuro. *“Se si studia solo in Italiano e non si può girare il mondo trovare lavoro”* [intervista I09] è un'affermazione che con diverse sfumature si ritrova in molte delle testimonianze raccolte.

Con riguardo all'esperienza migratoria vissuta in Italia, tutti la giudicano positivamente: pochi però alla luce della situazione attuale di crisi consiglierebbero a loro amici o parenti di venire in Italia a intraprendere come loro la professione d'infermiere. *“Com'è adesso gli direi di non venire in Italia, molti miei connazionali mi chiedono io, li scoraggio gli spiego che situazione è difficile e i sacrifici sono molti a fronte di una condizione non facile”* [intervista

²² Il riferimento è al Testo unico delle disposizioni concernenti l'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero in cui tra l'altro si disciplina l'esercizio professionale ed il riconoscimento dei relativi titoli abilitanti per i cittadini stranieri, non comunitari, regolarmente soggiornanti in Italia (decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286).

²³ Con questa circolare si chiarisce che tutti i cittadini stranieri non comunitari che si trasferiscono in Italia allo scopo di esercitare una professione sanitaria devono avere un titolo abilitante all'esercizio professionale riconosciuto dal Ministero della Sanità e devono iscriversi all'albo professionale dell'Ordine o del Collegio professionale.

I04]. E ciò non solo perché più problematico trovare lavoro rispetto a prima (anche se va detto che vi è certamente ancora un canale preferenziale di diverse strutture private a prendere infermieri immigrati rispetto agli italiani per motivi legati alla maggiore flessibilità ed adattabilità di questi lavoratori rispetto agli autoctoni) ma anche perché nel tempo sono venute meno le convenienze di differenziale retributivo rispetto al loro paese d'origine (stipendi bloccati, maggiore costi, specialmente affitti).

3.2.3. *L'integrazione sociale*

Dall'indagine emerge quale tendenza assai diffusa quella di "restare stranieri". La prevalenza degli intervistati dichiara di svolgere una vita relazionale molto legata alla famiglia o comunque alla comunità indiana. Queste relazioni sono in largamente mediate dalla chiesa considerato che il luogo di relazione di eccellenza oltre al lavoro è rappresentato dalle parrocchie. Un altro luogo di frequentazione, sebbene non necessariamente relazionale, è rappresentato dalle biblioteche pubbliche; un'abitudine verosimilmente retaggio culturale dall'esperienza vissuta nel paese di origine.

I rapporti con gli italiani si riducono quasi esclusivamente all'ambiente lavorativo: molto rare le frequentazioni con i colleghi al di fuori del lavoro così come anche pochi i casi di relazione con italiani, ma anche con stranieri di altre comunità, mediate ad esempio dagli amici dei figli a scuola o in parrocchia.

Diverso è il caso dei figli che per ammissione degli intervistati, grazie alla scuola ed alla parrocchia frequentano bambini italiani e/o di altre nazionalità. Significativa a questo proposito il seguente estratto di intervista: *"I miei figli hanno fatto gli scout, loro hanno amici, escono con gli amici italiani, non ci sono problemi, sono inseriti bene"* [intervista I04]. che evidenzia in tutta chiarezza la percezione nelle differenze che l'intervistata ha del suo vissuto di integrazione sociale in Italia, di fatto limitato alla famiglia e alla comunità indiana, rispetto a quello dei suoi figli.

Questa diffusa difficoltà di relazione con la società italiana emersa dall'indagine, è probabilmente da ascrivere alle diversità tra la cultura indiana e italiana, per quanto riguarda alcuni comportamenti in particolare nella vita privata, come, ad esempio, il rapporto di genere e tra generazioni diverse, e in quella pubblica rispetto ad esempio alle relazioni con gli insegnanti ed in generale con le persone che hanno uno status sociale diverso. Insieme a questi motivi non si può comunque ignorare gli effetti che i cambiamenti che i movimenti delle popolazioni da una nazione all'altra hanno assunto dalla fine del secolo scorso a oggi con l'accrescersi della globalizzazione. Come affermato dal sociologo Richard Sennet in un recente studio (2014) *“la parola immigrazione è diventato un termine improprio: la gente non va più da un posto all'altro e poi si assimila.....la globalizzazione ha messo fine allo spostamento di persone da un luogo all'altro come evento decisivoMantenere la propria identità”* continua *“da un certo potere di essere riconosciuti nella società civile, che invece integrazioni magari forzate, non sono in grado di assicurare”*.

In nessun caso emergono situazioni di discriminazione con i colleghi Italiani (avvolte qualche malagevolezza incontrata con i colleghi romeni che *sono* definiti prepotenti). Qualche criticità, ma non dovuta all'etnia, bensì alle difficoltà nei rapporti di ruolo, si registra con il personale ausiliario, che spesso si rileva poco collaborativo a svolgere le funzioni che gli competono: una criticità forse comune anche agli infermieri italiani. A fronte di questi comportamenti del personale ausiliario l'atteggiamento prevalente negli indiani è di evitare il conflitto di svolgere in termini sostitutivi quanto chiesto e non eseguito dagli ausiliari. Nessun problema relazionale riscontrato con il personale medico se non quelle difficoltà che denuncia la categoria degli infermieri a prescindere della loro nazionalità sintetizzabile nell'affermazione di uno degli intervistati che a questo proposito racconta *“con i medici non è sempre semplice la relazione, questi non comprendono le nostre capacità ed autonomia professionale e tendono a non riconoscere il fatto che noi stiamo 24 ore vicino al paziente e sappiamo più di loro della questione clinica”*. [Intervista I12].

Qualche episodio d'intolleranza, comunque isolato e non tale da assumersi come paradigmatico, è emerso con i pazienti, in genere anziani con livelli d'istruzione media bassa. Si tratta però di episodi che si manifestano di solito al primo contatto, ma che rientrano sempre quando il paziente riconosce le competenze e capacità di chi lo assiste e cura. Anche a fronte di questi accadimenti la reazione degli infermieri indiani è di tolleranza e accettazione.

Rispetto invece a vissuti di discriminazione, qualche episodio viene denunciato al di fuori del posto di lavoro, nella vita quotidiana dove non mancano battute relative al fatto che qui manca il lavoro per gli italiani e che quindi i lavoratori stranieri dovrebbero rientrare nei loro paesi di origine. Si tratta di avvenimenti che sono comunque percepiti da gran parte degli intervistati come marginali e come tali ignorati come chiaramente espresso in una delle interviste condotte a questo proposito si afferma: “ per la questione dalla pelle scura ho avuto episodi di ignoranza nella strada o al supermercato, aggressioni di persone ignoranti, non è un atteggiamento della società o degli italiani: episodi di individui senza logica per me” [intervista I20].

3.2.4. L'esperienza lavorativa

Un denominatore comune di recriminazione – sebbene sempre con la modalità mai conflittuale che caratterizza gli indiani intervistati – presente trasversalmente in quasi tutte le testimonianze raccolte, è costituito da un vissuto lavorativo in cui si lamenta il poco riconoscimento del loro status professionale di infermiere da parte soprattutto dal personale ausiliario, ma anche non di rado dai pazienti, in particolari quelli più anziani. Una differenza di riconoscimento che viene rimarcata sulla base di quelli che sono stati i vissuti nel loro Paese di origine: “*gli infermieri in Italia sono visti come badanti, invece nel mio Paese (India) sono come i medici, sono rispettati*” [intervista I05]. Una percezione lavorativa che probabilmente non li differenzia sostanzialmente dai loro colleghi infermieri italiani, che se intervistati in proposito probabilmente lamenterebbe la stessa situazione, ma che è verosimile sia aggravata dalla loro condizione di straniero.

Rispetto al modo di lavorare, quelli formati in India, dichiarano di avere trovato nella fase iniziale del loro lavoro in Italia alcune difficoltà conseguenza delle differenze nelle procedure/protocolli tra India e Italia: difficoltà comunque superate con l'esperienza e l'apprendimento.

Nei confronti delle condizioni contrattuali non si denunciano differenze con i colleghi italiani. Certo però, in questi ultimi anni con la crisi che sta interessando il settore sanitario, si lamenta, in particolare nelle strutture private, ritardi nel pagamento degli stipendi e soprattutto nel peggioramento delle condizioni di lavoro e sulla qualità dei servizi offerti. Di nuovo però non vengono percepite a questo proposito differenze con i colleghi infermieri autoctoni: tutti a prescindere dalla nazionalità vivono una condizione peggiorativa del loro lavoro, sia come impegno sia come retribuzione. L'atteggiamento prevalente negli indiani è quello però dell'accettazione di questa situazione *“c'è più lavoro a parità di condizioni contrattuali, non ci riconoscono gli straordinari: però va bene anche così, c'è lavoro questo è importante”* [intervista I08].

Non si rilevano episodi di discriminazioni nell'accesso al lavoro, anzi alcuni ci raccontano che nelle loro strutture la discriminazione è verso gli italiani: preferiscono infermieri stranieri probabilmente perché percepiti come più adattabili e con una propensione e disponibilità relativamente maggiore a svolgere lavori “duri” sotto il profilo dei compiti e dei turni. *“In questo momento continuano a prendere infermieri stranieri: abbiamo molti infermieri rumeni. Se sono bravi vengono assunti e lavorano. Dipende tutto da come fai il tuo lavoro. Si valuta sulla competenza della persona e non su altro”*. [Intervista I05].

Interessante la percezione che alcuni degli intervistati hanno rispetto ai giovani infermieri italiani che si avviano alla professione: *“Tanti ragazzi italiani appena laureati in scienze infermieristiche hanno iniziato a lavorare in questo reparto, quasi tutti però dopo neanche un mese hanno lasciato perché qui il lavoro è molto pesante, si deve lavorare molto”*. [Intervista I08].

Questa generale propensione degli infermieri indiani ad accettare e adattarsi ad un impegno di lavoro molto gravoso che, in particolare nelle strutture sanitarie

private, è spesso non rispettoso delle regole contrattuali della categoria, rischia, a fronte delle attuali difficoltà occupazionali della categoria, di alimentare situazioni di difficoltà se non addirittura conflitto, con il personale infermieristico autoctono. Una situazione che sebbene sinora, stando a quanto emerso dall'indagine di campo, non sembra presentarsi, da alcuni intervistati, viene però percepita come latente, e come tale meritevole di attenzione, così com'è dichiarato in termini molto espliciti in una delle testimonianze raccolte: *“il fatto che sono ormai tanti i giovani infermieri italiani che non riescono a lavorare mentre ancora gli stranieri, quanto meno quelli della mia comunità, si è esclusivamente dovuto al fatto che noi per bisogno siamo disponibili ad accettare condizioni di lavoro difficili. Questo per me è un problema perché bisogna mantenere la dignità e la qualità del lavoro. Quando uno accetta di lavorare per 10 euro tutto il giorno questo crea un'invidia fra poveri. Magari uno lo fa per la sopravvivenza l'altro non lo fa per la dignità. Questa crisi sta facendo peggiorare la convivenza sociale. Non per me in particolare però anch'io sono parte della società quindi la conseguenza è anche nostra. No?”* [intervista I20].

Con riguardo sempre agli effetti della crisi e delle difficoltà che stanno interessando il settore della sanità nel Lazio, ed a Roma in particolare, molti degli intervistati raccontano di colleghi stranieri che hanno deciso di lasciare l'Italia per svolgere la professione in altri Paesi, dove sono meglio remunerati e godono di un maggiore riconoscimento sociale e di status. Nessuno degli intervistati ritiene comunque a breve di cambiare Paese, pesa l'impegno vissuto per inserirsi nel mercato del lavoro italiano e quindi si fa fatica a pensare di ricominciare un nuovo percorso migratorio. Molti poi, come si è visto, hanno qui la loro famiglia, e per quanto, com'è emerso, hanno un rapporto con il sistema dell'istruzione italiano non ottimale, sanno comunque delle difficoltà di adattamento che i figli incontrano quando si cambia Paese, e per questo motivo in pratica non prevedono, almeno fino a quando hanno lavoro, di muoversi verso altre destinazioni migratorie. Rispetto al rientro in India, i sentimenti sono diversi: quasi tutti lo desiderano, nella pratica però quelli che dichiarano di rientrare in un periodo

relativamente contenuto sono solo quelli le cui famiglie e figli vivono in India. I più pensano a un rientro una volta ritirati dal lavoro, pochi come possibilità di opportunità lavorativa in quanto per quanto le condizioni di lavoro in Italia siano peggiorate rimangono ancora in media competitive rispetto all'India ed inoltre la normativa indiana che limita a 35 anni la possibilità di accesso come infermiere nel settore sanitario pubblico rappresenta un elemento di scoraggiamento per molti degli intervistati la cui età ha superato questo limite. Ovviamente potrebbero rientrare a svolgere la loro professione nel settore privato, dove però le condizioni retributive e lavorative, un po' come in Italia, non sono particolarmente attrattive.

Se si analizza in maniera più di dettaglio l'impegno lavorativo svolto emerge, come elemento comune alle esperienze vissute da tutti gli intervistati sia per chi è occupato nel privato quanto nel pubblico (solo 2 in quanto hanno preso la cittadinanza italiana), la percezione di non aver alcuna possibilità concreta di carriera. A nessuno degli intervistati sono affidati compiti di responsabilità di tipo organizzativo, anzi non mancano lamenti di un sotto utilizzo delle loro capacità e competenze professionali “..... *qui io per il 90% sto facendo il lavoro di OSS solo per il rimanente 10 posso dire di fare l'infermiere*” [intervista I02]. Sempre rispetto al lavoro, chi ha maturato una precedente esperienza lavorativa in India, lamenta nella loro lavoro attuale una tendenza a scaricare sugli infermieri compiti che dovrebbero essere svolti da altre categorie, in particolare dagli OSS, il che non avveniva in India dove i rapporti sono molto più demarcati ed ad un infermiere è chiesto di svolgere “*solo i compiti infermieristici*” [intervista I06].

Va però anche evidenziato che non mancano inserimenti in reparti di responsabilità in cui si è chiamati, ad una prestazione infermieristica non di routine e di qualità, il che testimonia il fatto che la formazione ricevuta nel paese di origine (l'India) e le esperienze lavorative svolte sono giudicate valide e competitive rispetto ad esempio ai colleghi di altre nazioni inclusi gli autoctoni. “*Sto lavorando in un reparto di terapia intensiva. Siamo molto specializzati, molti pazienti vengono da altre regioni. Io personalmente mi occupo anche d'accettazione del paziente, faccio la prima accoglienza Professionalmente*

per quello che faccio sono gratificato....” [intervista I20]. Un lavoro com'è stato spiegato di responsabilità perché è in questa fase che si stabilisce come sta il paziente e si avvia il suo percorso di cura.

Pochi sono tra gli infermieri intervistati quelli iscritti al sindacato. Chi ha esperienze sindacali le ha avute all'inizio della loro carriera in Italia perché così consigliati dai colleghi, ma dopo pochi anni ne sono usciti ritenendolo poco utile e non percependo uno specifico valore aggiunto dall'essere iscritto. Diversi si sono invece iscritti recentemente per sentirsi cautelati rispetto alle difficoltà che stanno vivendo nei luoghi di lavoro ed ad un crescente sentimento di insicurezza ed incertezza lavorativa. Nessuno però partecipa attivamente e con continuità alle iniziative sindacali, al massimo qualche assemblea. La nozione prevalente che gli intervistati hanno del sindacato è quella di un soggetto poco utile, non orientato in alcun modo ad affrontare specifiche problematiche degli infermieri stranieri, tendenzialmente percepito come auto referenziale non attento ad acquisire i bisogni ed a farsene portavoce.

3.2.5. La formazione

Come si è anticipato, se non nel caso di chi è arrivato in una fase storica in cui vi era evidente carenza normativa in materia, nessuno degli intervistati che aveva conseguito il suo titolo di studio in India ha incontrato particolari difficoltà di riconoscimento ed accreditamento del titolo. Anche rispetto all'esame presso il Collegio IPASVI, non emergono tra gli intervistati vissuti negativi: l'unico elemento indicato come problematico è connesso alla insufficiente conoscenza della lingua italiana. Per questo motivo in diverse interviste è emersa la richiesta di potere fruire di corsi di italiano offerti dal Collegio stesso.

Tutti gli intervistati formati in India affermano che il livello professionale da loro posseduto era comunque adeguato a svolgere il lavoro in Italia. Anzi è diffusa l'idea, come si è avuto modo di anticipare, che la formazione ricevuta nel loro paese di origine sia qualitativamente superiore a quella dei colleghi italiani. In India, stando all'opinione di alcuni intervistati, si curano di più gli aspetti pratici

della professione: *“la teoria è uguale, però la parte pratica di tirocinio è diversa è più curata in India, gli infermieri tirocinanti sono seguiti con continuità da un tutor infermiere e da uno medico”* [intervista I09]. La maggiore esperienza pratica deriva probabilmente dal fatto che il sistema formativo/educativo indiano riprendendo quello inglese è relativamente più orientato all’applicazione, però è anche vero, com’è stato fatto osservare da un intervistato che *“in India vi è carenza negli ospedali di macchinari diagnostici e di cura tecnologicamente avanzati, per cui si è vero che si fa più esercitazione però è anche vero che certi apprendimenti di pratica non sono di fatto possibili”* [intervista I18].

Nei confronti della frequenza a corsi di aggiornamento e riqualificazione, la larga maggioranza degli intervistati si limita a fare il minimo indispensabile. Le motivazioni ricorrenti sono la disponibilità di tempo: *“ormai il lavoro prende sempre di più e nel poco tempo che rimane c’è la famiglia da accudire”* [intervista I09]. I corsi sono spesso a pagamento e, soprattutto nel caso di quelli universitari, molti intervistati li ritengono eccessivamente costosi. Su 20 intervistati solo 2 hanno investito in un corso di Master universitario. Diversi intervistati, sente però il bisogno di formazione continua giacché, per risparmiare sui costi, questa quasi non è ormai più erogata dai datori di lavoro. Le esigenze maggiori di formazione riguardano l’utilizzo delle nuove tecnologie informatiche: *“in reparto si comunica tutto attraverso il computer, io ho molte difficoltà per fortuna che ci stanno i colleghi che mi danno una aiuto”* [intervista I04], o ancora, nel caso di chi lavora sul territorio, l’acquisizione delle competenze necessarie ad assistere un paziente con una specifica patologia, come ad esempio un malato di SLA.

3.2.6. La percezione del Collegio

Con riguardo al Collegio IPASVI di Roma emerge una conoscenza del tutto marginale. Limitata spesso alla sola iscrizione necessaria per lo svolgimento della professione di infermiere, in larga misura si ignorano le opportunità e servizi offerti dal Collegio. Molti tra gli intervistati interpretano l’IPASVI come un luogo

a cui ci si rivolge se ci sono problemi, un po' alla stessa stregua di un sindacato o addirittura di un centro per l'impiego. Non rare le affermazioni raccolte del tipo *“non ho mai avuto problemi sul lavoro quindi non mi sono mai rivolta al Collegio”* [intervista I08] o ancora *“il Collegio IPASVI potrebbe essere utile a trovare lavoro”* [intervista I05]. Nel caso di quelli che hanno una conoscenza meno approssimativa delle attività del Collegio, si può affermare che in pratica quasi tutti denunciano una difficoltà informativa rispetto ai corsi di formazione offerti: *“quando vai a vedere su internet c'è un corso con 25/30 posti, provi ad iscriverti e scopri che sono tutti occupati. Il Collegio dovrebbe fare più corsi ed dare più comunicazione di questa offerta”*. [intervista I08]. I più ritengono necessario, come si è detto, un maggiore impegno del Collegio sulla lingue, ed in particolare riterrebbero auspicabile la realizzazione di un corso di italiano infermieristico finalizzato ad insegnare tutte le parole in uso nella professione. Quello della lingua è un problema molto sentito dagli infermieri indiani che faticano molto ad inserirsi sul lavoro proprio perché poco padroni dell'italiano: *“questo sarebbe anche una promozione per gli infermieri perché sarebbero più capaci di parlare e di spiegare”*. [intervista I02].

Non mancano apprezzamenti da chi, per motivi fondamentalmente di interesse personale, si trova a frequentare il Collegio e ne utilizza i servizi: *“la biblioteca è una grande opportunità per noi, e se uno riesce ad andarci con relativa continuità si scopre che l'IPASVI da tante informazioni sui lavori, sulla cultura ... è sempre un vantaggio per noi infermieri indiani...”*. [Intervista I11].

Volendo trarre un'indicazione di sintesi, aiuta la testimonianza di un intervistato particolarmente impegnato nelle attività del Collegio, che afferma *“..... l'IPASVI si deve impegnare a coinvolgere molte più gli infermieri, non penso solo agli indiani, agli stranieri ma in generale a tutti gli iscritti, Ci vuole più informazione su quello che si fa,.... più partecipazione dall'esterno. Il Collegio dovrebbe impegnarsi ancora di più rispetto a quanto già fa, nella difesa dei diritti dei professionisti. Con tutti i mezzi possibili bisogna difendere la dignità dell'infermiere che in questo momento è più che mai calpestata: agire*

quindi con molta fermezza se no si rischia di perdere di credibilità nei confronti dei propri iscritti". [Intervista I20].

Box 3.2.1: Principali caratteristiche della comunità indiana in Italia.

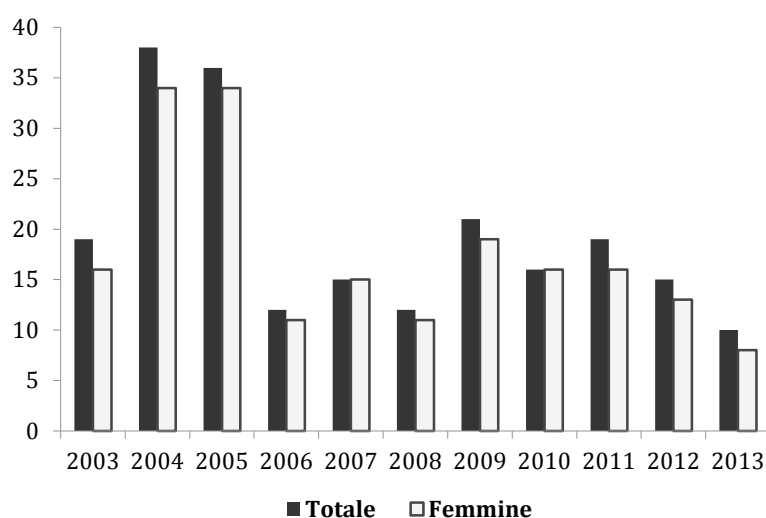
Gli indiani migranti regolarmente soggiornanti in Italia sono pari a 150.462 (dato 2013), pari al 4% del totale dei cittadini non comunitari (+5.298 unità rispetto al 2012). Una presenza indiana che quanto meno dalla metà del decennio scorso si è caratterizzata per una crescita lineare che ha portato la comunità dalle 86.930 presenze del 2008 al dato suddetto del 2013, con accelerazione, in questo trend di crescita, 2009 e nel 2010 quando il numero di cittadini provenienti dall'India ha subito un incremento rispettivamente del 21% e del 23%. I cittadini indiani, con 150.462 presenze, rappresentano il 15% dei migranti di origine asiatica ed il 4% del complesso dei non comunitari regolarmente soggiornanti. Nel corso dell'anno 2012 sono stati autorizzati all'ingresso in Italia 263.968 cittadini non comunitari, per motivi di lavoro, famiglia, studio, ed altre motivazioni. Di questi 11.718 ingressi hanno riguardato cittadini indiani, 7.186 uomini e 4.532 donne. Con il 4,4% degli ingressi, la comunità indiana rappresenta la quinta per numero d'ingressi nel 2012. Con riferimento alle motivazioni degli ingressi dei cittadini indiani, riferiti all'anno 2012, prevalgono le autorizzazioni per motivi familiari, che interessano oltre il 46% del totale, un valore di circa 2 punti percentuali superiore rispetto a quello riscontrato per il totale dei cittadini non comunitari (44%). Il lavoro rappresenta la seconda motivazione per numero di ingressi, con un'incidenza pari al 41,5% (+14,6% rispetto al complesso dei non comunitari). La comunità indiana in Italia, con il 62,4% di presenza maschile rispetto al 37,6% di donne, rivela una polarizzazione di genere più marcata rispetto al complesso dei cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia, tra la quale si registra una sostanziale parità tra i generi (50,7% uomini; 49,3% donne). L'analisi della distribuzione per classi d'età all'interno della comunità indiana evidenzia come la classe di età prevalente sia quella compresa tra i 30 ed i 39 anni, in cui ricade il 28% dei cittadini indiani regolarmente soggiornanti (valore superiore di 5 punti percentuali rispetto a quello registrato nel complesso dei migranti non comunitari regolarmente soggiornanti), seguono i minori con un'incidenza prossima al 25%. I minori di origine indiana regolarmente soggiornanti al 1° gennaio 2013, ammontano infatti a 37.150. Tra gli under 18 di cittadinanza indiana, si rileva una proporzione tra i due generi più equilibrata rispetto alla comunità complessivamente considerata: circa il 44% dei minori è di genere femminile a fronte del 37,6% dei regolarmente soggiornanti provenienti dall'India. In riferimento alla distribuzione territoriale, il Nord con il 67,5% delle presenze, rappresenta la prima meta della comunità indiana in Italia, con un'incidenza superiore di oltre due punti percentuali rispetto a quella riscontrata nel complesso della popolazione immigrata, pari al 65%. Le regioni di maggior insediamento della comunità in esame sono la Lombardia, il Lazio e l'Emilia Romagna. Le persone in cerca di lavoro appartenente alla comunità indiana, stando alle elaborazioni di Italia Lavoro su dati Istat, sono il 6,4% della relativa popolazione presente in Italia in età lavorativa, corrispondente ad un tasso di disoccupazione interno alla comunità dell'11,2%; valore superiore di 3 punti percentuali rispetto al complesso del continente asiatico, ma inferiore di un punto al dato relativo agli altri Paesi dell'Asia centro meridionale (12,3%), e di tre punti al dato registrato per il totale dei cittadini non comunitari (14,5%).

Rilevante la percentuale di cittadini inattivi rilevata all'interno della comunità indiana: 42,4%, valore superiore di 6 punti percentuali rispetto a quello registrato dagli altri Paesi dell'Asia centro meridionale (36,3%), di circa 12 punti percentuali al totale dei paesi asiatici (30,6%) e di quasi 10 al complesso dei cittadini non comunitari (32,7%). La distribuzione per settori di attività degli occupati di origine indiana risulta la seguente: il 37% è impiegato nell'Industria (di cui il 32% nell'Industria in senso stretto e il 5% nelle Costruzioni), il 34% nei Servizi (con il 10% nei servizi alle imprese e l'11% impiegato in servizi pubblici, sociali e alle persone), il 29% in Agricoltura. La classe di reddito più significativa per gli indiani immigrati è quella compresa tra i 1.001 e i 1.250 euro (29%) seguita dalla classe immediatamente inferiore (da 751 a 1.000 euro) con il 25%. Spicca la percentuale di lavoratori indiani che percepisce un reddito superiore ai 1.500 euro mensili (10%) superiore di 5 punti percentuali rispetto ai lavoratori non comunitari. Nel 2012, i lavoratori indiani con un rapporto di lavoro dipendente sono oltre 68mila; in circa la metà dei casi (47%) si tratta di lavori a tempo indeterminato, mentre oltre 10mila (15%) ha un contratto a tempo determinato e ben 25mila (37%) sono i dipendenti agricoli. Rilevante il numero di lavoratori domestici, che supera le 10mila unità. Prevalente tra i lavoratori indiani un'istruzione secondaria di primo grado, la cui incidenza è pari a 46,7%; valore che si discosta di 7 punti da quello riguardante il totale degli occupati non comunitari (39,5%). I cittadini indiani occupati nel nostro Paese che hanno almeno un livello di istruzione secondario di secondo grado sono il 36% (di cui il 9% anche con istruzione terziaria).

3.3 Gli infermieri peruviani a Roma

Passando a considerare la specifica componente degli infermieri peruviani presenti a Roma, i dati raccolti ed elaborati dal Collegio IPASVI, e che considerano gli ultimi undici anni disponibili, mostrano una concentrazione di nuovi arrivi negli anni 2004 e 2005 quando il Collegio IPASVI ha registrato il picco del numero delle nuove iscrizioni provenienti dal Perù. (*cf.* Grafico 3.3.1) La comunità infermieristica peruviana è quindi nel tempo cresciuta arrivando a circa 250 peruviani infermieri iscritti al Collegio IPASVI (dato raccolto nell'aprile 2014) con un incremento continuo anche se solo di qualche unità dall'anno 2011, ma soprattutto con pochissime cancellazioni nel tempo: il Grafico 3.3.2 mostra la crescita nel tempo della comunità infermieristica peruviana, raffrontandola con l'andamento del numero dei nuovi iscritti al Collegio di nazionalità peruviana e di quanti ne chiedono la cancellazione.

Grafico 3.3.1 – Andamento degli infermieri peruviani nuovi iscritti al Collegio IPASVI di Roma (totale e donne, v.a.).



Fonte: nostre elaborazioni su dati Collegio IPASVI di Roma, 2013.

Tabella 3.3.1 – Andamento del totale degli infermieri peruviani iscritti al Collegio IPASVI di Roma con raffronto sul numero dei nuovi iscritti e dei cancellati nell'anno (v.a., vari anni, il dato 2014 è al 1.6.2014).

Anno	Totale Iscritti	Peruviani	Di cui	
			Iscrizioni	Cancellazioni
2004	23.259	119	39	7
2005	24.239	152	35	2
2006	25.383	158	12	6
2007	26.309	169	13	2
2008	26.879	178	11	2
2009	28.212	196	21	3
2010	29.082	208	16	4
2011	30.082	227	20	1
2012	31.118	241	16	2
2013	31.969	245	12	8
2014	32.060	249	6	2

Fonte: nostre elaborazioni su dati Collegio IPASVI di Roma, 2014.

Se poi si considera l'universo di riferimento della ricerca, si ritrovano molti caratteri tipici della condizione lavorativa dei migranti provenienti dal Perù in Italia descritti nelle prime due parti del presente *paper*.

In particolare, considerando le informazioni raccolte nello Schema 3.3.1, il gruppo intervistato è costituito per la totalità da donne (ci sono solo 2 uomini su 20 intervistati) e hanno età comprese tra i 33 (limite inferiore) e i 57 anni (limite superiore), con una concentrazione tra i 46 e i 50 anni (in valore assoluto sono 7 intervistati su 20), e una equa ripartizione tra i 40 e i 45 e oltre 51 anni (con valori rispettivamente di 6 e 4 infermieri). Inoltre solo 5 infermieri su 20 hanno conseguito il titolo in Italia: la maggior parte quindi, parte dal Perù con un titolo in tasca, per inserirsi in maniera professionale specifica nel mercato del lavoro italiano, anzi in alcuni casi, ha potuto usufruire delle cosiddette "quote riservate" del Decreto Flussi per tale tipo di inserimento. Infine dal punto di vista degli aspetti contrattuali e relativi al luogo di lavoro, la ricerca ha avuto la possibilità di raccogliere informazioni ed esperienze da una molteplice rappresentanza di ambiti lavorativi e tipi contrattualistici e luoghi di lavoro: sanità pubblica, sanità privata convenzionata, assistenza domiciliare, e poi contratti temporanei (di differenti tipi, a tempo determinato, a progetto, a prestazione) ma anche indeterminati nella cooperazione sociale o anche nel settore pubblico (nel caso di infermieri anche con cittadinanza italiana).

Nelle parti seguenti verranno considerati alcuni aspetti relativi all'integrazione professionale e sociale delle persone intervistate, facendo in molti casi "parlare" gli stessi infermieri, ovvero utilizzando le espressioni così come sono state raccolte dai ricercatori nel corso delle interviste. In particolare saranno quattro gli approfondimenti principali, ovvero il progetto migratorio, le condizioni di inserimento sociale, la formazione e le opinioni relative al Collegio e al vivere nella città di Roma.

Schema 3.3.1 – Alcuni caratteri del gruppo di infermieri peruviani intervistati.

<i>Codifica utilizzata</i>	<i>Sex</i>	<i>Età</i>	<i>Stato civile</i>	<i>Titolo di studio</i>	<i>Luogo di conseguimento</i>	<i>Ambito lavorativo</i>	<i>Tipo di contratto</i>
P01	F	51	Coniugata	Laurea	Perù	Ass.Domiciliare	Contratto a progetto
P02	F	40	Single	Laurea	Italia	Cooperativa Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P03	F	46	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Agenzia Sanità pubblica	Tempo determinato
P04	M	52	Coniugato con figli	Laurea	Italia	Sanità privata	Tempo indeterminato
P05	F	41	Coniugata	Laurea	Italia	Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P06	F	57	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Cooperativa	Partita Iva
P07	F	41	Coniugata	Laurea	Perù	Sanità privata	Tempo indeterminato
P08	M	51	Coniugato con figli	Laurea	Perù	Sanità privata	Tempo indeterminato
P09	F	45	Single	Diploma	Italia	Ass.Domiciliare	Partita Iva
P10	F	44	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P11	F	33	Coniugata	Laurea	Italia	Cooperativa Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P12	F	47	Coniugata	Laurea	Perù	Cooperativa Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P13	F	46	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Cooperativa Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P14	F	47	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Cooperativa Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P15	F	49	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Sanità privata	Tempo indeterminato
P16	F	47	Single	Laurea	Perù	Ass.Domiciliare	Tempo indeterminato
P17	F	36	Coniugata con figli	Laurea	Perù	Sanità privata	Tempo indeterminato
P18	F	50	Coniugata	Laurea magistrale	Italia	Sanità pubblica	Tempo indeterminato
P19	F	52	Single	Laurea	Perù	Ass.Domiciliare	Tempo determinato
P20	F	43	Single	Laurea	Perù	Cooperativa Sanità pubblica	Tempo determinato

3.3.1. Il progetto migratorio

Analizzando le risposte date alle domande che hanno come riferimento il progetto migratorio del nostro campione, quasi la metà degli intervistati sono in Italia da venti od oltre i venti anni, mentre i rimanenti da meno di venti anni (in un caso non si ha l'informazione). Sul totale 14 sono venuti direttamente a Roma dal loro paese, mentre i restanti sono stati in altre città italiane prima di iniziare a lavorare nella Capitale o in altri paesi (uno in Svizzera). L'universo di riferimento dell'indagine è quindi caratterizzato da una presenza di lunga durata nella Città e da un livello di esperienza lavorativa importante. Del resto anche i dati relativi

alla presenza di migranti provenienti dal Perù, mostrano che l'insediamento di questa comunità ha avuto inizio già negli anni Novanta (anni di crisi per il Paese di provenienza) e probabilmente gli intervistati si inseriscono nei primi flussi di arrivo dal Paese.

Il progetto migratorio è stato inoltre strettamente legato all'inserimento occupazionale nella professione infermieristica. Infatti dei 20 partecipanti all'intervista la metà ha risposto alla domanda «Che cosa ti ha spinto ad affrontare questa professione?» e ha dato risposte che indicano passione, interesse e curiosità, senza che vi fosse una reale pressione da parte di parenti, amici e situazioni economiche e sociali: *“Una bella storia. A scuola eravamo un gruppo di amiche, cinque amiche, già un anno prima avevamo deciso di fare le infermiere. Non lo so perché avevamo preso questa decisione. Forse nasci così e non lo sai, oppure ti scatta qualcosa dentro. Di noi cinque solo due abbiamo fatto le infermiere, una si è fatta suora, una lavora in banca e un'altra ha fatto gli studi di archeologia. È un percorso bello duro. In Perù non è come in Italia, si studia tanta teoria anche, quasi come medicina. Si fanno tanti tirocini, tanta esperienza in ospedale prima di diventare infermiera. C'è la specializzazione. È lungo”*. [Intervista P20]. Ognuno di loro per motivazioni differenti si è approcciato alla professione perché era quello che desiderava, scegliendo di emigrare in un altro paese pur di continuare a farla: *“Ero convinta dall'inizio e non mi pento, anzi ringrazio Dio di aver scelto una professione con il cuore. Non mi pesa il lavoro, mi piace stare vicino ai pazienti”*. [Intervista P06].

Solo in un caso [intervista P05], tale professione si è presentata dopo una serie di scelte rivelatesi sbagliate; in altri due casi è stata determinata dalla pressione esercitata dal coniuge.

A dimostrazione dell'interesse a esercitare la professione in Italia, di tutti i partecipanti all'intervista 15 hanno conseguito il titolo di studio nel loro Paese, mentre i restanti lo hanno conseguito una volta in Italia. Dall'ultima rilevazione condotta dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI si nota che gli infermieri stranieri che hanno ottenuto il titolo nella propria nazione sono, in

effetti, più numerosi (73,5%); dato, questo, che si riscontra nel nostro lavoro e che mostra che l'universo da noi intervistato è molto orientato all'attività infermieristica. In un caso [P02] l'intervistata aveva iniziato gli studi in Perù e una volta arrivata in Italia piuttosto che riconoscere qualche esame ha preferito riprendere il percorso di studio da capo. Bisogna anche ricordare il caso di un infermiere che già laureato nel suo paese ha conseguito un'altra laurea in Italia e ha proseguito gli studi con due Master [P16]: *“L'infermiere è una delle professioni più belle che possano esistere, altrimenti non mi sarei laureata due volte. Avrei potuto fare il medico qui. Non avendo figli avendo le possibilità di tutti i master che mi so fatta, avrei potuto laurearmi in medicina. Ma no, io sono nata per fare l'infermiera”*. [Intervista P16].

Come ben descritto dal volume a cura di Stievano-Bertolazzi (2013) seppure i percorsi universitari abbiano molta eterogeneità nel continente sud-americano, tuttavia la tradizione di studi infermieristici è consolidata e risente anche di studi superiori (dottorati, ad esempio) su modelli nord-americani. Per quanto riguarda poi, più precisamente il caso peruviano, nello stesso volume Maria Ymelda Tolentino Diaz racconta che la prima scuola per infermieri a livello ospedaliero è stata aperta nel 1907²⁴, mentre nel 1957 è stata creata quella a livello universitario nella *Universidad Nacional de Huamanga* nella regione andina di *Ayacucho* e che secondo le informazioni risalenti al 2006, esiste un totale di quarantacinque istituzioni di formazione, pubbliche e private, con ventisette scuole infermieristiche legate a Facoltà universitarie e diciotto Facoltà infermieristiche specifiche. Tolentino Diaz afferma che «l'infermieristica in Perù ha un ricco potenziale per la continua crescita della professione, nelle diverse aree in cui afferisce, perché conosce e apprende dalla diversità culturale dei suoi assistiti, sviluppando nuovi modelli per garantire cure culturalmente pertinenti»²⁵.

²⁴ Per completezza la seconda scuola ospedaliera, aperta nel 1915, fu l'Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza nella città di Lima.

²⁵ Stievano – Bertolazzi 2013, *cit.*, pag. 52.

L'Autrice conclude anche dicendo «Tuttavia, l'emigrazione verso altre nazioni, fa riflettere sul capitale umano, che ora si disperde»²⁶.

Tutti i partecipanti hanno risposto alla domanda «Perché hai deciso di lasciare il tuo Paese?». Una parte sono arrivati in Italia, migrando in un altro Paese per motivazioni familiari, per raggiungere il coniuge, ma anche una sorella o un fratello, una madre, un'amica o per aiutare qualcuno in difficoltà. Dei rimanenti, alcuni sono migrati per motivi economici, in seguito ad un periodo di crisi del Paese di origine o per migliorare la propria condizione economica. Altri fattori determinanti la migrazione, estrapolati dall'intervista, sono motivazioni lavorative, ovvero offerte di lavoro in Italia, e “spirito di avventura” come espresso nello specifico da un intervistato [P04]: *“Io in Perù lavoravo in una fabbrica, ero un impiegato, lavoravo nella vendita, nell'ufficio vendite. Ho deciso di partire perché ho detto “Un po' di avventura!”, tanto ero solo, “Io ci provo!””*. [Intervista P04].

Sul totale degli intervistati, pochi hanno riferito di essere arrivati in Italia per vie irregolari, senza contatti particolari nel Paese di arrivo, tranne in un caso, che sembra interessante citare: *“Sono venuta direttamente a Roma. Tutto ciò per vie clandestine. Sì, anche per noi era molto difficile venire direttamente. In forma clandestina era più facile anche se si facevano più spese, perché in genere ti prendono un sacco di soldi per venire qua. Non sono venuta direttamente a Roma dal Perù, il percorso che ho fatto è stato fino a P. in C.. Da P. mi hanno fatto un collegamento a I., che era praticamente la frontiera con l'Italia, sono arrivata a ... non mi ricordo il posto in cui mi hanno portato con la macchina fino alla stazione del treno e con il treno sono venuta qui. A Roma ho vissuto la prima notte a casa della signora dove lavorava mia sorella. Dopo di che sono stata sbattuta dappertutto, perché non avendo un posto dove stare alla fine sono stata da un'amica, poi da una nipote e così via”*. [Intervista P01].

²⁶ Stievano – Bertolazzi 2013, *cit.*, pag. 52.

Le parole utilizzate per descrivere il viaggio, mostrano le difficoltà che molti stranieri si trovano tuttora ad affrontare, anche se si tratta di lavoratori qualificati: *“Sono arrivato clandestinamente. Le agenzie di là ti promettono [...] Sono dovuto per forza venire clandestinamente, non potevo venire da turista. Alla frontiera se vieni dal Perù come turista devi dimostrare di essere ricco e che poi torni in Perù, dopo 3 mesi, devi dimostrare che non ti puoi fermare. Il problema è anche uscire dal Perù. [...] Quando partivi dal Perù non potevi arrivare subito in Italia, non ti fanno entrare, ti rimandano indietro subito. Sono arrivato prima in C., a P. dove ci aspettava un taxi che ci avevano già segnalato prima, dovevamo solo dire il nome dell’agenzia X. E col taxi siamo arrivati alla frontiera italiana, L.. In G. ci hanno fermato, sono diffidenti lì, ci hanno tenuto 3 ore lì a guardarci come cani in gabbia, ti guardano dallo specchio che fai e che non fai e intanto ti hanno fatto la foto, controllato le valigie. Comunque, eravamo 2 taxi, 8 persone. A Lugano è stato difficile passare la frontiera, dovevamo studiare come fare. [...] Con un gruppo siamo andati a vedere il fiume dove si poteva passare, ma niente, era difficile. [...] Alla fine l’ho attraversata, era un ponte lungo: [...] Ce l’ho fatta, sono quasi caduto dopo che il ferro stava per rompersi, infatti sono rimasto pendente e sotto c’era un fiume, non so com’era, era febbraio, freddo, alla fine salto l’ultimo e rimango agganciato, la giacca si era agganciata. Allora l’altro mi vede e mi ha preso e poi siamo corsi, si sentivano i cani, la sirena della polizia, ci siamo nascosti in un mercato”*. [Intervista P04].

I restanti, invece, sono arrivati a Roma per via legale: alcuni si sono ricongiunti con un familiare, altri avevano amici già a Roma e altri sono stati aiutati dalle agenzie o cooperative italiane che hanno proposto loro un contratto, aiutandoli anche nella regolarizzazione del permesso di soggiorno. Un intervistato riferisce che in alcuni anni, erano proprio i datori di lavoro che cercavano lavoratori direttamente in Perù: *“Io lavoro per la Cooperativa “XY” e nel 2004 la cooperativa ha aperto un ufficio a Lima, in Perù e ha messo una pubblicazione nel giornale e alla radio cercando infermiere per l’Italia. Allora siamo andati a questo ufficio e mi hanno detto che in Italia avevano necessità di infermiere*

perché erano poche; ci hanno detto quali documenti dovevamo presentare e li abbiamo portati tutti; loro li hanno tradotti in italiano, hanno fatto tutti quanti i timbri e hanno fatto la pratica al Ministero della Salute per fare la convalida. Dopo che è uscita la convalida hanno dovuto fare al Dipartimento di Immigrazione per il nullaosta [...] Nel 2006 sono arrivata qua, però ho cominciato a fare le pratiche nel 2002 più o meno. Ci è voluto molto perché qua per fare la convalida del titolo è stato almeno due, tre anni perché era fermo nel Ministero della Salute. Quando sono arrivata avevo tutto pronto! Siamo arrivati qua, ci hanno aspettato all'aeroporto, ci aspettavano all'appartamento, era tutto organizzato. Veramente non ho sofferto come altre persone che hanno fatto un altro percorso". [Intervista P12].

Anche un'altra intervistata riferisce di sentirsi molto fortunata rispetto ai suoi connazionali, in quanto ha potuto avere un percorso di inserimento facilitato proprio grazie alla definizione di un progetto migratorio qualificato già nel suo Paese: *"Non sono venuta clandestinamente per fortuna. Sono arrivata subito a Roma il 10 settembre del 2003, il giorno dopo sono andata alla Questura, hanno fatto la pratica, hanno fatto la domanda per il permesso di soggiorno, il datore di lavoro è stato molto bravo, ci ha aiutato con i documenti. Mentre aspettavo tutta la documentazione, nel mio Paese avevo frequentato dei corsi di lingua italiana. A novembre il datore di lavoro mi ha fatto iniziare un percorso di inserimento teorico e pratico fino a gennaio. Una volta che mi hanno dato il permesso di soggiorno ho iniziato a fare per 3 volte a settimana 4 ore di lavoro pagato, non gratis. Ho superato l'esame, mi sono iscritta all'IPASVI, ho fatto tutta quella pratica e mi hanno dato un certificato che potevo lavorare. Con il permesso di soggiorno è iniziato anche il contratto di lavoro dal 2 febbraio del 2004 a tempo indeterminato". [Intervista P03].*

Alla domanda «Vivi il tuo percorso migratorio come transitorio o definitivo?» hanno risposto 16 intervistati su 20. Dei rispondenti, pochi hanno risposto che vivono il percorso migratorio come transitorio, altri credono che sia ormai definitivo e i rimanenti sono tentati dal lasciare l'Italia, ma ancora non hanno

preso una decisione: *“È una domanda difficile perché io mi trovavo bene là come mi trovo bene qui. È una questione di adeguamento. Ho un piccolo pensiero, ho aiutato abbastanza qui e penso che è arrivato il momento che devo aiutare anche la mia gente”*. [Intervista P15].

Tuttavia emerge una nota particolare dalle risposte degli intervistati che reputano definitivo il loro processo migratorio: gli intervistati tengono a sottolineare quanto non ci sia una totale convinzione nella loro decisione. Sono la maggioranza gli intervistati che identificano nella famiglia creata in Italia un ostacolo importante, che non consente loro di poter tenere in considerazione un ipotetico trasferimento, sia che si tratti di tornare al Paese d'origine sia di migrare in altro Paese. Le risposte verranno riprese nella parte conclusiva, ma appaiono come indicatori di un disagio che sta emergendo: *“Se io penso, penso di tornare in Perù. Perché adesso c'è una buona prospettiva, ho legami con l'università. Sono stato dirigente universitario, sono stato quasi 3 anni come insegnante universitario. Ho lasciato delle persone, adesso che ho ampliato la mia cultura, la mia formazione, non avrei nessuna difficoltà per entrare lì. Mi è stato anche proposto tramite un concorso ma purtroppo mi fermano i miei figli e anche mia moglie”*. [Intervista P08].

Collegata alla precedente, alla domanda «Se il tuo progetto è quello di lasciare l'Italia, pensi di rientrare nel tuo Paese di origine o di andare in un altro Paese, ed in questo caso quale e perché?» hanno risposto la metà degli intervistati. Se si considerano insieme le risposte date alle due domande, degli intervistati che alla domanda precedente avevano espresso il desiderio di spostarsi dall'Italia, alcuni di loro hanno deciso di tornare in Perù, mentre molto pochi vorrebbero provare nuove esperienze in altri Paesi del Nord Europa. Nel primo gruppo si percepisce anche un disagio occupazionale dovuto alle condizioni di lavoro in Italia, mentre nel secondo gruppo c'è più una curiosità di vivere in posti diversi, di apprendere cose nuove, sia dal punto di vista umano sia da quello professionale. Gli altri rispondenti a questa domanda fanno parte del gruppo di quelli in dubbio o parzialmente “decisi” a rimanere nel territorio italiano: hanno risposto 3 su 8 di

avere l'intenzione di tornare nel Paese di origine nel caso in cui decidessero di lasciare l'Italia, oppure se non avessero avuto vincoli qui.

Nel definire lo strumento da utilizzare per l'intervista, volendo approfondire gli aspetti di percezione sul cambiamento e sul processo migratorio, è stata inserita anche una domanda che voleva raccogliere le impressioni relative all'esperienza professionale acquisita in Italia e alle possibilità di un inserimento lavorativo qualificato nel paese d'origine. A questa domanda hanno risposto più della metà degli intervistati. Tutti sono d'accordo sul fatto che l'esperienza fatta in Italia è un valore aggiunto qualora decidessero di tornare nel loro Paese. Tuttavia, alcuni intervistati non ritengono di aver acquisito in Italia una formazione o delle conoscenze superiori rispetto alla loro patria, anzi, tengono a precisare l'alto livello formativo peruviano per quanto riguarda la categoria infermieri, reputato da loro nettamente superiore rispetto a quello italiano. *“Poi io sono rimasta un'infermiera generica, come la chiamano loro, mentre lì c'è l'infermiera pediatrica, l'infermiera geriatrica, l'infermiera della sanità pubblica, ecc.. Qui non si può fare carriera, mentre lì si. In Perù si fanno le “specialità”, posso anche fare un concorso ma devo avere queste “specialità”. Per il momento dovrò lavorare in clinica privata”*. [Intervista P03].

Volendo essere certi delle impressioni raccolte, una domanda “di controllo” ha inteso sapere se l'intervistato messo nelle condizioni di consigliare a un suo connazionale di venire in Italia a lavorare come infermiere, cosa risponderebbe? A questa domanda hanno risposto più della metà degli intervistati. Gli intervistati concordano quasi tutti sul non consigliare ad un proprio connazionale di venire in Italia a lavorare come infermiere (la maggior parte dei rispondenti). Diverse sono le motivazioni che hanno portato gli intervistati alla risposta data, ma in generale tutto verte sulla mancanza di lavoro dovuta alla crisi che sta vivendo il nostro Paese: *“Oggi? No. Che viene a fare? Ora c'è la crisi, in Italia non si guadagna tanto, non ci sono posti di lavoro, vedo tanti giovani anche italiani che non ce la fanno, che non trovano. E poi diventa difficile fare formazione, perché oggi devi*

essere sempre all'avanguardia” [intervista P19]. Qualcuno ha persino accennato a problemi di discriminazione, come riferisce l'intervistata P05: “Sono stata radicata 20 anni qui. Tutti i miei amici hanno un percorso ben radicato. In generale, direi loro di non scegliere l'Italia. Ho una cugina, laureata in fisioterapista a X, ha conosciuto un italiano, sta venendo a Y. Io le ho detto di rimanere là. Invece...In Italia, uno straniero non sarà mai un italiano. Anche se l'italiano medio ti dice che non è razzista, non è vero, lo sono con loro stessi, nord e sud. Lo straniero sarà sempre visto come straniero. Per il momento è così, poi si evolverà, spero. Ci sono già le seconde e terze generazioni. Già abbiamo il ministro straniera. Forse avremo un Presidente di origini peruviane”. [Intervista P05].

Solo un'intervistata ha risposto che, al contrario degli altri, suggerirebbe ad un suo connazionale di venire in Italia e, come prima cosa, gli consiglierebbe di imparare bene la lingua italiana, come strumento di inserimento.

Quindi considerando i 20 intervistati, il progetto migratorio degli infermieri peruviani che vivono e operano a Roma, si caratterizza per i seguenti elementi:

1. è un progetto “antico”, riguarda non un fenomeno migratorio recente, ma di almeno 10 anni fa, con caratteristiche di irregolarità nella prima fase e non generalizzabili;
2. è un progetto “qualificato”, riguarda principalmente lavoratori già in possesso del titolo di studio, ma con una finalità di “inserimento sicuro” anche se poi perseverano con passione nel loro lavoro;
3. è un progetto “finalizzato”, riguarda lavoratori interessati a svolgere la professione in Italia e in maniera definitiva.

Nelle parti che seguono si affronta il tema dell'inserimento lavorativo che si lega strettamente con il progetto migratorio. Si anticipa una conclusione che rende il gruppo degli infermieri peruviani differente da quello degli infermieri indiani intervistati, ovvero che la motivazione principale per venire in Italia è il lavoro e il

percorso migratorio viene vissuto come definitivo e quindi il lavoro fatto con regolarità, correttezza e professionalità rende possibile il desiderio di rimanere in Italia in maniera legale.

3.3.2. *L'integrazione sociale*

A livello generale si può affermare che dalle interviste non si evidenzia alcun problema significativo di inserimento nella realtà italiana degli infermieri peruviani che affermano di usufruire dei servizi e frequentano per lo più colleghi e persone italiane.

In questa parte infatti, vengono analizzate le risposte alle domande relative agli aspetti sociali date da coloro che esercitano la professione infermieristica a Roma e che provengono dal Perù. In particolare ci si soffermerà sull'ambito socio-professionale, sul rapporto con i colleghi e gli altri professionisti sanitari, sul rapporto con i pazienti, sulle condizioni di integrazione e sulla percezione della professione.

È stato chiesto «Potresti descrivere il tuo rapporto con i colleghi italiani? Con i colleghi stranieri? Con i peruviani presenti nella struttura? Con i medici? Con l'amministrazione?». Tutti gli intervistati hanno risposto a questa domanda. La maggioranza di loro (14 su 20) ha risposto di avere un ottimo rapporto con tutte le figure professionali che li affiancano nel loro lavoro, sia stranieri sia italiani. In particolare, nessuno ha espresso difficoltà insormontabili con i propri colleghi italiani: *“Non ho mai avuto problemi con i colleghi italiani. Abbiamo lavorato tante volte non insieme. Salvo in ospedale. In ospedale ho potuto conoscerli un po' di più perché lavoravamo in équipe. In domiciliare facciamo il turno e non lavoriamo insieme. In genere non ho trovato mai una collega italiana con difficoltà, almeno personalmente”*. [Intervista P06].

Nessun problema è stato rilevato per quanto riguarda il rapporto con colleghi stranieri di altre nazionalità; anzi, sembra che nasca quasi sempre un rapporto di complicità e di simpatia reciproca, proprio come racconta una infermiera intervistata: *“C'è un'affinità migliore. È come quando tu trovi un pugliese. Senti*

che ti capisce di più. C'è un'intesa. Anche se non è peruviano. C'è una gioia che ci capiamo solo noi. Senti che sono più aperti, senti che ti capiscono di più. Sento che succede anche a me, se trovo qualcuno a un certo livello, penso che quello ha lottato perché capisce anche il tuo vissuto. Ha lottato di più". [Intervista P05].

Non si rilevano come per gli indiani situazioni di discriminazione con i colleghi, qualche episodio di screezio ma non legato alla nazionalità è alimentato dal fatto che spesso gli infermieri stranieri sono più disponibili e adattabili al lavoro e questo "può dare fastidio" (riferito dall'intervistata P01). Una intervistata riferisce che si tratta quasi sempre di modi di essere più che caratteristiche particolari a livello culturale: *"Non direi che c'è questa differenza. Non c'è mai stata. Molto probabilmente, siccome noi... umanamente sto parlando, non professionalmente, perché professionalmente si vede sul campo come sei fatto. A livello umano, noi, posso vantarmi che noi sudamericani abbiamo un altro tipo di approccio. E questo a volte viene visto come: "ma guarda quella là, si vuole guadagnare l'affetto, no?". Mentre si vede che non è così che ci comportiamo in questo modo, ci viene naturale. Non è che diciamo "Tesoro" a un paziente tanto per farci belle. O per guadagnarci la loro stima. Viene proprio spontaneo. Questa parola, questo approccio spontaneo che è tanto sudamericano a volte non viene visto come tale. Questo è quello che disturba. L'atteggiamento, il comportamento tra noi colleghi, "diversi", tra virgolette, che poi non è così diverso". [Intervista P15].*

Il rapporto con i medici a volte viene vissuto come faticoso in quanto c'è un atteggiamento gerarchico di non riconoscimenti della professionalità degli infermieri. Anche in questo caso come per gli OSA non è un problema di nazionalità, è un atteggiamento prevalente che prescinde dalle condizioni di lavoro: *"Bene. A volte, anzi sempre ti guardano quando sei straniera. Poi però ti guardano quando sei al lavoro. No, no, niente problemi. Ho avuto sempre l'opportunità che mi fanno i complimenti, non soltanto dal punto di vista professionale ma anche come persona. Nel rapporto con i pazienti. Sempre ricevo*

la soddisfazione che ti ringraziano, ti dimostrano veramente... ti fanno i complimenti". [Intervista P14].

La gran parte lamenta una paga inadeguata rispetto al lavoro svolto, nessuno però accenna ad una discriminazione e differenze con i colleghi italiani: *"Allora... dipende, non si può generalizzare, alcuni colleghi sono molto gentili e cordiali... la maggior parte; però ci sono alcuni molto prevenuti e discriminatori, perché quando ti vedono che tu sei molto più brava di loro cercano di metterti i bastoni fra le ruote, si sentono minacciati e ostacolati. Il che secondo me è sbagliato perché noi lavoriamo in équipe, e l'équipe è molto importante a prescindere con chi lavori se sei straniero o sei italiano. Ma non è così... noi dobbiamo formare una équipe in cui tutti si fidano degli altri, non si dovrebbero fare differenze. Diciamo che comunque la maggior parte sono molto gentili e disponibili"*. [Intervista P10].

Nessuno riveste ruoli gerarchicamente rilevanti nella professione infermieristica, nonostante la cittadinanza italiana e l'inserimento in strutture pubbliche

Tuttavia una piccola parte degli intervistati ha riscontrato delle difficoltà nelle esperienze lavorative, proprio con il personale. Un intervistato racconta di aver visto alzare molte barriere da parte degli infermieri più "anziani", restii nei confronti del cambiamento e dell'innovazione proposti dal "giovane infermiere straniero". Altri intervistati raccontano di avere avuto difficoltà con chi ha *"un ruolo inferiore al loro"*, come gli ausiliari, riconoscendo in questa "subordinazione" la causa di simili scontri: *"Guarda, io ho notato che c'è ancora ignoranza. L'ignoranza parte da chi è di un ruolo inferiore al tuo, cioè OSA, portantini, loro sentono il disagio di uno straniero come infermiere, parte prima da loro direi. Invece il collega è geloso, gelosia della disponibilità, cioè che ti dai da fare, prima o poi darà fastidio. Questa ignoranza c'è e ci sarà sempre. Ci sono episodi. Ho fatto assistenza al "Z", prima di fare l'infermiere e come infermiere ho lavorato alla Casa di Cura a F, poi ho lavorato al "H" e in 20 anni ho fatto medicina, maxillo-facciale, chirurgia, riabilitazione, ho girato. Poi sono andato*

in un'altra Casa di Cura al Q, insomma, un po' ho girato, un po' ne ho viste. C'è ancora questa cosa ... [...] OSA, OTA, invece di studiare per diventare come me, magari anche meglio, non vanno avanti e allora rimangono così e rimangono con quell'idea, con quella cosa in testa che ... E allora come fanno? Siccome non sanno come manifestarlo, lo fanno con i fatti, qualche parola o qualche insulto, indirettamente. Però è l'impotenza loro, perché se loro diventassero infermieri non avrebbero quel problema. Con i colleghi no. Oddio, ci sono ancora queste cose, ma io non trovo tanta difficoltà nel lavoro, credo di trovarmi bene, perché non sono mai scontroso, non mi interessa, so che c'è qualcosa che non va, ma preferisco allontanarmene o fare finta. Davanti all'ignoranza tante volte ho fatto finta per evitare, se non fosse così dovrei fare come Balotelli (calciatore) e litigare ogni volta con tutto il mondo! Io sono quello che sono, credo di fare bene il mio lavoro, sto bene con la mia famiglia, io non provo nessuno". [Intervista P04].

La stessa persona riscontra lo stesso problema anche con il personale medico, definendolo presuntuoso nei confronti degli infermieri e, in qualche caso, anche discriminatorio soprattutto nei confronti degli infermieri stranieri: *"I medici non sono molto lontani dagli OSA. La migliore categoria è l'infermiere, non il medico. I medici si sentono un po' il "Padre Eterno", che sanno di più, però non tutti. Per esempio, mi chiedono di fare l'elettrocardiogramma, come lo fai lo fai, comunque ti dicono "Ah, allora non hai capito! Io ti ho detto così!". Una parola non detta bene da loro e lo straniero passa come per quello che non ha capito. Per coprire un errore loro usano una scusa per dire che non hai capito, che non lo sai, o che ancora non capisci. Hanno questo tipo di atteggiamenti e magari qualche volta se devi fare una cosa, tra me e un italiano lo dice prima all'italiano. Se lo chiede a me è uno che mi conosce bene, se no a prima vista pensano che io non capisca niente". [Intervista P04].*

Alcuni screzi e incomprensioni con il personale ausiliario all'interno delle strutture sanitarie sono stati evidenziati, quasi come se fosse normale routine di relazione tra gli individui e quindi anche ridimensionati nell'importanza: *"Per*

esempio, una volta a un ausiliario hanno chiesto se lui era un infermiere, e quello era ausiliario. C'è stata una confusione di ruoli, perché è il modo con cui ci si approccia che fa sì che nell'immaginario collettivo ci sia una differenziazione solo per l'apparenza. Non so se cambierà sta cosa da Roma in giù perché noi ci sforziamo per dire che gli infermieri sono diversi, che sono andati in pensione quelli che si comportavano in modo inadeguato, ma alcuni ci stanno ancora e ci fanno fare una brutta figura. Perché io conosco infermieri molto ma molto molto ben preparati in Italia ma si meritano di più". [Intervista P18].

Alla domanda «Nel tuo lavoro hai incontrato medici peruviani? Se sì, il rapporto con loro è stato favorito dal fatto di essere della stessa nazione oppure è stato ininfluenza?», hanno risposto più della metà degli intervistati. Una parte di loro ha risposto di non aver mai incontrato medici peruviani nella loro carriera lavorativa in Italia. Gli altri rispondenti invece hanno risposto di aver conosciuto medici connazionali, ma solo in un caso il fatto di provenire dalla stessa terra si è rivelato ininfluenza: *“No, tranne il linguaggio. Ho molto rispetto non solo per le persone anche per il luogo dove mi trovo. Se ci incontriamo e siamo solo noi peruviani, è giusto che si parli in castigliano. Ma se stiamo tra peruviani, altri stranieri e qualche italiano, per me... questa è una visione mia, molto personale, per me è una maniera molto maleducata che parliamo in una lingua nostra, quando il resto non si può capire. Bisogna partecipare. Siamo in Italia e si parla italiano. Poi con questo medico, però, con lui abbiamo lavorato anche con l'autoambulanza". [Intervista P08].*

Infatti, negli altri casi, si è subito creato un rapporto speciale, pur mantenendo la giusta professionalità del contesto lavorativo: *“Qualche volta ci trovavamo come se fossimo al Paese nostro, perché non parlavamo della nostra professione ma parlavamo di altre cose, della nostra città, cose del genere. Però loro quando arrivano qua, come sono stata io all'inizio, erano molto spaesati, ma visto che stavo da un po' di tempo gli dicevo le cose “Guarda si fa così ...””. [Intervista P02].* Oppure ciò che lega sono le esperienze comuni fatte nel proprio paese: *“Una volta sola. Lui stava facendo uno stage in Italia, stava tornando in Perù. È*

stato bellissimo. Ci siamo ritrovati due compaesani a parlare la stessa lingua, una nottata a parlare in spagnolo, a raccontarci... lui veniva dall'università dove io mi ero presentata la prima volta, l'università di San Marcos, conosciutissima in Perù, una delle migliori, da dove escono quelli più capaci. Non fui presa per due o tre persone. Poi invece che lo stesso anno si presentò a medicina. Era giovane, penso adesso sia uno in gamba". [Intervista P16].

Rimanendo nell'ambito sociale, ma riportando uno sguardo anche all'ambito lavorativo, è stato chiesto agli intervistati «Pensi che il personale medico ti consideri professionale come i colleghi italiani? E i colleghi italiani riconoscono la tua professionalità? La tua sensazione rispetto all'opinione degli altri su di te, è sempre stata così o si è modificata nel tempo?». Hanno risposto alla domanda la metà degli intervistati. Quasi tutti si ritengono professionali agli occhi dei medici con cui lavorano, al pari dei colleghi italiani: *"Penso di sì. Dovrebbero dirlo loro. C'è un reciproco rispetto del lavoro. Ripeto, questo gruppo che abbiamo qua è molto bello da questo punto di vista. Siamo tutti i giovani. È molto diverso quando ci sono gli anziani nei gruppi di lavoro che magari se non sei simpatico a uno è difficile che poi ti accetti il gruppo. Invece qua molto giovani. C'è un ricambio molto forte dei ragazzi che viene. Alla fine ci si trova, si riesce a uscire insieme. Cosa che altrove non capitava". [Intervista P05].*

L'intervistata appena citata racconta che la sensazione di benessere con tutti i colleghi di lavoro sembra essere correlata al tipo di contratto che ha nell'attuale momento, come se una differenza contrattuale potesse rendere più o meno professionale un professionista agli occhi del personale medico e dei colleghi: *"Avere un lavoro a tempo indeterminato ti fa sentire uguale a tutti e ti dà sicurezza. A me è cambiato questo tipo di approccio. Mi sentivo stretta nella difficoltà. Adesso è mia sorella che vive questa difficoltà, io negli ultimi anni non ce la facevo più emotivamente. Arrivavano 9 ragazzi, ad esempio, in rianimazione e io dovevo formare loro. A me non davano un soldo, ero sottopagata, ancora meno dell'ausiliario che non faceva niente, avevo responsabilità e dovevo*

formare pure gli altri, non ce la facevo più. Non c'era un reciproco rispetto".
[Intervista P05].

Solo un intervistato risponde in maniera diversa, ma ci tiene a precisare che il suo non sentirsi professionale è soprattutto nei confronti di medici "anziani", non a conoscenza dell'evoluzione infermieristica negli anni ma anzi, ancora in balia di vecchi stereotipi sulla figura dell'infermiere: *"Ci sono due generazioni diverse, di quello che ho capito io. I medici che vengono da una certa data, un po' anziani, credono ancora che l'infermiere sia il suo segretario, il suo servetto, il suo inferiore. E su questo ho avuto a che fare anche con il primario, da poco, prima che andasse in ferie. Abbiamo avuto una discussione bella tesa, bella massiccia, che poi ti spiego. C'è una visione di uno che ci vede come un essere inferiore, e ci sono quelli che hanno capito che esistono delle professioni sanitarie, dove ognuno di noi... non è che io ho un mansionario, come gli infermieri generici. Quello è finito, da 25 anni è andato via. Noi abbiamo delle competenze infermieristiche. Noi abbiamo del processo infermieristico, in ogni attività infermieristica, in ogni azione infermieristica, che queste attività, queste azioni, hanno tutto un contesto scientifico formativo. Punto. Questo significa che noi siamo professionali, siamo allo stesso livello come professionali. Che poi la società ci veda come inferiori, questo è un altro discorso".* [Intervista P08].

Un altro elemento importante per quanto riguarda i rapporti sociali degli infermieri intervistati, è quello con le persone di cui si prendono cura e che assistono ogni giorno; alla domanda «E nel tuo rapporto con i pazienti, quanto ci possono essere state difficoltà di comunicazione, dovute alla lingua? Differenze culturali? Abitudini? Ci puoi raccontare episodi significativi al riguardo delle diversità da te rilevate?» hanno risposto più della metà degli intervistati. Per la maggior parte degli intervistati non ci sono state difficoltà di nessun genere con i pazienti. Per quanto riguarda le difficoltà linguistiche alcuni intervistati hanno accennato al problema, ma senza tuttavia darne eccessivo risalto. Più che difficoltà vere e proprie si tratta di piccole difficoltà con i diversi dialetti italiani, non sempre comprensibili da chi non è di madrelingua e molto parlati soprattutto

dai pazienti più anziani: *“Quando arrivano molto pazienti con i dialetti o stranieri con lingue strane. Qualche detto romano che non capisco. Per esempio non sapevo cosa significasse “è arrivata cacchia cacchia”, dopo ho capito che significava “è arrivata fresca fresca”. Alla fine in 20 anni ho mischiato Italia e Perù. Certo, non sono totalmente peruviana, non sono totalmente italiana, perché se torno dall'altra parte notano anche dall'accentazione dello spagnolo e dai modi di fare. Sento che ho trovato un mio mix. Il percorso col vissuto è diverso per ognuno di noi”*. [Intervista P09].

Un intervistato ha invece raccontato di avere un buon rapporto con i pazienti, di essere molto apprezzato da molti di loro, ma sembra non escludere totalmente la mancanza di discriminazione, pur non entrandone in merito nello specifico dell'intervista. Sempre lo stesso intervistato, inoltre, introduce un concetto nuovo, probabilmente da approfondire: accenna infatti che ci sono dei pazienti peruviani che hanno timore degli infermieri italiani, senza però dare spiegazioni chiare: *“È successo un caso, pure due, perché, come dicevo prima, agli infermieri italiani non interessa quanto possa essere importante per uno straniero (...), è come se non avesse una barriera di protezione, allora loro si sentono così nei confronti degli italiani, hanno paura e vogliono tornare a casa. È così anche per i medici italiani”*. [Intervista P04].

Tornando invece all'argomento della domanda, un'intervistata racconta di esperienze di discriminazione proprio con i pazienti, che sembrano preferire i colleghi italiani a quelli stranieri: *“No, grossi problemi no. Per la lingua alcune volte viene spontaneo parlare spagnolo! Inoltre non tutti si fidano, alcuni sono un po' razzisti, preferiscono che li assistono gli italiani e non gli stranieri. Sono un po' diffidenti, sicuramente di meno in questo periodo”*. [Intervista P03]. Sicuramente si tratta di percezioni che nel tempo si sono modificate: *“Mi posso ritenere fortunata. Quando non ho capito il contesto di quello che mi sta dicendo, invece di agire in maniera esplosiva, perché a volte ti viene, perché a volte non hai compreso quello che ti vogliono dire, ed è normale... è questo l'handicap di noi stranieri, per quanto tu possa esprimerti in italiano, ci sono certi*

atteggiamenti che per noi sembrano un attacco, quando non è così. Me ne sono accorta nel tempo, col passare degli anni. Prima ci rimanevo male, ma non ero capace neanche di chiedere: “scusate non ho capito, vorrei che mi chiarisca meglio”. Rimanevo con quel magone là e non me lo toglieva nessuno, adesso non più”. [Intervista P15].

Passando alle condizioni di integrazione sociale vissute degli infermieri peruviani, si tratta generalmente di un argomento delicato, ma che non si può tralasciare. È stato loro chiesto «Ritieni di essere stato oggetto di forme di discriminazione nei confronti dei colleghi italiani? Quando? In che occasione? In quale forma si sono presentate? Hai preso iniziative al riguardo per far valere i tuoi diritti?». A questa domanda hanno risposto poco più della metà degli intervistati. Una buona parte di loro nega di essere stati oggetti di forme di discriminazione, anzi, si ritengono molto fortunati e ben integrati nella società. Un'intervistata invece si limita ad una risposta vaga, o comunque non ricorda episodi particolari di discriminazione e soprattutto episodi violenti: *“Non mi vengono in mente. Sicuramente ci sono stati. Però in questo senso forse non così violenti come... non ricordo. Anche coi colleghi”*. [Intervista P05].

Tre intervistate invece raccontano di episodi discriminazione. Nel primo caso non si tratta dell'intervistata stessa, ma l'episodio di per sé basta a farla sentire *“un'intrusa”* all'interno del posto di lavoro in cui si trovava: *“Mi è sembrato, in ospedale. Forse perché ero appena arrivata in Italia e tante cose dovevo imparare. Mi è sembrato, all'inizio. Credo che questo può succedere a tutti. Mi è sembrato così perché c'è stato un commento su un'altra collega straniera. Un commento negativo. E ho pensato che anche su di me possono fare questi commenti negativi un po' brutti. [...] Non era direttamente su di me. Non sono intervenuta perché non era su di me. Poi però ho sentito anche un'altra volta. Ho capito che per loro eravamo come degli intrusi. Un po' mi sono sentita emarginata. E forse anche i pazienti se ne accorgevano, del tratto che noi davamo. Pazienti che erano svegli, erano coscienti, se ne accorgevano”*.

[intervista P06] Un'altra intervistata invece percepisce una maggiore discriminazione in questo periodo rispetto agli anni precedenti, e racconta di veri episodi di emarginazione, non solo rivolti a lei ma anche ad altri stranieri: *“Adesso c'è più discriminazione. All'inizio, i primi anni, non c'era tanta discriminazione, nel senso che noi trovavamo posto di lavoro più spesso. Invece adesso si vedono casi in cui si dà priorità agli italiani. Per esempio, io adesso sto solo con un paziente con la SLA, una mia collega anche lei peruviana ha chiesto di avere un altro paziente per avere un altro turno, invece le hanno detto “No, i parenti non vogliono stranieri.” Infatti anche io sono andata ad un colloquio per una bambina e il coordinatore mi ha detto che non vogliono stranieri. Per esempio con questo paziente con cui stiamo la moglie è molto ... si va bene, noi dobbiamo sopportare perché abbiamo bisogno di lavorare ... però molte volte il modo in cui si comporta lei è discriminativo perché ci tratta malissimo, si comporta diversamente con noi stranieri, lì lavoriamo 2 peruviani e di OSS ci sono anche rumeni e il comportamento della signora è diverso dagli italiani. Allora ci si rende conto di qual è la differenza del modo di trattare gli italiani e gli stranieri. Lei molte volte ci dice “Se non state bene qua potete andare via”, allora noi dobbiamo stare delle volte zitti, non rispondere, fare finta che ... è così. Il paziente almeno non tanto, forse perché non ha tanta facilità di dire le cose”.* [Intervista P01].

Parole molto significative, segno che elementi di discriminazione esistono, sono reali, e non è solo un comportamento di tipo sociale, ma anche nel lavoro. Per approfondire ulteriormente l'argomento, è stato chiesto all'intervistata se si sentisse ricattata dagli stessi datori di lavoro e la sua risposta è stata affermativa: *“Sì. Perché quella volta del contratto ci hanno detto “O questo o senza lavoro”. La signora da cui lavoro ha una casa un po' in periferia, lei non ci tiene proprio all'igiene e ci martella sempre per altre cose che non sono tanto importanti. Ci sono un sacco di gatti e lei non vuole che portiamo neanche la borsa dentro casa ma deve essere messa fuori perché c'è un armadio fuori, ma lì è pieno di gatti che fanno dappertutto la cacca e lei non vuole mandarli via, non può fare niente per*

quei gatti che sono aumentati e se uno dice qualcosa lei dice “Se non volete stare qua potete andar via”, devi stare zitta sempre. E anche la cooperativa, certo ci deve guadagnare, se qualcuno si lamenta di lei dice “Questa è la condizione. O stai così o no, o casomai puoi andartene””. [Intervista P01].

In un altro caso la sensazione vissuta di essere discriminata ha riguardato la tutela dei propri diritti individuali, in particolare di tipo contrattuale: *“Si, anche ad alcuni corsi di formazione che ti fanno, si, loro scelgono chi gli sta più a simpatia... si. [...] Io sono molto paziente. Poi quando reagisco, magari reagisco tutto un tratto, la mia paura è quando reagisco.... però sono molto paziente!”*. [Intervista P10].

Nella parte relativa al progetto migratorio è stato chiesto agli intervistati se avessero intenzione di lasciare l'Italia. In questa parte invece, è stata posta la stessa domanda ma con diversi destinatari: «Conosci qualcuno dei tuoi colleghi infermieri connazionali che abbia lasciato la professione? E l'Italia? E per quali motivi?». A questa domanda hanno risposto la maggior parte degli intervistati. Alcuni di loro non conoscono infermieri connazionali che hanno intenzione o hanno lasciato l'Italia o la professione per motivi legati alla crisi generale. Una infermiera riferisce di conoscere connazionali di altre categorie che hanno optato per un cambiamento di progetto migratorio. Un'altra intervistata conosce personalmente dei colleghi italiani che hanno lasciato l'Italia per svolgere la professione infermieristica in altri Paesi, sia europei che oltre oceano: *“Io personalmente conosco delle infermiere peruviane che sono amiche mie. Però loro continuano lavorando e non pensano di trasferirsi in Perù, perché loro non ce l'hanno la mentalità... hanno fatto la famiglia, restano qui”*. [Intervista P07].

L'altra metà degli intervistati che hanno risposto alla domanda, conoscono dei connazionali che hanno abbandonato la professione infermieristica, iniziando a lavorare come badante, oppure c'è chi ha lasciato o vuole lasciare l'Italia per tornare al Paese, non riuscendo più a vivere, o meglio, a sopravvivere in questo periodo di crisi: *“Si, fanno da badanti adesso. Purtroppo è un periodo molto*

difficile, per tutti, non solo per noi infermieri. [...] Io lavoro, non ho la sicurezza ma un affitto lo devo pagare, l'indirizzo non puoi averlo, la cittadinanza non posso chiederla perché non ho un domicilio, i concorsi non li posso fare, ma non posso lamentarmi perché almeno un lavoro ce l'ho. Ci sono molti colleghi che non lavorano e hanno intenzione anche loro di tornare in Perù". [Intervista P03].

Si presume, infine, che le motivazioni che spingono gli immigrati a tornare nella loro patria, sono tutte motivazioni di natura economica, disagi per la precarietà lavorativa e solo in un caso, è relativo a situazioni discriminatorie personali.

Infine, interessava sapere quali fossero le percezioni sulla loro professione, la stessa che hanno scelto con passione, chiedendo prima se fossero contenti se un figlio seguisse le loro "orme" e poi chiedendo se stessero pensando di cambiare professione.

Alla prima domanda «Faresti fare il tuo stesso lavoro a tuo figlio?», hanno risposto la metà degli intervistati. Degli rispondenti, un buon gruppo ha risposto che sarebbero contenti se il loro figlio facesse l'infermiere, ma soprattutto sarebbero contenti se il proprio figlio scegliesse una professione per passione. Un intervistato però, fra questi, racconta che ha un figlio che ha scelto la professione, ne è contento, ma ora come ora non lo farebbe venire in Italia a lavorare: *"Sì, mia figlia sta studiando per diventare infermiera, fa il quarto anno di Scienze Infermieristiche in Perù. Lì sono 5 anni di università, più 1 anno di J da fare proprio in comunità, una bella esperienza. Finite le nostre scuole medie (che durano 5 anni) si può fare l'Università, a circa 20 anni. Mia figlia non la farei venire qua in Italia a fare l'infermiere, solo se cambiano le cose in un domani e lei decidesse di venire". [Intervista P03].*

Un intervistato ha invece risposto che non sarebbe contento se il figlio facesse l'infermiere, o meglio, ha un figlio che ha scelto la professione ma non è molto contento della decisione presa dal figlio: *"Guarda, mi fai una domanda che... me l'aspettavo. Lui ha fatto un anno di G e questo per passione continua a fare*

l'allenatore di una squadra a livello regionale. E sta finendo gli esami di Scienze Infermieristiche, purtroppo. Sono onesto. Non avrei voluto. Non perché non mi piace, ma perché vedo come è adesso insofferente il paziente al confronto di 25 anni fa. Non era così il paziente. È più informato. E ha più bisogno di essere informato e anche i suoi bisogni sono aumentati, anche da un punto di vista logistico, nelle strutture. Quindi, prima c'erano 3 o 4 letti in una stanza, adesso o 1 o 2, massimo. Perché già ha il televisore piccolo, già ha l'asciugacapelli, già ha altri strumenti che formano parte della vita quotidiana e quindi gli spazi sono diventati piccoli. E si lamentano. E si lamentano col primo che trovano. E chi è? Il povero collega nostro, che poi deve fare il salto mortale, in una stanza piccola, tirare fuori una barella, spostare un tavolo, per sbarellare un paziente che deve scendere in sala operatoria, perché non c'hai uno spazio per girare. Tante volte devi fare questo. E questa è una realtà. Ma dove stanno i controllori che devono controllare la qualità assistenziale? E qui dico io, e l'ha detto anche Rocco [presidente Collegio IPASVI, n.d.r.], che ha presentato un pacchetto alla Regione Lazio, che ci sono degli infermieri capaci di fare questo, che non devono guardare in faccia nessuno, nel senso che se tu non mi dai la qualità assistenziale, io Stato che pago te che sei accreditato, io ti do il tempo che tu mi devi fare la ristrutturazione, gli adempimenti, la riqualificazione e poi ti darò l'accreditamento e sennò mi dispiace. Ma credo che questo solo gli infermieri, perché i medici non conoscono, vivono ma non vivono, nel senso della unità operativa. Per loro i problemi esistono, ma sussistono. È così. A loro interessa: hanno fatto l'intervento, o, se sono di Medicina, hanno curato i pazienti o hanno prescritto i farmaci, poi basta! Vanno a casa perché hanno lo studio privato, eccetera eccetera e del resto interessa poco o niente. Questa è la realtà. Io penso che anche lì lo Stato o quelli che dirigono la politica sanitaria in Italia un pochettino non hanno la considerazione sufficiente degli infermieri. Perché non siamo in grado, guarda, siamo in grado di cambiare questo e credo che chi ha più il coraggio, non dico l'identità, di fare qualcosa sono gli infermieri. In relazione al medico, sono gli infermieri, che è il pilastro, direi. Io lo chiamerei l'eroe della

sanità italiana. Sono gli infermieri. Perché senza gli infermieri ti crolla un ospedale”. [Intervista P08].

E come ulteriore domanda, è stato chiesto «Hai intenzione di cambiare professione?». Hanno risposto più della metà degli intervistati. Tutti concordano sul fatto di non avere intenzione di cambiare la professione scelta: *“Scherzi? Cambia la domanda, eheheheh. No no. Sono nata per avere cura delle persone, ho iniziato con i bambini, vorrei tornare ad avere cura dei bambini. Questo sì. Se cambio, cambio reparto. E poi voglio tornare a lavorare nell’ospedale, la corsia, gli altri infermieri, passare tra i letti, i medici. Mi manca”.* [Intervista P20]. Si percepisce un vero legame con la professione infermieristica, al punto che, nonostante tutti gli ostacoli che il mondo del lavoro impone ogni giorno, si farebbe di tutto per svolgerla. Si è partiti da una scelta lavorativa personale, fatta col cuore, e si rimane sempre fedeli a quella scelta. Nessuno di loro vuole cambiare, ma spera che a cambiare sia il sistema che li circonda.

Tuttavia, un’intervistata si arrende, con rammarico, all’idea di dover essere costretta a lasciare questo lavoro che ama nel caso in cui dovesse tornare in Perù: *“Alcune volte l’ho pensato. Ma a me questo lavoro piace veramente molto da quando lavoravo nel mio Paese, ho proprio scelto di fare questa carriera, di essere infermiera, perché lo volevo proprio. Forse cambierò lavoro appena tornata in Perù. Lì il lavoro c’è, ma per i giovani”.* [Intervista P03].

Una parte specifica dell’intervista ha inteso approfondire le difficoltà di integrazione sociale misurate con elementi di inserimento abitativo, relazioni sociali pubbliche e i rapporti con i connazionali. Le informazioni raccolte sono molteplici e in questa parte si rischia di semplificare molto. Sostanzialmente le differenze di integrazione si hanno con la titolarità (o meno) del permesso di soggiorno: ovvero chi ha il permesso ha una condizione di (qualità della) vita differente da chi non lo ha o fa fatica a rinnovarlo perché, ad esempio la propria abitazione non può essere considerata adeguata secondo gli standard richiesti dalla norma, o non ha un contratto di affitto regolarmente depositato. *“Per il permesso*

di soggiorno era tutto a posto, lo ricordo molto perché quando sono uscita dalla Cooperativa ho dovuto cercare l'appartamento e ho cercato tanto perché comunque, io dicevo sono peruviana e lavoro nel XY, quindi loro rimanevano un po' così, però quando sentivano peruviana non erano molto convinti, però quando c'era un contatto personale sì, ti vedevano. Ricordo la signora che mi ha affittato l'appartamento, anche lei si basava sull'esperienza, perché quell'appartamento lo aveva affittato ad una famiglia peruviana e se ne era andata, però non doveva restare delusa perché le opportunità si approfittano e questa famiglia aveva trovato un'opportunità migliore quindi avevano lasciato. Dice: «mi hanno lasciato due mesi senza recidere, tutto quello!» aveva un concetto dei peruviani e dei sudamericani che non era molto carino. Io ho detto: «signora, scusami tanto, io sono uscita in un Paese, conosco l'Italia, ovunque sia ci sono pecore nere, sia in Italia che non, quindi prima di dare un giudizio conosca e dopo mi dice, non deve mettere tutto in uno stesso sacco!»». [Intervista P16].

Del resto l'inserimento abitativo è anche fortemente determinato dalla rete di relazioni che si trova nel Paese, per cui, per esempio la presenza di familiari o di amici favorisce la ricerca di alloggi: *“Bene. Già c'era mia madre, le mie sorelle. Mi mancavano mio marito e i miei figli, perché sono venuta prima io e poi ho fatto il ricongiungimento familiare. Stavo bene. Sempre mi è piaciuta la storia, l'archeologia. I miei sogni di ragazza era conoscere Roma, altri posti dell'Italia. Avevo l'opportunità di andare a Roma, ma Roma è Roma, faccio le cose a volte per sentimento. E sono rimasta”*. [Intervista P14]. Una condizione che ha peggiorato anche la situazione alloggiativa dei peruviani è stata riferita da due infermiere, si tratta dell'aumento del numero di stranieri in Città, che, secondo loro, ha modificato sia la percezione e il pregiudizio degli italiani sia le effettive condizioni di vita di tutti: *“Prima era più semplice la burocrazia, ora è diventato tutto più complicato. Forse anche perché siamo diventati tanti e quindi non hanno saputo fronteggiare la cosa. Io mi meraviglio perché oggi con la tecnologia informatica che avanza dovrebbe essere tutto più semplice. Per il resto non ho mai avuto problemi di casa, problemi con il proprietario della casa, però ho*

sentito altri che ne hanno avuti. Perché è giusto, no? Perché si mettono 30 persone in una casa e allora anche se io avessi un appartamento lo farei!” [intervista P10].

Oltre l’abitazione, un elemento di difficoltà iniziale è la lingua, lo riferisce meno della metà degli infermieri intervistati, che si apprende però con facilità, soprattutto attraverso la pratica: *“La lingua. L’ho imparata chiedendo al pizzicagnolo, all’alimentari, così. L’inserimento è stato bellissimo perché non mi sono mai approcciato né di vittimismo né di altro, sono una persona, perché mi dovevo sentire di meno o di più?”* [intervista P15].

L’utilizzo dei servizi pubblici è un aspetto che ha colpito molto gli intervistati, i quali, generalmente usano i trasporti, i servizi sociali, i servizi educativi e quanto è per loro necessario, accedendoci direttamente ed evidenziando aspetti di differenza con il loro paese: *“i mezzi pubblici sì. [...] comunque l’Italia è il Paese che ci ospita, siamo come ospiti e altrettanto bisognerebbe rispettare le regole, però mi è capitato diverse volte che i ragazzi di colore qualche volta si comportano un po’ ... fanno casino, con il telefonino, la radio, comunque disturbano e allora qualche volta le persone lo dicono «Questi vengono qua, ‘sti stranieri ...». Però personalmente no, io mi comporto bene e non mi posso sentire in colpa se me lo dicono anche a me. So che sono straniera, però mio marito me lo dice tutti i giorni «Tu sei italiana!»”*. [Intervista P11]. In particolare, proprio l’accesso ai servizi pubblici è elemento di diversità: *“Veramente qua, i diritti umani si rispettano. Qua, come ho visto quando ho lavorato nella Sanità, anche chi non paga le tasse, ha diritto a tutto. Invece nel mio Paese se non paghi la Sanità o qualcosa, è molto difficile, veramente”*. [Intervista P13]. Tuttavia presentano anche un approccio critico, che riversano in particolare sulla formazione e sull’educazione (anche primaria) impartita a Roma: *“Servizi sanitari sì, scuole pubbliche no perché mia figlia va ad una scuola privata. Io abito a XY e la scuola pubblica non la ritengo sicura... non so è un ambiente trascurato per la mia bambina e mi dispiace perché non ci dovrebbero essere queste cose in un Paese sviluppato come l’Italia, da noi invece non si vede così... anche le scuole*

più povere intervengono i genitori, puliscono, dipingono, fanno delle attività anche se non hanno i soldi fanno le attività... per cercare di migliorare anche l'ambiente dove vanno i figli! Invece qua no! E quindi va a scuola privata, sempre per l'ambiente, faccio il sacrificio ma voglio investire nella sua educazione!" [intervista P10].

Oltre all'accesso ai servizi, è stato indagato il contesto di relazioni sociali, partendo dalle amicizie fino ai connazionali. L'elemento di ricerca è che non ci sono differenze di tipo etnico-nazionale da evidenziare, ovvero il sistema di relazioni è del tutto personale e legato alle caratteristiche di socialità individuali: *"Guarda, nei rapporti coi vicini non ho avuto grandi problemi perché io sono per convivere a casa mia. È il mio modo di vivere. Non ho avuto problemi di razzismo, forse qualcuno a cui da fastidio l'odore del mangiare. Forse per l'odore del coriandolo col capretto, poi io sono del Nord. Episodi di razzismo non ce ne sono stati. Mio marito è scuro di carnagione perché noi siamo misti, sono venuti spagnoli, inglesi, persone di carnagione negra. Il nonno di mio marito era nero. Mio marito è alto un metro e 80, riccio, mulatto, con i baffi, tutti pensano che sia o arabo o messicano. E quindi puoi immaginare. Quando lavoravo a XY, cercavamo un appartamento per conto nostro e mi ricordo che erano i primi anni dell'immigrazione e questa qua fa: "Sì, signora io lo capisco lo spagnolo". Era tutta contenta. Quando ha visto mio marito ha detto: "In casa mia non entrano neri". E ci sono rimasta così. Perché lì per lì non capivo, pensavo che il nero era il nostro vicino, non pensavo fosse mio marito. Poi niente più da allora".* [Intervista P16]. Anche indagando su altre aree della socializzazione si evidenziano i caratteri personali: *"I connazionali qualche volta li frequento, non sempre, da che ho fatto l'università mi sono un po' allontanata perché comunque per lo studio trascuri le amicizie e tante cose ... Però qualche volta sì, non è che sto sempre nel gruppo, quando posso aiuto in quello che posso fare. Per esempio quando ci sono malattie, delle persone che stanno male e che se io posso aiutare lavorando in ospedale dò una mano ad altri peruviani, ai parenti, se servono dei medici, degli specialisti da cui farsi visitare ... così io li aiuto, anche per quanto*

riguarda i materiali, i farmaci cerco di aiutare con l'aiuto del caposala, anche negli altri reparti. Oppure quando ci stanno le perdite, famigliari, così, facciamo delle buste, queste cose e ... un po' si aiuta, non è che ho aiutato tanto, comunque l'unione fa la forza, no?" [intervista P11]. Gli spazi di frequentazione sono i tradizionali in una Città metropolitana: gli spazi della pratica religiosa, le organizzazioni religiose in genere, le associazioni, la cultura, ma in tre infermieri hanno raccontato che la festa nazionale è un momento importante che viene condiviso (da tenere presente che la data, 30 agosto, era prossima al tempo in cui sono state effettuate le interviste): *"Ci incontriamo sempre alla festa del 30 agosto, ci incontriamo tutti, chiediamo ferie, quel giorno è il nostro giorno. È anche una data per incontrarci, per chiacchierare ... ci sono anche colleghe della cooperativa peruviana con cui sto sempre al telefono o andiamo a mangiare peruviano, anche i loro mariti sono italiani e vanno anche con loro a mangiare peruviano, mangiamo una pizza"*. [Intervista P12].

In conclusione, considerando i 20 intervistati, gli aspetti socio-professionali degli infermieri peruviani a Roma, sono caratterizzate dai seguenti elementi:

4. il rapporto con i loro colleghi nella maggior parte dei casi si basano sul rispetto e sulla professionalità riconosciuta, ma c'è una predisposizione "nazionale" in caso di sostegno ad una necessità con implicazioni sanitarie di un connazionale;
5. si sente ancora parlare di discriminazione, sia da parte di colleghi sia da parte di pazienti, ma si tratta di episodi che coloro che li hanno vissuti, tendono a sminuirli o a contestualizzare all'episodio in cui sono successi;
6. nonostante tutte le difficoltà si continua ad amare la propria professione come quando ci si è avvicinati.

3.3.3. L'esperienza lavorativa

In questa parte, vengono analizzati gli aspetti dell'intervista relativi all'esperienza lavorativa come infermieri a Roma. In particolare sono stati affrontati i seguenti argomenti: l'ambito lavorativo, la tipologia di contratto e l'impatto che la crisi economica che sta colpendo il nostro Paese (e i processi di riforma in atto) abbia sulla vita professionale degli infermieri peruviani.

Per inquadrare l'ambito lavorativo in cui il campione esercita la professione infermieristica, è stato chiesto agli intervistati: «In quale struttura sanitaria, attualmente, operi? Puoi descrivere il lavoro svolto e la struttura?». Tutti gli intervistati hanno risposto alla domanda. Il fatto interessante che emerge dalle risposte è che solo un piccolo numero degli intervistati lavora nella sanità pubblica; gli altri intervistati invece lavorano con Cooperative socio-sanitarie (9 casi), o in cliniche private (3), e un infermiere lavora o con una Agenzia di lavoro o con una Associazione (2 casi) o in una struttura ospedaliera privata (che è un Ospedale pediatrico) o in un *Hospice*. Il dato relativo alle strutture pubbliche non è di poco conto, visto che emerge quanto sia difficile per un infermiere immigrato entrare a far parte della Pubblica Amministrazione, testimoniata molto bene nel corso di un'intervista: *“poi aprile del 2000 ho iniziato con una Cooperativa al XY. Sono stata lì per 8 anni, aspettando la famigerata cittadinanza per poter fare i concorsi. Un'altra penalità in più per uno straniero che ha vissuto qui, ha studiato qui, ha fatto tutto qui e vuole continuare il suo percorso qui e uscire dallo status di precario, perché quando stai con le cooperative sei precario... Se non hai la cittadinanza non puoi fare i concorsi”*. [Intervista P05].

Quattro intervistati lavorano nell'assistenza domiciliare tramite una Cooperativa socio-sanitaria, ma lo strumento cooperativistico è utilizzato generalmente per svolgere l'attività lavorativa negli ospedali pubblici per 7 dei 20 infermieri intervistati: *“Attualmente lavoro in cooperativa con contratto a tempo determinato in un ospedale pubblico. All'inizio me l'avevano fatto per 45 giorni e ho accettato perché ho pensato che almeno mettevo da parte i soldi per partire e tornare in Perù. Mi ero veramente stancata di questa situazione, non si può più*

andare avanti con le spese. Dopo me lo hanno rinnovato a 3 mesi, poi 6 mesi, poi 3 mesi, altri 3 mesi, ecc., e adesso a 4 mesi. Devo finirlo, basta, ho deciso”. [Intervista P03].

Nella parte precedente è stato considerato il progetto migratorio, ed è stata notata la presenza di lunga durata nel nostro Paese degli infermieri peruviani intervistati. Tuttavia, ad integrazione delle informazioni già descritte, almeno in alcuni casi, la ricerca evidenzia che l’esperienza lavorativa nella sanità non è l’unico lavoro fatto in Italia. Alla domanda “È il primo lavoro svolto dal momento in cui sei arrivato in Italia?” hanno risposto più della metà degli intervistati. Anche in questo caso si nota una maggioranza di infermieri peruviani che prima di entrare nel settore sanitario hanno svolto lavori di tutt’altro tipo. Tutti gli intervistati hanno lavorato in maniera irregolare come assistenti familiari, qualcuno anche come *baby-sitter*, non potendo ancora svolgere lavori di altro tipo sia per motivi di irregolarità del soggiorno, sia perché ancora non avevano il titolo professionale, sia per motivi di lingua, in attesa della convalida del titolo di studio oppure durante il percorso di studio stesso: “*Non ho fatto subito l’infermiera, ci voleva ancora per fare l’infermiera. Per un po’ di tempo ho fatto la baby-sitter, ho fatto la badante. Dopo il 1995 ho cominciato a fare privatamente l’infermiera nell’ospedale. Privatamente nel senso che vai a guardare una persona presso l’ospedale. Non lavoravo presso cooperativa. Le persone mi conoscevano e mi chiamavano. Poi mi sono messa a studiare perché tradurre i miei documenti del Perù fino a qua mi costava di più, allora ho deciso di studiare e andare all’università, ho fatto il concorso e tutto quanto come si fa e in 3 anni ho fatto la mia Laurea in Scienze Infermieristiche. Mi sono laureata nel 2004. In quel periodo (prima) ho dovuto aiutare la mia famiglia, perché se sono venuta qua era anche per aiutare. Credo come tutti noi peruviani, quando veniamo qua non pensiamo solo a noi, dopo pensiamo a noi, prima pensiamo ad aiutare i genitori, i fratelli, le sorelle. Una volta che hai aiutato allora pensi solo a te. Credo che lo facciamo tutti, quasi tutti. Non pensiamo prima a noi, pensiamo prima alla famiglia poi pensi a te”.* [Intervista P02].

Tuttavia, prima di arrivare a fare il lavoro che svolgono tutt'ora, tutti i rispondenti alla domanda hanno svolto altri lavori nel settore sanitario, sono stati soggetti a contratti di diverso tipo, sempre nel settore privato. La storia di una donna coniugata è molto interessante al riguardo: *“Arrivata in Italia ho lavorato nella Casa di Cura “C”, come infermiera. Appena la clinica ha chiuso a marzo del 2009 io sono partita per 3 mesi per il mio Paese. Ero indecisa se tornare o no, ma dovevo ritornare per forza perché dovevano ancora pagarci la liquidazione [...] e ho chiamato un’agenzia del Nord Italia a cui avevo chiesto lavoro e sono andata a lavorare lì. Sono andata [...] vicino XY per 6 mesi e poi sono tornata, era una sostituzione di una maternità. Ho continuato a lavorare così, per cooperative, con contratti a tempo determinato, 6 mesi, 3 mesi, 45 giorni, ecc. Ti racconto una cosa, giusto per farti capire come si lavora in cooperativa. Io mi sono presentata ad una Casa di Riposo, ho inviato la documentazione e mi hanno risposto che non avevano bisogno. Mi hanno dato invece il nome di una cooperativa e hanno detto che per lavorare in quella Casa di Riposo dovevo chiedere alla cooperativa stessa. La cooperativa ha accettato la documentazione, mi ha fatto il colloquio e dopo 3 giorni mi hanno chiamato per fare la prova. Mi hanno fatto firmare un contratto in cui era anche scritto che dovevo fare sia il lavoro infermieristico che il lavoro di pulizia, dall’infermiera all’ausiliaria insomma. Io pensavo che era solo per i casi di necessità, quando non c’era il personale delle pulizie per esempio, quindi una volta ogni tanto si poteva pure fare. Ma non pensavo che avrei dovuto pulire il bagno, spazzare per terra, lavare per terra, fare la lavatrice, durante la notte stirare. [...] Dopo 3 giorni di lavoro mi hanno chiamata in ufficio per firmare il contratto per 1 anno, all’ora mi pagavano 6,20 Euro lorde. Ho chiesto che indennità avrei avuto, quante ore mensili avrei dovuto fare, se avevo l’indennità di rischio per le notti e mi hanno detto di no. Il commercialista mi ha spiegato e mi ha detto che per i primi 2 mesi mi avrebbero pagato “in nero” e che poi avrebbero pensato ad un contratto. Inoltre non dovevo andare in quella Casa di Riposo, ma in un’altra, allora mi è venuto il dubbio che era una RSA e non una casa di riposo, come era capitato ad*

una mia collega, ma mi hanno detto che era una casa di riposo e che erano tutti pazienti autosufficienti. Quando sono andata a vedere non erano tutti pazienti autosufficienti, allora ho fatto solo quei tre giorni e non poi non ho accettato quando mi hanno chiamata per il contratto”. [Intervista P03].

La risposta dell'intervistata P03 lascia molto su cui pensare. Si percepisce un disagio occupazionale dovuto alla precarietà nel settore sanitario, che ha un impatto sicuramente maggiore su chi è un immigrato e deve regolarizzare la propria posizione lavorativa per poter rimanere nel Paese.

Chi aveva una precedente esperienza di lavoro come infermiere in Perù recrimina il fatto di essere partito in quanto dichiara che le condizioni di lavoro soprattutto in termini di riconoscimento sociale nel loro Paese sono molto migliori: *“In Italia all’infermiere è chiesto di fare lavori di forza, non è come in Perù che hai i tuoi tecnici che ti fanno queste cose”.* [Intervista P03].

Dal punto di vista contrattuale la situazione degli intervistati è varia: hanno un contratto a tempo indeterminato 14 intervistati su 20, 2 infermieri sono titolari di una partita iva e quindi lavorano a prestazione professionale, uno ha un contratto a progetto (con una Cooperativa) e tre hanno un contratto a tempo determinato (con una Associazione, Agenzia di lavoro o Cooperativa).

Proprio in virtù delle situazioni di precarietà non tanto nell'aspetto contrattuale bensì rispetto al rapporto con il datore di lavoro, è stato chiesto di approfondire le percezioni riguardo alla tipologia di contratto sottoscritta in passato e anche al tempo dell'intervista, con la domanda «Pensi di avere un contratto adeguato e coerente con le funzioni e le responsabilità che svolgi? Vedi delle differenze con i tuoi colleghi italiani? Se sì di che tipo?». Per quanto riguarda la prima parte di domanda, hanno risposto più della metà degli intervistati: quasi tutti sono convinti di non avere un contratto adeguato e chi si ritiene soddisfatto è perché o lavora in un grande Ospedale privato o ha sperimentato altri contesti lavorativi e la situazione attuale appare adeguata. I motivi di insoddisfazione invece, sono relativi allo stipendio che viene percepito inferiore alle responsabilità a cui sono

soggetti ogni giorno, soprattutto per quanto riguarda coloro che non lavorano nella sanità pubblica: *“Penso che noi abbiamo grande responsabilità, perché lavoriamo a domicilio e non abbiamo medico accanto. Però penso che siccome lavoriamo per la Asl tramite le cooperative sappiamo che noi guadagniamo almeno la metà. Non credo che retributivamente siamo pagati giusti”*. [Intervista P06].

Alla seconda parte di domanda invece, insoddisfatti hanno risposto in 10. La maggioranza di loro non avverte differenze contrattuali tra loro e i colleghi italiani, questo perché tutti, indifferentemente, sono soggetti allo stesso contratto: *“No, perché hanno lo stesso contratto mio. Non c'è differenza di contratto perché tu magari sei un'infermiera straniera. Magari la differenza di contratto c'è fra ente pubblico e privato”*. [Intervista P07]. Ci sono però altri casi che è opportuno citare. Un'intervistata ad esempio ha risposto di percepire delle differenze di trattamento tra italiani e stranieri, ma la sua risposta non sembra andare molto nello specifico del suo pensiero e rimane quindi generica mostrando però una differenza: *“Io direi di sì. Non posso specificare. Al lavoro, almeno dove lavoro adesso non ci stanno. Però loro [gli italiani] si fanno rispettare un po' di più. Perché sono di casa”*. [Intervista P06]. Un'altra ha maggiormente argomentato la disparità di trattamento: *“No. Non è adeguato perché: 1) quando lavoriamo in cooperativa noi facciamo lo stesso lavoro e abbiamo le stesse responsabilità degli strutturati e a volte lavoriamo di più, perché essendo cooperativa... non lo so, è una sensazione che abbiamo tutti in cooperativa, che ci fanno lavorare. [...] Mentre a noi stranieri ci ascoltano meno, diciamo così. Però poi in quanto agli stipendi, anche poco rispetto a quello che facciamo. Il punto era quello: gli strutturati guadagnano di più e fanno le stesse cose che facciamo... anzi tante volte fanno di meno di quello che noi facciamo e guadagniamo di meno. Come si dice? C'è lavoro e stiamo bene perché lavoriamo”*. [Intervista P14]. E il terzo caso analizzato riporta alle differenze di trattamento contrattuale: *“Vuoi la verità? No. Qui non è permesso avere straordinari. Innanzitutto qui è un contratto di cooperativa che è diverso dal contratto collettivo nazionale. Secondo, se facciamo un paragone con il Perù, in Perù si fa una valutazione complessiva, più*

preparazione professionale hai, più vieni pagato, qui invece siamo tutti alla pari, se hai master o altro non cambia niente, sei pagato come chi non continua a formarsi. I master li faccio per me. Continuo a fare i corsi ECM a pagamento, mio, per una mia crescita personale, non è detto che siccome sono straniera, sto in un paese che non è il mio, non debba formarmi. Conosco per me stessa, per un mio bagaglio professionale, per un domani che mi può servire. Anche per poter parlare di quello che faccio”. [Intervista P16].

In merito al terzo argomento, per quanto riguarda l’esperienza lavorativa dei nostri intervistati, abbiamo chiesto loro come percepiscono la crisi italiana negli ultimi anni, con la domanda «La situazione di difficoltà o di crisi che sta interessando il settore sanitario a Roma ti sta colpendo? Se sì, in quale modo? Colpisce solo te o pensi che sia in egual misura per tutti i tuoi colleghi infermieri a prescindere dalla nazionalità?». Hanno risposto a questa domanda 15 intervistati su 20. Solo tre intervistati non si sentono personalmente colpiti dalla crisi che sta vivendo attualmente il nostro Paese, anzi, una intervistata ha detto che si sente più fortunata di altri perché ha un lavoro e non ha una famiglia da crescere: “*Su di me no. Perché fortunatamente fino ad adesso ho un lavoro, ho uno stipendio [...], forse perché sto da sola, magari se avessi dei figli, una famiglia magari mi coinvolgerebbe. Per il momento no*”. [Intervista P02]. Gli altri due che non si sentono colpiti è perché operano in Ospedali che ancora non sono stati colpiti da processi di riforma.

Gli altri intervistati invece, in un modo o in un altro, si sentono pienamente coinvolti dalla crisi. C’è chi ritiene che sia trasversale il disagio: “*Sta colpendo tutti, ma sta colpendo non solo i pensionati, sta colpendo quella fascia di persone che lavora nel pubblico, in cui lavora una sola persona nella famiglia. Non si arriva alla fine del mese. Non è questione di solo guadagno. Quando tu vedi colleghi che non riescono ad arrivare neanche alla macchinetta per il caffè... sta colpendo molto loro, i colleghi sudamericani e delle altre nazioni. Infatti i colleghi peruviani stanno tornando giù al loro paese. Alcuni non peruviani stanno*

andando in altri paesi di Europa, chi conosce la lingua inglese vanno in Gran Bretagna, altri in Germania. Qua non c'è lavoro. Non ci sono i concorsi per gli infermieri. La settimana scorsa ho visto che è uscito uno a Matera, ci sono i diari delle prove per Olbia, più di 100 posti, a Roma non c'è niente". [Intervista P18]. Generalmente un indicatore è dato dalla mancanza di materiale, ma anche dalla qualità dello stesso: *"Sì, si sente la crisi, si vede. La crisi, nell'ospedale, si vede nella restrizione del materiale. Io la vedo così. Ci mancano le siringhe, i medicinali, anche se cambiano ditta del vitto. Hanno cambiato tante cose. Il materiale è pessimo. Per risparmiare, i diffusori che sgocciolano o gli aghi cannula che metti... cerotti che non incollano. Per risparmiare si sta facendo peggio". [Intervista P13].*

Oppure gli effetti si vedono sulle politiche del personale. Anzitutto a riguardo delle (mancate) assunzioni: *"Certo che è cambiato, non ci sono più assunzioni, noi facciamo il doppio lavoro, quindi il lavoro che prima facevano due infermieri ora lo fa uno solo, poi vedo tanti giovani tirocinanti senza prospettive di lavoro e questo mi dispiace molto. Mi riconosco in loro, Questa cosa colpisce sia italiani che stranieri, perché io stesso li vedo, se non c'è lavoro non c'è lavoro né per noi né per loro!" [Intervista P10].* Un'infermiera ha l'impressione che in questo periodo si preferisca dar lavoro agli italiani piuttosto che agli stranieri, mentre un'altra avverte la crisi all'interno del sistema sanitario, visti i continui tagli alla sanità a discapito di chi lavora e degli utenti: *"Ho sentito dire ad altre colleghe che preferiscono far lavorare di più gli italiani. Però mi ricordo che all'inizio della crisi, nel 2011, siamo andate in gruppo a consegnare dei curriculum e sono stati chiamati italiani e degli stranieri nessuno. E allora penso che va bene, è la Terra loro, devono lavorare". [Intervista P03].* Oppure i processi di riforma incidono sulla revisione delle mansioni: *"Da quando stiamo in Italia siamo quelli che mettiamo le padelle, a parte la rianimazione e la terapia intensiva. Siamo quelli che cambiamo i pannoloni e quelli che diamo da mangiare ai pazienti. La parte professionale nessuno la riconosce perché la gente non sa che l'infermiere è*

un professionista. La crisi aggrava la situazione, certamente, perché l'infermiere va a fare altre cose". [Intervista P16].

Inoltre c'è chi vede rischiare il proprio posto di lavoro o, addirittura, non recepisce uno stipendio da mesi: *"Come ti ho detto prima, praticamente gennaio febbraio e un po' di marzo senza prendere lo stipendio. La proprietaria diceva che il problema è la crisi. E pure negli ospedali, se vedi la qualità dei presidi, un tempo non c'erano neanche le garze. Stiamo veramente male perché non sappiamo come fare dei fiocchetti quando toglì l'ago dal bisturi. È una cosa che stiamo messi male. Riguarda tutti. È generale". [Intervista P07].*

Un aspetto interessante relativo alle condizioni di lavoro è relativo al rapporto con le organizzazioni sindacali. Nel corso dell'intervista una domanda specifica è stata fatta relativa alla iscrizione ad una organizzazione di tutela, e ben oltre la metà ha risposto, e molti di loro hanno dichiarato di non essere mai stati iscritti al Sindacato, dato che certamente deve essere messo in collegamento con le forme contrattuali e i contesti lavorativi. Ad esempio, per i lavoratori del mondo della cooperazione o liberi professionisti, l'iscrizione, dicono, non è così rilevante: *"Ancora non mi sono mai rivolta al Sindacato, perché comunque, come noi siamo a partita IVA, credo che siamo gli ultimi. Stiamo pensando. Speriamo che adesso... hanno detto che pagheranno un mese. Vediamo come si muovono, quali sono le ultime cose... però... si va di nuovo alla ricerca di un nuovo lavoro."* [Intervista P09]. La tutela passa all'interno delle Cooperative attraverso l'azione individuale: *"No, mai. Ho preferito lasciare, chiudere e andare. Sono andata sempre a lavorare dove stavo bene. Altrimenti si lavora male. Sono stata fortunata. In genere, dove sono andata ho lavorato bene". [Intervista P01].* Una infermiera intervistata, che ha una doppia cittadinanza e lavora in un Ospedale pubblico, partendo dalla propria esperienza articola in modo completo la sua opinione sul Sindacato: *"Non credo nel sindacato. Quando ero precaria sono andata dal Sindacato per i turni, perché non avevamo le divise, per tante cose. Non dovevo essere io a portare le divise a casa e lavarle e poi riportarle a lavoro."*

Non esiste. Ho un lavoro. Immagini se avessi avuto dei bambini. Tante cose che ho sempre rivendicato. Adesso a distanza di tempo ci sono queste cose perché io sono andata dal direttore sanitario di allora e glielo ho dette. Al sindacato mi hanno chiesto se lavoravo in cooperativa. E io: “sì, siamo 200, tutti infermieri...” Ho l’idea che il sindacato è lì per difenderci e ascoltarci, tutte le cause. E mi hanno risposto: “Noi non possiamo fare niente perché dalla vostra busta paga non possiamo detrarre la quota che serve”. Li ho guardati e ho detto: “Ciao”. Anche adesso più di una volta, al Y, ho fatto una domanda per il permesso studio, l’azienda ha deciso di non dare a nessuno del gruppo del primo anno, arbitrariamente. Mi hanno detto che c’era una quota di che andava rispettata e che per quell’anno avevano deciso di non darla a quelli del primo anno e che era solo per quelli del secondo, anche se l’anno prima l’avevano data sia a quelli di primo che del secondo. Allora sono andata dalla caposala, che è una sindacalista che mi ha chiesto: “Ma tu sei iscritta?” Io le ho detto di sì anche se non era vero. “Ah bene, allora vedremo che cosa possiamo fare”. Però capisci? A maggiore ragione ha aumentato la mia sfiducia nei sindacati. Se devo fare una causa, cosa devo fare? Farla privatamente con qualsiasi altro tipo”. [Intervista P05].

Il gruppo che ha dichiarato di essere iscritto, ha detto di essere iscritti ma di non partecipare alle iniziative (anche l’intervistata che ha dichiarato di essere iscritta ad una organizzazione di base). Dei restanti tre infermieri iscritti al Sindacato non mostrano però una grandissima convinzione, ad eccezione di uno che pensa che il Sindacato sia un aiuto importante per la categoria. Una giovane infermiera è molto disincantata: *“Mi sono dovuta iscrivere a un Sindacato, sono stata forzata, anche perché io non credo nel Sindacato. Perché è come se io ti pulisco una parte della faccia ma tu mi pulisci l’altra parte. Però mi sono dovuta iscrivere per proteggermi. Perché comunque sentirmi dire: “ti cambio di reparto... io so la ragione perché... perché non hai chiamato l’altra persona? Noo... perché l’altra persona ha il Sindacato!” [...]. No, mi hanno invitato ad iniziative però non voglio andare. Non voglio perché comunque la persona non deve avere coda di paglia! Ma i Sindacati proteggono solo quelle e non le*

persone che valgono!” [intervista P17]. Un ultimo caso da citare mostra l’opinione generalizzata degli infermieri sindacalizzati nelle strutture sanitarie: “Allora, io sono iscritta al Sindacato, alla XY. Me l’avevano consigliato, iscriviti alla XY, ero straniera, i primi anni che ero arrivata qui in Italia e allora mi sono iscritta. Però sono andata proprio alla CGIL per un problema, è stato all’inizio perché non mi volevano spostare. Avevo questo problema del gomito, e il problema del gomito era dovuto al fatto che io lavoravo tanto e non mi volevano spostare. Purtroppo per due anni, tra il 2009 e il 2011, sono stata in costante malattia. E purtroppo questo era un fatto che scocciava i caposala. Quando ho presentato la domanda di cambio di recapito non volevano farlo. La caposala della dialisi sapeva dei due anni di malattia e mi disse: “Guarda, qua bisogna lavorare”, perché magari pensava che io mi inventassi queste cose. Allora lei è stata chiara, ma pure io sono stata chiara perché mi piace dire le cose come stanno”. [Intervista P07].

In conclusione, considerando i 20 intervistati, le condizioni lavorative degli infermieri peruviani a Roma, a livello generale sembrano essere caratterizzate dai seguenti elementi:

7. solo pochi fortunati riescono a entrare nella sanità pubblica, garantendosi così un posto stabile all’interno della professione; generalmente il percorso professionale è stato spesso costituito da contratti a tempo determinato in diverse strutture sempre private prima di approdare ad un contratto a tempo indeterminato;
8. le esperienze lavorative vedono una prevalenza di contratti non adeguati al tipo di lavoro svolto soprattutto nel riconoscimento dell’attività effettivamente svolta e in termini di compensi, che raramente vengono tutelati dalle organizzazioni sindacali (anche di base);
9. le condizioni lavorative sembrano essere ulteriormente condizionate in senso negativo dalla crisi economica che sta vivendo l’Italia; si

evidenziano difficoltà relazionale con personale ausiliario che tende a non riconoscere il ruolo gerarchico professionale degli infermieri (considerazione che non sembra essere strettamente connessa al fatto di essere straniero ma di carattere più generale).

Di seguito verrà affrontato l'argomento dell'inserimento sociale degli infermieri peruviani, anche all'interno dell'ambiente di lavoro stesso, ma per completare gli aspetti professionali si vuole approfondire la tematica della formazione.

3.3.4. La formazione

Già nella parte introduttiva dell'approfondimento relativo agli infermieri peruviani è stato anticipato che 15 infermieri su 20 hanno conseguito il titolo nel paese di origine e cinque qui in Italia, compiendo quindi la scelta professionale dopo aver definito un proprio progetto migratorio. Negli altri casi quindi, il progetto migratorio si sovrappone alla scelta professionale che ha trovato in Italia manifestazione o occasione di sviluppo.

Circa gli aspetti formativi, nel corso dei colloqui si è cercato di approfondire tre aspetti: anzitutto il percorso di riconoscimento del titolo di studio conseguito in Perù (che quindi riguardava essenzialmente non coloro che avessero studiato in Italia), poi l'apprendimento dell'italiano (con il collegato esame al Collegio IPASVI) e infine il tema della formazione continua.

Sul riconoscimento, ogni storia sembra essere a sé, ma si può dire a livello generale che gli intervistati dichiarano di non aver incontrato particolari difficoltà di riconoscimento, né nell'esame al Collegio IPASVI. I casi "difficili" hanno riguardato o il mancato riconoscimento di scuole triennali o – viceversa – per coloro che avevano conseguito un titolo accademico, negli anni in cui non era ancora stato istituito il corso di laurea; il superamento delle difficoltà ha richiesto anche quattro anni di tempo, come testimoniato in una intervista: *“È stata una procedura abbastanza lunga e costosa. Sono stata 4 anni. Litigai anche quando*

andai al Ministero perché mi dissero: “Lei avrebbe l’opportunità se quando si è sposata avesse preso la cittadinanza e così sarebbe stato tutto più facile”. Io li ho detto: “Non ho bisogno di sposarmi per esercitare la mia professione. È assurdo, perché se io mi devo sposare un africano o un inglese e non necessariamente un italiano, a voi che vi importa?”. E quindi niente, io poi testarda, mi sono sposata, non ho voluto fare la cittadinanza immediatamente, perché mi dicevano che dovevo rinunciare alla mia per prendere quella italiana. Ho aspettato molto pazientemente. Nel 1999 mi è uscito questo contratto, il riconoscimento a sua volta, tranquillamente”. [Intervista P15].

L’apprendimento dell’italiano è avvenuto generalmente in Italia, attraverso corsi, ma soprattutto con il processo di assimilazione quotidiana, con particolarità individuali. *“Pensavo che tutte le parole in Italia finissero in – ini. Allora basta che mettevo “ini” e parlavo l’italiano. Invece non era così. Ho fatto la mula per due o tre mesi e poi mi sono messa a impararlo. Parlavo male ma parlavo uguale”. [Intervista P16].* Una volta appreso, nessuno degli intervistati ha dichiarato difficile l’esame del Collegio IPASVI, utile ai fini dell’iscrizione al Collegio stesso.

Rispetto invece agli ECM, bisogna dire che sul campione degli intervistati, pochi fanno formazione continua, e anche quella obbligatoria viene trascurata, per motivi di tempo e per costi: *“La cooperativa dove lavoro li fa però li devo pagare. I prezzi dipendono dal Corso, sono 150, 300 Euro ... dipende da corso. Non riesco però a fare tutti i crediti ECM perché ... per esempio l’altra volta ho fatto “assistenza a domicilio ad un paziente con insufficienza respiratoria” e ho pagato 150 Euro per 15 crediti. Purtroppo lì sono tre giornate di seguito e devo prendere le ferie quei giorni perché i corsi devono essere fatti al di fuori dell’orario di lavoro, non mi danno il giorno libero perché devo andare ad aggiornarmi, ma devo prendere le ferie. A volte loro fanno tutti i pomeriggi e io lavoro la mattina, allora posso andare. Le colleghe per esempio che lavorano il pomeriggio e vogliono andare a quel Corso si fanno sostituire e facciamo come giorno di recupero, se noi lavoriamo la domenica un giorno ce lo danno di*

recupero o dopo compensi le ore. [...] Ti mandano la mail con quelli a pagamento e ogni tanto con qualcosina gratis. Se tu riesci vai, ovviamente quel giorno ti prendi le ferie". [Intervista P12]. Ma rispetto all'accesso non vengono evidenziate delle forme discriminatorie se non all'interno delle strutture stesse. A tal riguardo una infermiera ha ricordato che tutto dipende dalla opinione che sia ha di se stessi: *"Molti pensano che per essere straniero sei messo in disparte: ti metti in disparte da solo. Io sono un essere umano a prescindere dalla razza, altrimenti non potrei fare questo lavoro. Quando capitano persone e pazienti stranieri che facciamo?". [Intervista P15].*

Sulla formazione un ultimo aspetto da tenere presente è che gli intervistati che hanno fatto gli studi di infermieristica in Perù dichiarano che hanno ricevuto a loro dire una formazione migliore rispetto ai colleghi italiani, e (come accade per gli infermieri provenienti dall'India), ritengono la fase di tirocinio molto valida ed efficace (si tenga presente che in Perù il percorso di laurea dura 5 anni). Inoltre lamentano una bassa considerazione della professione dell'infermiere in Italia, mentre nel loro Paese ha un riconoscimento sociale ed è valorizzata professionalmente, quasi in maniera equiparata alla professione medica; *"Migliore, migliore perché comunque già quando tu esci sei pronta, poi perché nel mio paese in ogni ospedale si parla la stessa lingua! Qua no, qua ogni ospedale agisce in modo diverso, ogni ospedale ha la sua maniera di dare assistenza diversa, sono varie, per esempio se vai al XY o se vai a un altro ospedale è diversissima! Nel mio Paese se vai a uno o un altro ospedale per l'80% è lo stesso! Quindi lo sai, perché non fai pratica in un solo ospedale, vai in tanti ospedali, quindi hai un panorama più grande. Poi fai più pratica". [Intervista P17].*

Quindi, sempre considerando i 20 intervistati, i percorsi formativi degli infermieri peruviani a Roma, a livello generale sembrano essere caratterizzate dai seguenti elementi:

10. ottimo livello di formazione nel paese di origine che si scontra su un approccio culturale differente rispetto alla figura dell'infermiere in Italia;
11. facilità nell'apprendimento della lingua italiana, per assonanza linguistica;
12. difficoltà organizzative e legati ai costi relativamente alla formazione obbligatoria.

3.3.5. La percezione del Collegio IPASVI

Una serie di domande specifiche tendeva di raccogliere valutazioni rispetto all'attività del Collegio IPASVI «Frequenti il Collegio IPASVI? Pensi che possa essere un luogo di aggregazione professionale, utile alla vita lavorativa?». Hanno risposto quasi tutti gli intervistati che hanno espresso giudizi diversi: la maggioranza però dichiara di conoscerlo poco e di non frequentarlo. Chi ne parla non ne ha chiare le funzioni attribuendogli spesso compiti più di tipo rivendicativo sindacale che non gli competono. Sembra emergere una evidente generale scarsa conoscenza del Collegio.

Il Collegio viene conosciuto attraverso le riviste che arrivano a casa agli aderenti, e attraverso le proposte di formazione: *“Fino ad adesso in realtà non ho avuto occasione di chiedere un servizio, o un consiglio o un'informazione ... non ho avuto la necessità. Adesso ho cominciato a fare il corso di inglese. È il primo corso che faccio con l'Ipasvi”*. [Intervista P12]. La stessa infermiera intervistata fa presente che in alcuni casi i servizi offerti sono pesanti dal punto di vista economico: *“Io sono pure iscritta all'Ipasvi di XY, non sto con l'Ipasvi di VG. Volevo fare il trasferimento, però devo pagare 150 Euro per il trasferimento²⁷. La cooperativa mi ha iscritto lì quando sono venuta in Italia, credo pure per una questione di tempo per fare l'esame ed ora mi trovo lì”*. [Intervista P12]. Altri intervistati riconoscono significativa anche l'attività di consulenza: *“Sì, per esempio quando dovevo fare un concorso interno, mi sono rivolta a loro per sapere se avevo le possibilità per farlo, per sapere se ci avevo diritto o no, mi*

²⁷ In realtà, la pratica del pagamento per il passaggio verso il Collegio romano, è stata abolita da qualche tempo.

hanno saputo consigliare. Si su molte cose mi hanno saputo consigliare!” [intervista P10]. Un buon numero degli intervistati riconosce al Collegio la funzione di organizzatore di Convegni e Seminari di approfondimento, di carattere formativo, ma anche informativo e professionale:

In un caso viene riportato quanto sia utile il servizio di biblioteca e di documentazione svolto: *“Qualche volta si, lo frequento, non sempre, però alle tirocinanti del mio reparto le mando comunque là perché io durante la mia tesi di laurea ho preso molto materiale ... ti aiuta durante la raccolta per la tesi, raccolta delle ricerche che uno fa durante l’università, il Collegio comunque ti apre la porta e ti aiuta”*. [Intervista P11].

Si ritiene che debba essere un punto di riferimento per la comunità professionale, non solo dal punto di vista amministrativo-burocratico ma anche di tipo relazionale e sociale: *“L’IPASVI dovrebbe essere un punto di incontro per tutti noi, ma non per le lamentele, proprio un punto di incontro. Ci sono tante attività che si possono organizzare per noi infermieri, per fare questa accoglienza multietnica che siamo in Italia. Ricreazione, momenti per condividere esperienze e vita, non per lamentarci. Oltre i corsi ECM, noi infermieri siamo tutti esseri umani al di là della razza, del colore, della lingua. Uniamoci tutti senza guardare la razza. Tutti uniti possiamo diventare un ordine. Possiamo diventare un ordine professionale come siamo noi. C’è tanta gente che non va a pagare il Collegio! Perché non paga il Collegio? Una ragione c’è! Loro devono cercare di raccogliere gli infermieri, tutti insieme”*. [Intervista P16]. Dovrebbe favorire lo scambio tra pari sia di esperienza sia di informazioni e risorse: *“Siamo in tantissimi. Organizzare degli eventi, oltre gli aggiornamenti, dove non possiamo andare tante volte sia per i turni sia perché fuori Roma. Poi a volte economicamente non si può, gestire, pagare il costo del Corso. Gli eventi, degli incontri tra gli infermieri, così uno si conosce, conosce anche quelli delle altre parti. Uno può fare anche amicizia e magari anche coinvolgerti e dirti: “Ah, vieni a Udine, perché qua c’è un corso”*. Una cosa così. *Qua mi sa che manca quel carisma della confraternita, quello che ho notato. Manca l’unione. [...] In Perù è*

diverso: tu vai, esci con le colleghe, ti dai un po' di tempo. Siamo così".
[Intervista P14].

Una intervistata invece richiama non tanto alla cura della deontologia professionale, bensì ad una presenza di tipo "lobbystico" sempre a (rappresentanza e) tutela degli interessi degli associati: *"Dovrebbe essere più presente. Per esempio conosco colleghi che hanno avuto problemi penali o giudiziari per cose che non hanno fatto però ci cadono sempre gli infermieri perché i medici si puliscono le mani come Ponzio Pilato, in quel caso il Collegio non dà supporto o ha un avvocato. Loro pagano esternamente invece dovrebbe essere più presente, più vicino. Non solamente che io ti pago e basta. Dovrebbero orientarci, ascoltarci. Io mai sono venuta qua quindi non so che dirti. Corsi di aggiornamento non ne ho mai fatto qua però so che esistono ed è una cosa bella, anche il corso di inglese, io non ho approfittato mai perché ho sempre approfittato di quello che mi da l'Ospedale".* [Intervista P17]. Il rischio che vedono nel gruppo dirigente del Collegio è che perdano la dimensione professionale: *"Il Collegio IPASVI potrebbe essere di grande aiuto. Il problema base è che i capi dei capi non sono di molto aiuto. Prima di tutto non ci stanno sul campo, parlano da dietro una scrivania, oppure si sono dimenticati dell'esperienza che hanno fatto prima di arrivare dietro una scrivania. Non possono vedere la realtà come tale. Sarebbe bello, come dico sempre, che se uno di sotto salisse sopra e si mettesse il camice, capirebbe il disagio che viviamo tutti i giorni. Se tu non spazzi, come diceva mia nonna, non impari a pulire, non puoi dare l'ordine a che un altro lo faccia per te, perché non sapresti neanche da dove iniziare. La stessa cosa".* [Intervista P15].

Alcuni ritengono i Collegi IPASVI di altre Regioni (in particolare quelli dell'Emilia-Romagna) maggiormente attivi, ad esempio nell'offrire un alloggio per i primi giorni agli infermieri arrivati da altre realtà territoriali, o aiutare nel trovare una casa: *"Per esempio, con i soldi che diamo al Collegio del Paese nostro, hanno fatto la Casa dell'Infermiere peruviano. Perché serve questo in Perù. Serve per i parenti che vengono dall'interno del Paese, per non albergare.*

È una casa grande, non come un ufficio. Una casa grande, dove ci sono delle stanze che si possono prenotare per soggiornare. Si paga un minimo, si cucina tutto una settimana. Con il contributo, abbiamo comprato una casa al mare, una bellissima idea. Così uno a settimana, prenotava la casa al mare. [...] Magari vorrei fare partecipe di questo. Non solo le riviste. Trovarci, fare una grigliata”.
[Intervista P13].

L'ultimo aspetto indagato con i 20 intervistati, ha riguardato nello specifico il Collegio professionale degli infermieri romano, i rapporti con il quale sembrano essere caratterizzati dai seguenti elementi che raccolgono aspetti ambivalenti (sia positivi sia negativi o comunque di tipo problematico):

13. tutti gli infermieri peruviani lo conoscono, ma pochi sembrano utilizzarne i servizi offerti agli aderenti;
14. viene apprezzata la capacità del Collegio IPASVI di proporre attività formativa, il cui accesso è comunque molto complicato (per turni, per costi, per opportunità);
15. al Collegio IPASVI viene da più voci richiesta una maggiore capacità aggregativa e di tipo relazionale tra colleghi peruviani e non solo.

Proprio sulle considerazioni relative all'ultimo punto appena evidenziato, per concludere l'analisi delle risposte date nel corso delle interviste, sembra opportuno citare la giovane infermiera sposata con un italiano e in attesa di acquisire la cittadinanza italiana, perché le sue considerazioni sembrano riassumere, con semplicità e chiarezza, tanti aspetti considerati nel paragrafo: *“Ho sentito, quando ci riuniamo, indirettamente, che noi siamo in tanti, abbiamo invaso un po', abbiamo rubato il lavoro agli italiani. Però, diplomaticamente parlando, uno chiarisce le cose. È vero uno viene a lavorare... perché ci sono due cose: degli stranieri che vengono a lavorare e poi tornare al loro Paese, si arricchiscono qua e tornano in Perù; ma ci sono tanti altri stranieri che*

rimangono, come me, e rimangono anche per la vecchiaia, fino alla morte. E lì magari un po' scoccia. Pure noi stranieri, anche se siamo professionali, perché vengono anche medici, architetti, tanti professionisti, che fanno al loro Paese, però vengono a fare assistenza agli anziani, a fare i giardinieri, a fare pulizia, a fare tante cose che prima gli italiani non facevano. Ecco perché siamo subentrati noi a lavorare. Infatti quando noi parliamo diciamo questo: "Voi prima non facevate queste cose, ora per la crisi fanno anche pulizie. Prima non si vedeva". Ora vedi che puliscono le feci dei pazienti, prima no, mentre noi magari abbiamo studiato 5 anni in Perù e poi lo facciamo perché l'importante è lavorare, l'importante è l'educazione che hai, i principi che hai. Se io sono infermiera e la cooperativa va via da dove lavoro, e io che faccio? Mi ammazzo? Piango? No. Mi metto a lavorare, magari faccio assistenza, faccio pulizie, altre cose, fino a quando non trovo un altro lavoro. Mica mi metto con le braccia incrociate, no. Quello è. Andare avanti come sei, come persona, con i tuoi principi". [Intervista P14].

Box 3.3.1. Le principali caratteristiche della comunità peruviana in Italia.

In Italia i cittadini peruviani titolari di un permesso di soggiorno in vigore, secondo i dati del Ministero degli interni, al primo gennaio 2013 erano 109.374 (il 2,9% di tutti i non comunitari registrati negli archivi del Ministero dell'Interno come regolarmente soggiornanti) mentre nell'anno precedente erano 107.847 persone. Tra tutti i peruviani regolarmente registrati in Italia, le donne incidono per oltre il 60%, dato che mostra come, anche a distanza di diverso tempo dai primi arrivi nel Paese, la collettività peruviana continui a distinguersi per una componente femminile decisamente più rappresentata rispetto a quanto si rileva, in generale, tra tutti gli stranieri soggiornanti in Italia (tra i quali le donne incidono, in media, per il 49,3%). Per ciò che attiene l'età, la collettività peruviana si distingue per una popolazione tendenzialmente matura, con sensibili concentrazioni nella fascia di età tra i 40 e i 54 anni (29,5% a fronte del 24,2% tra tutti gli stranieri) e in quella degli ultrasessantenni (5,8% tra i peruviani e 4,9% tra tutti gli stranieri). Al contrario, se i minori stranieri in Italia rappresentano il 24,1% di tutti i soggiornanti, la loro quota scende al 19,9% tra i peruviani.

L'area di maggiore concentrazione è il Nord Ovest, che da solo ospita il 60,3% di tutti i peruviani soggiornanti in Italia, una quota decisamente superiore a quella rilevata nella stessa area per la totalità dei non comunitari (36,9%). A determinare una così forte concentrazione sono la Lombardia (46.528) e il Piemonte (14.336), che assorbono rispettivamente il 42,5% e il 13,1% dei peruviani che vivono nel Paese, a fronte di quote del 36,9% e del 7,3% rilevate per la totalità degli stranieri. La seconda area in cui i peruviani soggiornano maggiormente è il Centro Italia (31,0% a fronte

del 23,1% tra tutti gli stranieri), in questo caso per via del peso esercitato dal Lazio, che da solo ne ospita 33.895, il 16,9% del totale nazionale (a fronte del 9,8% di tutti i non comunitari soggiornanti nel Paese), collocandosi al secondo posto per numero di peruviani dopo la Lombardia e immediatamente prima del Piemonte. Tra le province, il primato spetta a Milano (che da sola raccoglie il 34,0% dei peruviani in Italia), seguita da Roma, Torino e Firenze (rispettivamente con il 16,1% pari a 6.793 peruviani, il 10,3% e il 7,2%). A differenza di quanto accade per la totalità dei soggiornanti, risultano statisticamente poco rappresentativi di questa collettività il Nord Est (dove soggiorna solo per il 6,7% degli immigrati dal Perù) e, tra le regioni, l'Emilia Romagna (3,5%), il Veneto (1,8%) e tutto il Sud (1,6%). Un elemento interessante è quello della mobilità, in particolare se si raffrontano i dati del 2013 con quelli del 2012 si scopre che non solo i peruviani in Italia sono aumentati di più di 1.500 unità a livello nazionale, ma nel Lazio si è passati da 17.960 registrati residenti nel 2012 a quasi 34.000, rilevando un raddoppiamento della presenza nella regione, che ancora sembra richiamare non solo nuovi connazionali ma anche processi di migrazione interna nel Paese.

Rispetto all'anzianità di presenza, la metà dei peruviani (50,3%) è titolare di un permesso CE per lungo-soggiornanti, ossia di un titolo non soggetto a scadenza e che viene rilasciato dopo almeno 5 anni di permanenza regolare e continuativa. Inoltre i dati relativi allo stato civile, seppure disponibili per i soli lungo-soggiornanti, mostrano come tra i peruviani sia più forte la migrazione di persone celibi e nubili, che tra di essi incidono 10 punti percentuali in più che tra tutti gli stranieri: 62,8% a fronte del 52,6%. Un dato che, collegato alla forte femminilizzazione della collettività, è possibile spiegarlo secondo il processo migratorio che vede partire dal Perù per prime soprattutto le donne che affrontano la migrazione da sole, solitamente per sostenere economicamente i parenti rimasti in patria e una volta insediatesi richiamano i parenti verso l'Europa. Del resto il motivo prevalente di richiesta del permesso di soggiorno per la collettività peruviana è collegato al ricongiungimento familiare per 6 nuovi peruviani entranti su 10.

Se poi si considerano i peruviani il cui permesso è stato rilasciato nel corso del 2012 (in totale 5.228 persone), tra i nuovi rilasci sono stati registrati dalle Autorità di Pubblica Sicurezza i motivi di famiglia (66,0% tra i permessi di durata da 6 a 12 mesi e 63,6% tra quelli superiori a 1 anno), seguiti dai motivi di lavoro (rispettivamente 23,7% e 33,1%), ancora una volta a conferma dell'importanza che, per questa collettività, rivestono le dinamiche familiari, anche transnazionali. Tuttavia i recenti aggiornamenti Istat sulle iscrizioni anagrafiche di nuovi residenti stranieri provenienti dall'estero hanno registrato, nel 2012, una diminuzione annua che, se in media è stata del 9,3% (da 354mila a 321mila), tra i peruviani ha raggiunto il 35,4% (da 8.686 nuovi iscritti nel 2011 a 5.614 nel 2012) forse a motivo di seri cambiamenti di contesto avvenuti nel Paese e a livello mondiale.

Tornando a spiegare la forte attrattività esercitata dall'Italia verso le donne del Perù (alle quali negli ultimi anni si sono aggiunte le donne dell'Est Europa) è la domanda di forza lavoro aggiuntiva nel settore dei servizi, nel quale i peruviani risultano inseriti in maniera consistente e quasi originale rispetto agli altri gruppi nazionali. La

percentuale maggiore degli occupati (con valori che arrivano quasi al 65%) è inserita nei servizi pubblici, sociali e alla persona, a cui segue il settore sanitario, l'industria (circa 13 %) mentre è completamente assente nel settore agricolo. Si consideri che la quota più alta per lo specifico settore di indagine dell'Istat di occupati stranieri nel mercato del lavoro italiano per Pubblica Amministrazione, istruzione e sanità, da alcuni anni ormai è detenuta dalla comunità peruviana, che ha quindi la *leadership* nelle attività che rientrano nei servizi di cura e di assistenza alla persona.

I dati di flusso relativi ai rapporti di lavoro avviati e cessati nel corso del 2012 registrano, per la collettività peruviana, un numero di avviamenti superiore alle cessazioni: rispettivamente 37.505 (per il 94% nei servizi) a fronte di 35.807. L'inserimento lavorativo continua, quindi, a registrare un andamento positivo anche durante la crisi, seppure in misura ridimensionata rispetto agli anni precedenti la recessione economica.

Fonte delle informazioni: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, “*La Comunità Peruviana in Italia – Rapporto annuale sulla presenza degli immigrati – 2013*”, Roma, 2013.

4. Principali risultati e raccomandazioni

In questa sezione si riportano, a titolo di considerazioni conclusive, le principali analogie e differenze emerse dall'analisi di campo realizzata sulle comunità di infermieri indiana e peruviana, iscritte al Collegio IPASVI di Roma e alcune raccomandazioni al Collegio per rendere la sua azione a favore degli infermieri stranieri iscritti ancora più efficace rispetto a quanto sinora realizzato.

Si avverte che tali considerazioni non pretendono di avere una valenza di tipo universalistico, coscienti della metodologia utilizzata. Sebbene non sia dato sapere se un'indagine di tipo demoscopico avrebbe comportato risultati diversi, comunque le testimonianze raccolte sembrano aver aperto uno spaccato chiaro di conoscenza utile a chi si trova a confrontarsi con lavoratori stranieri in un contesto in profonda trasformazione, come quello della sanità, che rischia di mettere in discussione le motivazioni originali che erano alla base dei progetti migratori (e di vita) di questi lavoratori.

4.1. Analisi comparativa delle due comunità: analogie e differenze

A premessa va evidenziata che la maggioranza delle interviste ha interessato donne infermiere, un dato d'altra parte che rispecchia una realtà professionale dove la presenza femminile è prevalente. Nel caso però degli indiani, le differenze di genere sono meno accentuate, il numero degli infermieri uomini intervistati è solo di poco inferiore a quello delle donne, il che è probabilmente anche da ascrivere a fattori di carattere culturale che tendono a favorire l'impegno anche nel campo della cura ed assistenza alle persone, così come avviene per altri settori del mercato del lavoro indiano, degli uomini rispetto a quello delle donne. Inoltre, questa presenza relativamente significativa di uomini infermieri, è in linea con le caratteristiche dell'immigrazione indiana in Italia che vede una predominanza del genere maschile. Un ulteriore aspetto è quello contrattuale: quasi tutti gli intervistati di entrambe le due comunità hanno una posizione a tempo indeterminato il che rappresenta un positivo indicatore di integrazione, quanto meno sotto il profilo lavorativo. Come d'altra parte atteso, dato l'attuale quadro normativo che regola l'accesso al lavoro nel pubblico impiego, la larga maggioranza degli intervistati lavora in strutture sanitarie private, per lo più in convenzione. I pochi occupati in ospedali pubblici è perché, in genere da più tempo in Italia, hanno acquisito, o caso dei peruviani già avevano, la nazionalità italiana.

Un altro carattere comune è il luogo di conseguimento dei titoli di studio in scienze infermieristiche: la maggioranza degli intervistati, siano questi indiani o peruviani si formano nei paesi di origine, è però una minoranza quella che aveva acquisito un'esperienza lavorativa come infermieri in patria o in altri paesi prima di stabilirsi in Italia. Entrambe le comunità condividono alla base del loro progetto migratorio la motivazione economica: si lascia il proprio paese per trovare condizioni lavorative migliori sotto il profilo retributivo rispetto a quelle dei paesi di origine. Sempre senza particolari distinzioni tra peruviani e indiani è la scelta di fare l'infermiere: pochi sono quelli che dichiarano di avere scelto la professione di infermiere per vocazione, per larga maggioranza la scelta di questo percorso di

studi è stata motivata dalla facilità, anche nei paesi di origine, di trovare lavoro. Tutti però senza distinzione di nazionalità pur con le difficoltà, le responsabilità e l'impegno del lavoro che si trovano a svolgere, affermano di non essersi pentiti della scelta fatta, e hanno interesse e passione per quello che fanno. Alla domanda se ritengono di consigliare la professione d'infermiere ai loro figli, l'orientamento prevalente è negativo per due motivi: il primo perché lo ritengono comunque un impegno lavorativo molto gravoso e con un riconoscimento economico e sociale non adeguato al lavoro svolto ed alle responsabilità assunte. Il secondo, molto comune nei genitori, e ancora più se immigrati, è legata alla speranza per i propri figli di ottenere una posizione lavorativa, e quindi nella società, migliori rispetto a quella che loro hanno vissuto. Infatti, non è raro, nel caso degli intervistati che auspicano un lavoro per i loro figli nel campo dell'assistenza e cura, che questo sia svolto come medico piuttosto che d'infermiere.

Ancora un elemento comune, tanto tra gli indiani quanto tra i peruviani intervistati che hanno conseguito il titolo nel loro paese, è l'opinione che la formazione per infermiere ricevuta nei paesi di origine, non solo non è inferiore a quella che si acquisisce in Italia, ma è qualitativamente migliore. Nel caso degli indiani, è evidenziato l'aspetto positivo che nel percorso formativo riveste il periodo di tirocinio, più lungo di quello svolto in Italia, e a loro dire più efficace e ciò grazie ad una presenza maggiore e continua delle figure di tutor che sono svolte sia da un infermiere di esperienza sia da un medico. I peruviani seguono un percorso formativo di 5 anni, molto selettivo a loro dire, ed in cui, come per gli indiani, la fase di tirocinio riveste un ruolo centrale nella formazione ricevuta, ed è oggetto di particolare attenzione e tutoraggio da parte dei docenti e responsabili del corso. I peruviani inoltre lamentano una bassa considerazione dell'infermiere in Italia, a differenza del loro Paese, dove questa professione ha un diffuso riconoscimento sociale ed è molto apprezzata e valorizzata. Soprattutto tra chi ha avuto una precedente esperienza di lavoro come infermiere in Perù, questa mancanza di riconoscimento della professione infermieristica in Italia è molto

sentita: *“in Italia all’infermiere è chiesto di fare lavori di forza, non è come in Perù che hai i tuoi tecnici che fanno queste cose”*. [Intervista I03].

Va anche detto che stando ad alcuni degli intervistati che hanno preso il titolo in Italia, il livello dei neo laureati di oggi è inferiore a quello di quando loro si sono laureati *“io ho fatto il tirocinio con un professore che mi faceva lezioni e mi seguiva in tutto il percorsoi ragazzi di oggi sono abbandonati a se stessi e non conoscono come fare ed affrontare i compiti anche più semplici come misurare la pressione, fare un test glicemico ecc”*. [Intervista I04].

Questo comune sentimento di avere seguito percorsi formativi nel complesso migliori rispetto a quelli dei colleghi italiani, a prescindere da fattori oggettivi difficilmente misurabili, certamente risponde a una, del tutto comprensibile, esigenza, da parte degli intervistati, di affermare la loro professionalità. L’esigenza cioè di dichiarare che con la loro presenza in Italia l’offerta sanitaria non ha risentito negativamente anzi si è arricchita di competenze valide e che quindi il loro lavoro rappresenta un valore aggiunto e non un costo per la società italiana.

Differenze tra le due comunità emergono rispetto ad alcuni aspetti del progetto migratorio. Gli indiani, soprattutto quelli immigrati agli inizi dello scorso decennio, hanno scelto l’Italia con chiara l’idea di fare l’infermiere, e vi sono arrivati grazie all’aiuto della Chiesa cattolica, ed è spesso sempre tramite l’intermediazione della Chiesa, che hanno trovato lavoro. Nel caso dei peruviani si è arrivati in Italia soprattutto attraverso reti familiari e/o amicali, e il tempo necessario a trovare lavoro come infermiere (soprattutto in una posizione occupazionale non precaria) è stato mediamente più lungo e certamente meno lineare rispetto a quello sperimentato dai loro colleghi indiani. In particolare per le donne peruviane sono molte quelle che prima di trovare lavoro come infermiera ha svolto per periodi anche lunghi il lavoro di badante.

Un’altra importante differenza tra le due comunità è relativo al vissuto che ognuna di esse ha nei confronti del loro percorso migratorio. Nel caso dei peruviani questo viene percepito come definitivo. Sono molti quelli che hanno

messo su famiglia in Italia, sposandosi non di rado con un italiano/a, ed acquisendo così anche la cittadinanza italiana (i peruviani possono mantenere anche quella peruviana). Esprimono poi una significativa integrazione nella società italiana: frequentano ed hanno amici italiani, non limitati al solo posto di lavoro; sono molto partecipi ed informati rispetto alla vita italiana. Gli indiani, per contro, ritengono la loro esperienza migratoria in Italia come transitoria, anche se nella pratica si tratta di una transitorietà che poi allo stato dei fatti si rileva molto lunga. Una delle motivazioni al rientro o alla migrazione verso altri Paesi è rappresentata dall'istruzione dei figli. Molti degli infermieri indiani intervistati esprimono un sentimento di non molta fiducia verso la scuola pubblica italiana (la maggioranza manda infatti i propri figli nelle scuole private), e vede nel fatto che gli insegnamenti sono offerti esclusivamente in italiano un grosso limite, in termini di minori opportunità future per i loro figli.

Rispetto all'integrazione, la maggioranza degli intervistati svolge una vita relazionale molto legata alla famiglia o comunque alla comunità indiana, inoltre significativo il ruolo di mediazione affidato alla chiesa. I rapporti con gli italiani si riducono quasi esclusivamente all'ambiente lavorativo, rare le frequentazioni al di fuori del lavoro.

Rispetto all'esperienza lavorativa svolta in Italia tutti, sia peruviani che indiani la giudicano positivamente, pochi però alla luce della situazione attuale di crisi consiglierebbero ad un loro connazionale di venire a fare l'infermiere in Italia, non solo perché più problematico trovare lavoro (anche se va detto che esiste un canale preferenziale di diverse strutture private a prendere infermieri immigrati, soprattutto indiani, rispetto agli italiani per motivi legati alla maggiore flessibilità ed adattabilità di questi lavoratori rispetto agli autoctoni) ma anche perché nel tempo sono venute meno le convenienze economiche (stipendi bloccati, maggiore costi, specialmente per gli affitti).

In nessun caso, tanto per i peruviani quanto per gli indiani, emergono situazioni di discriminazione con i colleghi infermieri italiani o di altre nazionalità. Le difficoltà con il colleghi, non attribuibile comunque al fatto di essere stranieri, si

registrano nei rapporti di ruolo con il personale ausiliario, che spesso si rileva poco collaborativo a svolgere le funzioni che gli competono. Si tratta comunque di una criticità che probabilmente, come si è già avuto modo di evidenziare, se si fossero intervistati degli infermieri italiani, sarebbe ugualmente emersa.

A fronte di queste difficoltà relazionali con il personale ausiliario emergono però due diverse modalità di comportamento: nel caso degli indiani l'atteggiamento prevalente è quello di evitare il conflitto svolgendo in termini sostitutivi quanto chiesto e non eseguito dagli ausiliari, mentre nei peruviani non è raro il caso di quelli che si pongono con un atteggiamento rivendicativo del loro ruolo, e quindi meno tollerante rispetto.

Rispetto al personale medico non emergono tra gli indiani intervistati specifici problemi relazionali, anzi gli aggettivi più ricorrenti sono di apprezzamento. Diverso è per i peruviani dove invece non sono mancate testimonianze di difficoltà: il rapporto con i medici viene vissuto in alcuni casi da questi lavoratori come non sempre semplice in quanto, a loro dire, prevale in Italia un atteggiamento da parte del personale medico di non riconoscimento della specifiche competenze e professionalità degli infermieri. Anche in questo caso come per gli OSS non è un problema di nazionalità, è un atteggiamento prevalente che ne prescinde.

Nei confronti delle condizioni contrattuali nessuno degli intervistati ha denunciato differenze di trattamento rispetto ai colleghi italiani: *“siamo tutti mal pagati e maltrattati dal Sistema sanitario nazionale”* [intervista P02]. A prescindere quindi dalla nazionalità sono denunciate le difficoltà registrate nel lavoro svolto dovute al momento di crisi che sta investendo la sanità italiana. Difficoltà che si manifestano nel ritardo nel pagamento degli stipendi, nel peggioramento delle condizioni di lavoro, nell'allungamento dei tempi di lavoro e nell'aumento nel numero dei pazienti da assistere. La differenza tra le due comunità rispetto a questi vissuti è nell'atteggiamento: gli indiani mostrano una maggiore accettazione della situazione che si trovano a vivere *“potrebbe andare*

peggio: l'importante è lavorare" [intervista I01], i peruviani, invece hanno un atteggiamento più critico e conflittuale.

Il rapporto di entrambe le due comunità nei confronti della formazione continua è molto simile: l'aggiornamento che si fa è quello giusto minimo indispensabile. Si ricercano solo corsi gratuiti e l'investimento personale nella formazione è molto limitato. Sono, infatti, pochissimi gli intervistati che hanno fatto master o formazioni lunghe. La motivazione di quest'atteggiamento nei confronti della formazione non sembra comunque attribuibile ad un disinteresse e giudizio di inutilità quanto piuttosto al poco tempo disponibile ed a costi ritenuti troppo elevati rispetto alle possibilità economiche di cui si dispone. Inoltre gli intervistati, e forse neanche a torto, hanno difficoltà a vedere nella formazione un'opportunità per un avanzamento di carriera e responsabilità nel loro posto di lavoro.

D'altra parte nessuno degli intervistati riveste ruoli gerarchicamente rilevanti nella professione infermieristica, anche nel caso di quelli che hanno la cittadinanza italiana e sono inseriti in strutture pubbliche. E' forse un elemento del tutto casuale dovuta al fatto che la popolazione intervistata, non è stata, come si è detto, espressione di un campione stratificato staticamente significativo, ma forse anche ci sono motivi connessi all'essere comunque stranieri e quindi meno inseriti nelle reti sociali che contano per la carriera, a spiegare questa situazione.

Una differenza si riscontra nei confronti del sindacato: gli indiani sono certamente meno sindacalizzati dei loro colleghi peruviani. La percezione però comune a entrambe le comunità è di un sindacato comunque poco attento alle tematiche e bisogni degli infermieri stranieri.

Sul Collegio IPASVI di Roma non si registrano particolari differenze di vissuto e di giudizio tra indiani e peruviani: la maggioranza, a prescindere dalla nazionalità dichiara di conoscerlo poco e di non frequentarlo. Chi ne parla non ne ha chiare le funzioni attribuendogli spesso compiti più di tipo rivendicativo sindacale che non gli competono.

Volendo trarre una conclusione di sintesi è che rispetto ai vissuti lavorativi delle due comunità non emergono differenze sostanziali: anzi si può affermare che sono molto simili. Diversità si coglie invece rispetto ad alcuni aspetti del percorso migratorio e delle norme d'inserimento nella società italiana: una differenza che trova verosimilmente ragione nelle diversità culturali e linguistiche che caratterizzano le due comunità.

4.2. Indicazioni operative

Il presente paragrafo, anche alla luce dei principali risultati emersi dall'indagine di campo, presenta prime linee di orientamento e alcune azioni finalizzate alla valorizzazione delle attività promosse dal Collegio IPASVI di Roma.

Quanto riportato di seguito persegue in maniera integrata una duplice finalità.

In primo luogo intende favorire il mantenimento e il rafforzamento dell'adesione degli infermieri stranieri al Collegio IPASVI attraverso la predisposizione di interventi mirati a prevenire i rischi di mancata adesione e di abbandono, o di scarsa partecipazione alle attività sociali. Concretamente tale finalità può essere perseguita intervenendo, individuando e sperimentando forme di organizzazione delle attività del Collegio IPASVI innovative, rispondenti alle esigenze degli infermieri stranieri. I soggetti principali coinvolti in questo processo sono appunto gli infermieri stessi, che dovrebbero agire d'intesa con i membri del Collegio IPASVI ed essere sostenuti adeguatamente nella loro azione di mediazione con la comunità di origine (nazionale).

La seconda finalità è quella di agevolare l'inserimento sociale degli infermieri stranieri nel complesso sistema sanitario romano attraverso la promozione e la realizzazione, a livello locale, di azioni e interventi specifici rivolti a quanti soffrono l'attuale situazione di crisi del sistema sanitario regionale e locale, che, come è noto, pesa significativamente sulle risorse umane operanti. Questa difficoltà è ancora più evidente nel caso di coloro che operano in Cooperative di

tipo socio-sanitario. I soggetti coinvolti sono pertanto gli attori pubblici e privati, con un ruolo particolare del Collegio IPASVI, e il sistema territoriale dei servizi per l'impiego oltre che i servizi sociali.

Attraverso linee di orientamento si è inteso contribuire a definire una strategia per la gestione dell'attuale situazione di crisi del sistema sanitario locale nella quale operi il Collegio IPASVI e in cui un ruolo di assoluta centralità venga assegnato alla partecipazione dei suoi principali *stakeholder* (e del Collegio IPASVI come ordine professionale). Ciò comporta affidare un compito importante alle parti sociali in quanto attori che, soprattutto nel caso romano, tradizionalmente svolgono una funzione non sostituibile nel sistema istituzionale territoriale e nella definizione delle *policy* del governo della Sanità. Le linee di orientamento qui illustrate si calano all'interno di questa logica e si pongono pertanto come uno strumento di supporto operativo per l'attuazione di un percorso di attivazione fortemente partecipativo.

Si è inteso pertanto individuare strumenti e azioni che consentano di migliorare, rafforzare e sostenere gli infermieri stranieri dentro e fuori i luoghi di lavoro alla luce dei processi di riforma del sistema. Si tratta complessivamente di 'buone prassi', in gran parte effettive e già praticate, rilevate e analizzate nel lavoro empirico, che nell'insieme delineano una strategia locale per le politiche del Collegio IPASVI. I suggerimenti di *policy* sono quindi stati dedotti in modo da favorire il raggiungimento e la realizzazione delle buone pratiche evidenziate. Con altre parole, quanto verrà indicato di seguito, a conclusione del presente lavoro di approfondimento e ricerca, esplicita in maniera – si pensa – adeguata, progetti e azioni che possano avere una ricaduta in termini di contrasto alle situazioni di potenziale marginalità occupazionale in cui potrebbero venirsi a collocare gli infermieri stranieri a Roma a seguito delle politiche di contenimento che la Regione Lazio sta conducendo per contenere il forte disavanzo di bilancio e rientrare nei parametri di spesa imposti dal Governo centrale.

Alla luce di quanto sopra detto le azioni/modalità di intervento individuate per lo sviluppo della partecipazione degli infermieri stranieri sono – almeno – otto e si

basano sullo sviluppo e l'implementazione di politiche integrate fra diversi ambiti, del lavoro e della formazione in particolare ma anche della comunicazione e dell'informazione.

Prima indicazione. Sembra necessario definire cosa faccia il Collegio IPASVI e diffondere con nuovi strumenti di comunicazione le iniziative organizzate, attraverso, ad esempio, la creazione di applicativi per *smartphone*, oppure un servizio *sms*, o comunque forme di comunicazione mediata dalla rete, accessibile, diretta e rivolta specificamente agli infermieri stranieri. Con ogni strumento si dovrebbero raggiungere gli iscritti presentando loro le iniziative e le attività in essere, compresi tutti i servizi di formazione, consulenza, tutela, già svolti e operativi, in modo da costituire una “comunità professionale” che abbia una valenza riconosciuta anzitutto al suo interno e che possa presentarsi tale agli occhi dei *policy maker* e della Società in generale.

Seconda indicazione. Anche in conseguenza dell'azione precedente, il Collegio IPASVI dovrebbe farsi rete capillare (attraverso i responsabili di comunità e l'Associazione Infermieristica Transculturale) per riuscire a seguire il funzionamento dei diversi gruppi e per mostrarsi più presente tra gli attori decisionali dei processi di riforma sanitaria sia a livello regionale sia a livello di grandi strutture sanitarie romane, rappresentando anche la componente straniera del personale infermieristico e sanitario in generale.

Terza indicazione. Il Collegio IPASVI dovrebbe rafforzare e incrementare la campagna di comunicazione che definisca meglio la figura dell'infermiere rispetto a quella del medico e degli operatori sanitari ausiliari. Inoltre si dovrebbe maggiormente diffondere la cultura del *nursing transculturale* in una città come quella di Roma in cui la presenza di malati (e operatori) stranieri è significativa e in continuo e progressivo aumento.

Quarta indicazione. Si dovrebbe concentrare l'attività formativa soprattutto per gli infermieri che non sono strutturati e dipendenti da una grande realtà sanitaria, in vista dei cambiamenti già in atto che indicano l'affermarsi di una sanità sempre più de-localizzata. Inoltre sarebbe opportuno seguire i processi di cambiamento che si stanno mettendo in atto nella cura sanitaria di base, che superano la figura tradizionale del medico di base e pensano ad una figura dell'“*infermiere di famiglia*”, tutta da impostare soprattutto nella attività di formazione dei professionisti.

Quinta indicazione. L'offerta formativa andrebbe migliorata non tanto nella quantità offerta (già molto ricca), bensì nelle procedure di accesso, garantendo alla componente straniera condizioni di accessibilità, e progettando meccanismi di prenotazione ai corsi che consentano di revocarne l'iscrizione (per impossibilità a frequentarli) in modo da far accedere altri colleghi.

Sesta indicazione. Collegata alla precedente si suggerisce di diffondere in misura maggiore la formazione offerta, in particolare quella gratuita, obiettivo che potrebbe essere rafforzato incrementando l'offerta di formazione a distanza, ma anche ricorrendo alle opportunità di finanziamento della formazione proposte dalla normativa nazionale in materia (ad esempio la Legge 236/85) ma anche dal Fondo Sociale Europeo – FSE, che nella fase di programmazione di prossimo avvio prevede un ambito specifico di intervento a favore del miglioramento nell'accesso e nella qualità dei servizi di assistenza e cura.

Settima indicazione. Rafforzare il servizio, sportello, di ascolto finalizzato a raccogliere, non soltanto richieste di servizi da parte degli iscritti stranieri al Collegio IPASVI, ma anche le storie personali di rapporto con le altre figure professionali presenti nel Sistema sanitario, di relazione con i pazienti, di legame con i datori di lavoro. Tale servizio potrebbe essere tenuto anche attraverso la mediazione di infermieri stranieri.

Ottava indicazione. Il Collegio IPASVI, attraverso le attività del suo Centro di Eccellenza, dovrebbe valorizzare le esperienze, le capacità cognitive, i saperi, le abilità degli infermieri stranieri, in particolare di coloro i quali hanno conseguito il titolo nei paesi di origine, perché l'esperienza all'estero possa rappresentare una buona pratica da implementare nel contesto romano soprattutto nell'assistenza sanitaria, proponendo ad esempio forme di *tutorato* di giovani infermieri italiani da parte di infermieri stranieri esperti.

In conclusione è possibile affermare che la risoluzione della questione dell'inserimento sociale e professionale degli infermieri stranieri risulta, come detto, complessa e articolata e si inserisce nel più ampio processo di riforma delle politiche sanitarie regionali. Essa richiede cambiamenti organizzativi e culturali importanti per rendere possibile ed effettiva l'efficacia di politiche di assistenza e cura.

La sfida è rappresentata dall'implementazione e la traduzione di politiche che utilizzano slogan riguardanti l'inserimento sociale e l'integrazione dei sistemi, in azioni concrete ma anche e soprattutto il loro arricchimento e l'effettività che, solo l'impegno e l'attivazione degli *stakeholder* locali, può essere in grado di esprimere.

Ed è in questa direzione che si calano le linee di azione proposte il cui *target* di riferimento è proprio costituito dal Collegio IPASVI ma che chiama in causa anche altri attori istituzionali, socio-economici e le parti sociali che a diverso livello agiscono nella pianificazione e nella gestione della *governance* della sanità a livello locale.

Si tratta di orientamenti di azioni, che vanno comunque intesi esclusivamente come '*indicazioni aperte*', da aggiornare, modificare e implementare con continuità alla luce degli approfondimenti analitici che sarà possibile condurre sulla base dei risultati che emergeranno dalla sperimentazione ed esperienza e dal confronto con il Gruppo di ricerca del Progetto "*Integrarsi – Integrazione sociale*

e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: approfondimenti transculturali”,
che, ancora una volta, ringraziamo, sentitamente.

Riferimenti bibliografici

Banca d'Italia, *La ricchezza delle famiglie italiane nell'anno 2010*, Nuova serie, Anno XXII, n. 65, 13 (Roma: Banca d'Italia, 2012).

CEIS – Università di Tor Vergata, *IX Rapporto sulla Sanità "Crisi economica e Sanità come cambiare le politiche pubbliche"* (Roma: CEIS, 2013).

CENSIS, *L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro* (Roma: Censis, 2012).

Cnel, *Indici di integrazione degli immigrati in Italia* (Roma: Cnel, 2012).

Università Cattolica del Sacro Cuore, *Rapporto osservasalute 2013* (Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2014).

Gagliardi Francesco, Accorinti Marco, *La rappresentanza nel settore della sanità: il caso dei medici, infermieri e ausiliari in condizione di precarietà lavorativa nel Lazio* (Napoli: Cavalli Editore, in corso di pubblicazione).

IRES, *Sindacati e discriminazione razziale nella Sanità italiana: il caso degli infermieri*. Studi e ricerche IRES (Roma: Ediesse, 2006).

Ocse, *Health at a Glance – Europe 2013* (Paris: OECD Publishing, 2013).

Sennet Richiard, *Lo straniero: due saggi sull'esilio* (Milano: Feltrinelli, 2014).

Stievano Alessandro, Bertolazzi Alessia, *Nursing transculturale. Un confronto tra infermieri italiani e sudamericani*. Milano: Franco Angeli, 2013.

ALLEGATO: Traccia di intervista semi-strutturata

“INTEGRARSI”

**Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma:
approfondimenti transculturali**

IRPPS-CNR
IPASVI

Traccia di intervista semi-strutturata
Versione finale

INDICAZIONI METODOLOGICHE

Per recepire la maggior parte delle informazioni possibili, nella scelta degli infermieri da intervistare, sarà data la precedenza a persone, vicine, magari soci AIT, che svolgono la professione in Italia da più di tre anni (iscritti al Collegio) e in una struttura (o attività prevalente) a Roma. Una piccola quota sarà riservata a religiosi.

a) Sezione profilo socio-anagrafico

Per comprendere meglio i risultati delle interviste in profondità, si chiedono alla persona informazioni relative al proprio profilo socio-anagrafico in modo da far emergere in fase iniziale le specifiche che poi serviranno per rileggere le possibili risposte in fase di approfondimento finale. Si dovrà tuttavia far presente che l'intervista verrà trattata in maniera aggregata e quindi le informazioni personali, oltre ad essere riservate, si perderanno nella lettura generale dei dati.

Età

Sesso

Titolo di studio

Luogo di Conseguimento del titolo di studio

Stato civile

Ha figli ? Se sì, dove si trovano ?

Nazionalità

Città di provenienza (oppure regione, area territoriale)

Anno di arrivo in Italia

Luogo di residenza

Area di lavoro (Ospedale, Casa di cura, RSA, servizi cooperativa, territorio)

Tipologia contrattuale (libero professionista o dipendente)

b) Sezione domande relative al progetto migratorio

Una peculiarità dell'esperienza di questi ultimi due decenni è costituita dall'alto numero di infermieri stranieri che sono stati accolti nelle strutture sanitarie italiane per sopperire ad una scarsità di queste figure professionali. È di interesse ricostruire il percorso che ha portato gli infermieri stranieri in Italia, cercando di evidenziare i canali informativi e far emergere le principali fasi che ne hanno caratterizzato l'inserimento lavorativo. Si tratta in altri termini di

esplicitare il personale progetto migratorio di ciascun intervistato, nei termini delle motivazioni che ne hanno determinato le scelte.

Questioni:

1. Da quanto tempo sei in Italia? E a Roma? Da quale parte del Perù/India, provieni?
2. Che cosa ti ha spinto ad affrontare questa professione?
3. Eri già determinato a svolgere la professione di infermiere nel tuo Paese di origine? Si tratta di una decisione maturata nel Paese di origine o è nata una volta già lasciato il tuo Paese?
4. Perché hai deciso di lasciare il tuo Paese?
5. Attraverso quali canali (amicali, istituzionali, associativi, religiosi, ecc) hai deciso di emigrare? Sei arrivato subito in Italia?
6. Puoi raccontarci la tua esperienza di regolarizzazione del soggiorno?
7. Prima di lavorare in una struttura sanitaria romana, hai avuto altre esperienze in altri contesti territoriali sia in Italia o sia in altri Paesi?
8. In base alla tua esperienza rifaresti le stesse scelte?
 - a. Se sì, quali sono gli elementi che ti portano a dare un giudizio positivo sul percorso migratorio realizzato?
 - b. Se no, quali sono state le difficoltà che hai incontrato?
9. Vivi il tuo percorso migratorio come transitorio o definitivo?
 - a. Se il tuo progetto è quello di lasciare l'Italia, pensi di rientrare nel tuo Paese di origine o di andare in un altro Paese, ed in questo caso quale e perché?
 - b. Pensi che l'esperienza professionale acquisita in Italia possa rappresentare un valido valore aggiunto per un tuo inserimento lavorativo qualificato nel tuo Paese di origine (oppure in altri Paesi)?
10. Se oggi dovessi consigliare a un tuo connazionale di venire in Italia a lavorare come infermiere quali consigli daresti?
11. Faresti fare il tuo stesso lavoro a tuo figlio?

c) Sezione domande relative all'esperienza lavorativa

In questa parte si vuole indagare le condizioni di lavoro e in particolare le caratteristiche in termini di accesso, di rapporto di lavoro, di contrattualizzazione, i rapporti con i colleghi e gli utenti e la tutela sindacale.

Questa è la parte centrale dell'intervista e quindi la parte alla quale sarà opportuno dare il maggiore tempo.

Questioni:

12. In quale struttura sanitaria, attualmente, operi? puoi descrivere il lavoro svolto e la struttura?
13. Come è avvenuto il tuo inserimento lavorativo nell'attuale struttura? (selezione, colloquio, agenzie di lavoro interinale, cooperative, conoscenze, stage...)
14. È il primo lavoro svolto dal momento in cui sei arrivato in Italia?
 - a. Se no, hai sempre operato nel settore sanitario? se sì, svolgendo quale attività e dove? quali lavori hai svolto e come da questi sei transitato a svolgere la professione di infermiere?
15. Rispetto al tipo di contratto che ora hai, sei stato subito oggetto di questo contratto oppure ci sono state altre forme contrattuali prima di quella che hai ora?
16. Pensi di avere un contratto adeguato e coerente con le funzioni e le responsabilità che svolgi? vedi delle differenze di trattamento con i tuoi colleghi italiani? se sì di che tipo (salari, turni, straordinari, attività)?
17. Potresti descrivere il tuo rapporto con i colleghi italiani? con i colleghi stranieri? con i peruviani/indiani presenti nella struttura? con i medici? con l'amministrazione? (es. accordo, collaborazione, discriminazione, lavoro di squadra, stima, amicizia)
18. Nel tuo lavoro hai incontrato medici peruviani/indiani? Se sì, il rapporto con loro è stato favorito dal fatto di essere della stessa nazione oppure è stato ininfluenza?

19. Pensi che il personale medico ti consideri professionale come i colleghi italiani? e i colleghi italiani riconoscono la tua professionalità? La tua sensazione rispetto all'opinione degli altri su di te, è sempre stata così o si è modificata nel tempo?
20. E nel tuo rapporto con i pazienti, quanto ci possono essere state difficoltà di comunicazione, dovute alla lingua? Differenze culturali? abitudini? Ci puoi raccontare episodi significativi al riguardo delle diversità da te rilevate?
21. Nell'attuale posizione lavorativa, hai sempre svolto la stessa attività e lo stesso ruolo o si è modificato nel tempo? puoi descrivere il percorso lavorativo e di carriera eventuale raggiunta?
22. Ritieni di essere stato oggetto di forme di discriminazione nei confronti dei colleghi italiani? quando? in che occasione? in quale forma si sono presentate? hai preso iniziative al riguardo per far valere i tuoi diritti?
23. Nel caso di quest'ultima possibilità, quanto pensi che il Collegio IPASVI sia stato per te un riferimento utile? ti sei rivolto ad un Sindacato? hai trovato ascolto?
24. Hai mai partecipato a collettivi, comitati, assemblee di lavoratori del settore sanitario ? se sì, perché erano stati convocati?
25. Pensi che l'IPASVI possa essere un luogo di aggregazione professionale? Come pensi che il collegio IPASVI possa essere utile alla tua vita lavorativa?
26. La situazione di difficoltà o di crisi che sta interessando il settore sanitario a Roma, ti sta colpendo? se sì, in quale modo (turni, stipendio, riconoscimento diritti)? Colpisce solo te o pensi che sia in egual misura per tutti i tuoi colleghi infermieri a prescindere dalla nazionalità?
27. Stai valutando la possibilità di lasciare Roma e l'Italia per andare a lavorare da un'altra parte ? in un altro Paese o tornare nel tuo Paese di origine?
28. Conosci qualcuno dei tuoi colleghi infermieri connazionali che abbia lasciato la professione ? e abbia lasciato l'Italia? e per quali motivi?
29. Nel corso della tua attività lavorativa sei stato personalmente coinvolto in attività di tutela sindacale? Se sì, puoi descriverle brevemente? (n.b. quando è accaduto l'ultima volta) Tu cosa ne pensi?
30. Ti risulta che ci siano azioni promosse dal Sindacato per tutelare dei diritti dei lavoratori stranieri di questo settore? E da altre amministrazioni?
31. Hai intenzione di cambiare professione?

d) Sezione domande relative alla formazione

In questa parte si vuole indagare la formazione di base alla professione infermieristica, il riconoscimento del titolo, l'adeguamento delle competenze.

Questioni:

32. La tua formazione alla professione è avvenuta nel tuo Paese?
 - a Se sì, hai avuto problemi di riconoscimento del titolo acquisito?
 - b Se no, hai acquisito il titolo in Italia? Quali difficoltà eventualmente hai incontrato?
33. Se no, hai acquisito il titolo in un altro Paese? Quali difficoltà eventualmente hai incontrato? E il riconoscimento del titolo?
34. Credi che la formazione da te acquisita sia dello stesso livello o superiore a quello dei tuoi colleghi italiani? Perché?
35. Hai avuto problemi rispetto alla lingua? Hai affrontato prima di arrivare in Italia un corso specifico oppure l'apprendimento della lingua è avvenuto contestualmente all'esercizio della professione?
36. Hai sostenuto un esame al Collegio IPASVI? lo hai superato facilmente? quali sono state le eventuali difficoltà incontrate?
37. Quanto la tua formazione all'estero e la conoscenza della lingua italiana hanno pesato e ancora pesano sullo svolgimento della tua professione?

38. Ritieni che quanto appreso sia adeguato al lavoro che stai conducendo in Italia?
39. Hai avuto occasioni di formazione continua una volta in Italia? se sì, ci potresti raccontare queste esperienze (sono state di tua iniziativa? sono state proposte dal datore di lavoro? in che cosa sono consistite? hanno rilasciato una certificazione? si sono rivelate utili nel tuo percorso lavorativo/di carriera?)
40. Pensi che nell'accesso alle attività di formazione continua siano privilegiati gli italiani rispetto agli infermieri stranieri? Se sì, puoi motivare la tua risposta?

e) Sezione domande relative all'integrazione sociale

In questa parte si vuole indagare le condizioni al di fuori del luogo di lavoro che incidono sul senso di inserimento o di mancato inserimento sociale dell'infermiere intervistato.

Questioni:

41. Quali sono le difficoltà incontrate e che continui ad incontrare nel tuo inserimento sociale a Roma (casa, salute, burocrazia, servizi, vicinato)?
42. Quali sono i tuoi rapporti con gli altri connazionali? partecipi ad associazioni, comitati, nazionali? quali? con quale frequenza? frequenti la chiesa nazionale-istituto religioso-luogo di culto?
43. Il fatto di essere infermiere viene riconosciuto dai tuoi connazionali emigrati? Ti è mai capitato che un connazionale ti abbia chiesto una prestazione infermieristica?
44. Hai rapporti di amicizia costante e quotidiana con connazionali? e con italiani?
45. Vorresti descrivere il tuo livello di inserimento sociale a Roma?
46. Utilizzi servizi sociali pubblici (tipo asilo, servizi sanitari, biblioteche)? Quali? Con che frequenza?
47. A fronte della situazione di crisi del lavoro, secondo te stanno crescendo le frizioni/divisioni tra lavoratori stranieri e lavoratori italiani? Si stanno manifestando atteggiamenti potenzialmente ostili, verso i lavoratori stranieri a difesa degli italiani?

IRPPS Monografie

Titoli pubblicati

1. *Alternative patterns of family life in modern societies*. Edited by Lea Shamagar-Handelman, Rossella Palomba. (IRPPS Monografie n. 1, 1987).
2. *Le famiglie italiane degli anni '80*. A cura di Adele Menniti. (IRPPS Monografie n. 2, 1991).
3. *People, policy and perspectives: a comparative survey on population policy acceptance in Italy and in the Netherlands*. Edited by Hein Moors, Rossella Palomba. (IRPPS Monografie n. 3, 1991).
4. *Migration and regional development in Italy*. Marc Temote, Antonio Golini, Bruno Cantalini. (IRPPS Monografie n. 4, 1991).
5. *La città di Venezia: un'analisi territoriale delle differenze di genere*. Adele Menniti, Maura Misiti, Rossella Palomba, Susanna Terracina. (IRPPS Monografie, n. 5, 1995).
6. *Politiche familiari, welfare e sviluppo sostenibile*. Contributi dei borsisti del Fondo sociale europeo. (IRPPS Monografie, n. 6, 1996).
7. *La salute degli anziani in Italia*. Atti del Convegno di Roma, 21-22 marzo 1995. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche. Progetto finalizzato invecchiamento, Istituto di Ricerche sulla Popolazione, Istituto Nazionale di Statistica. (IRPPS Monografie n. 7, 1997).
8. *Aspetti e problemi dell'invecchiamento della popolazione*. Antonio Golini, Paola Bruno, Plautilla Calvani. (IRPPS Monografie n. 8, 1997).
9. *Veneto: le donne in cifre*. A cura di Adele Menniti, Maura Misiti, Rossella Palomba. (IRPPS Monografie n. 9, 1997).
10. *Mezzogiorno e migrazioni interne*. A cura di Corrado Bonifazi. (IRPPS Monografie n. 10, 1999).
11. *Le scienze sociali e la nuova crisi balcanica. Materiali del progetto di fattibilità*. A cura di Corrado Bonifazi. (IRPPS Monografie n. 11, 2001).
12. *Contributions to international migration studies*. Edited by Corrado Bonifazi, Giuseppe Gesano. (IRPPS Monografie n. 12, 2002).
13. *Aforismi, visioni e divagazioni intorno ad una parola... RICERCARE che è il motore della vita*. Sveva Avveduto, Fabio Fornasari. (IRPPS Monografie n. 13, 2011).
14. *Saperi in rete: scenari e prospettive su popolazione, welfare, scienza e società*. A cura di Sveva Avveduto. (IRPPS Monografie 2013).
15. *Networked Together: Designing Participatory Research in Online Ethnography*. Edited by Paolo Landri, Andrea Maccarini, Rosanna De Rosa. (IRPPS Monografie, 2014).
16. *Creatività, innovazione e attrattività dei territori. Analisi teorica e campo teorico per un Progetto di ricerca*. Andrea Salvatore Antonio Barbieri. (IRPPS Monografie, 2014).
17. *Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: il caso dei lavoratori indiani e peruviani*. Marco Accorinti e Francesco Gagliardi. (IRPPS Monografie, 2014).

Fuori collana

1. *Sulla cyber-cultura: l'universale senza totalità*. Andrea Salvatore Antonio Barbieri, 2010.
2. *RESCAR Report on researchers careers*. Sveva Avveduto, Maria Carolina Brandi, Wendy Hansen, 2010.
3. *Monitoring progress towards ERA. Country report: Italy*. Sveva Avveduto, Maria Carolina Brandi, 2007.
4. *I sistemi europei di protezione sociale alla fine degli anni Novanta*. Andrea (Salvatore) Barbieri, 2007.
5. *Processi decisionali e sistemi informativi nei piani di zona*. Giuseppe Ponzini, 2005.
6. *Per un'analisi storica, tecnologica e sociologia di Internet e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ITC)*. Andrea Salvatore Antonio Barbieri, 2004.

Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: il caso dei lavoratori indiani e peruviani.

(Marco Accorinti e Francesco Gagliardi)

L'Italia a partire dalla metà degli anni Novanta sino alla fine dello scorso decennio è stata caratterizzata da un consistente flusso migratorio di infermieri sospinto da una domanda di lavoro decisamente superiore all'offerta autoctona opportunamente formata. Con la crisi l'andamento comincia a registrare una relativa battuta di arresto e comincia a manifestarsi una situazione in cui il lavoro infermieristico immigrato si viene a porre in una condizione di potenziale concorrenza con i lavoratori autoctoni e non invece di complementarietà, così come era stato sino ad un recente passato. Questa monografia, realizzata da IRPPS-CNR insieme con il Collegio IPASVI di Roma, affronta la condizione di lavoro degli infermieri stranieri a Roma e provincia, con una particolare attenzione a quelli di nazionalità peruviana e indiana. Lo studio, basato su esperienze di vita, analizza in particolare le percezioni dei lavoratori rispetto alla integrazione nei luoghi di lavoro, ai rapporti con i loro colleghi italiani e alla crescente instabilità occupazionale legate alle attuali difficoltà finanziarie del Sistema sanitario italiano nel suo complesso. L'analisi evidenzia come, se da un lato non si manifestino elementi di contrasto tra colleghi italiani e stranieri, dall'altro si rilevano i primi segnali di una revisione del progetto migratorio degli infermieri indiani e peruviani quale effetto della crisi che sta investendo il settore sanitario.

www.irpps.cnr.it/en/e-publishing

