

# **STRANIERO, FAMILIARE. LA CURA DELL'ALTRO IN RSA**

## **L'operatore migrante e la cura dell'anziano in istituzione.**

*Irene Carrano*

*“Vittima romantica della nostra pigrizia familiare, o intruso responsabile di tutti i mali della città?... Né l'uno né l'altro...  
Stranamente, lo straniero ci abita: è la faccia nascosta della nostra identità”*  
(J.Kristeva, “Stranieri a se stessi”,1988)

### **Premessa: le ragioni di una ricerca, la cornice teorica**

Questa ricerca è la prima tappa di un percorso, iniziato in un Istituto Geriatrico di Milano, verso una crescente integrazione tra persone che, provenendo da Paesi e da esperienze culturali differenti, sono però chiamate a condividere lo stesso contesto lavorativo.

Il titolo di questo studio: “Straniero, familiare” pare quasi un ossimoro, una contraddizione, ma è stato scelto perché include molte delle questioni alla base della ricerca: innanzitutto, chi è lo straniero che ci sembra ormai così familiare, in quanto lavora al nostro fianco, nei reparti ospedalieri e nelle stanze delle Case di Riposo? Siamo sicuri di conoscerlo, di sapere cosa pensa, cosa sente, mentre condivide con noi i gesti quotidiani della cura?

E dunque, chi è lo straniero che “si fa” familiare per i nostri anziani che spesso familiari non ne hanno più, e che vivono l'Istituzione come il loro luogo “di famiglia”, ovvero la loro casa?

Infine, che rapporto c'è fra questo “straniero” e il nostro essere “stranieri a noi stessi”? Quali i punti di incontro, quali le distanze – reali o percepite? Queste ultime due domande, in particolare, si giustificano a partire dalla lettura che la psicoanalisi freudiana fa della relazione fra il soggetto e l'altro da sé, e fra il soggetto della coscienza e quell'Altro che è il soggetto inconscio.

La storia personale di Freud, ebreo errante dalla Galizia a Vienna e a Londra, attraversando le tappe chiave di Roma, Parigi e New York, è una storia segnata dall'estraneità politica, oltre che culturale, che egli ha dovuto affrontare nella sua vita.

Anche la sua teoria riprende la questione dell'estraneità, affrontando il disagio dell'incontro con l'altro in quanto speculare al malessere dell'Io: l'Io è diviso dall'esistenza di un'altra-scena, quella inconscia, che è in ciascuno di noi. Dunque, per quanto Freud non parli specificatamente del problema degli stranieri, egli ci indica come scoprire "l'inquietante estraneità" (*Il Perturbante*, sarà il titolo di un suo saggio<sup>1</sup>) dentro di noi, unico modo per non perseguirla fuori. Del resto, come sostiene la psicoanalista Julia Kristeva, nella sua lettura del fenomeno della migrazione, "Come si potrebbe sopportare uno straniero, se non ci si sapesse stranieri a se stessi?"<sup>2</sup> La questione dello straniero attraversa quindi il tema freudiano dell'inquietante estraneità: "perturbante" (*Uneimlich*) deriva dalla parola *Heimlich*, familiare; ma, ci dice Freud, anche nell'analisi semantica di *Heimlich* si trova un senso negativo intrinseco (segreto, nascosto, tenebroso, celato...) che la avvicina all'antonimo *Unheimlich*. Qualcosa che dice di un'estraneità, dunque, è già insita nel familiare, e ci spaventa... Basti pensare a quanto la letteratura gotica (Poe, Hoffmann...) ha costruito, in fondo, sull'angoscia derivante dalla figura del doppio, un altro-sé che spaventa proprio in quanto incommensurabilmente simile ma, ciononostante, in parte sconosciuto.

La nozione freudiana di inconscio integra dunque l'estraneo nello psichico: lo "straniero" non è più patologico, ma diviene parte essenziale della presunta integrità dell'uomo<sup>3</sup>. Questa estraneità a se stessi può, per l'uomo, essere fonte di angoscia; per questo, uno dei meccanismi inconsci di difesa è quello per cui l'Io proietta all'esterno ciò che prova all'interno come pericoloso o spiacevole in sé: così facendo, si protegge, costruendo in un certo senso l'immagine di un "doppio malevolo" in cui poter espellere la parte distruttiva di sé che non può contenere.

Sono molte le varianti dell'inquietante estraneità, ma tutte reiterano la difficoltà del soggetto a porsi in rapporto all'alterità:

*"Nel rifiuto affascinato che suscita in noi lo straniero, c'è una parte di inquietante estraneità nel senso della depersonalizzazione che Freud ha scoperto e che si ricollega ai nostri desideri e alle nostre paure infantili dell'altro – l'altro della morte, l'altro della donna, l'altro della pulsione incontrollabile. Lo straniero è dentro di noi. E quando fuggiamo o combattiamo lo straniero, lottiamo contro il nostro inconscio – questo "improprio" del nostro impossibile "proprio". Delicatamente, analiticamente, Freud non parla degli stranieri: egli ci insegna a scoprire l'estraneità dentro di noi. E questo è forse il solo modo di non perseguirla fuori. Al cosmopolitismo stoico, all'integrazione universalista religiosa, succede in Freud il coraggio di dirci disintegrati, non per integrare gli stranieri e ancor meno per perseguirli, bensì per accoglierli in quella inquietante*

---

1 S. Freud...

2 J.Kristeva, Kristeva, Julia, (1990). *Stranieri a se stessi*, traduzione dal francese di Alessandro Serra, Milano, Feltrinelli.

3 "Presunta" integrità, in quanto il soggetto parlante è – strutturalmente – diviso, come insegna la rilettura che Jacques Lacan fa della teoria freudiana.

*estraneità che è loro come nostra.*<sup>4</sup>

Per questo il presente lavoro di ricerca trova nella psicoanalisi la sua cornice teorica: ciò perché essa garantisce, a nostro parere, una lettura del legame sociale come etica del rispetto dell'altro e della differenza.

Parlare di “integrazione” non significa dunque illudersi di cancellare tout-court la diversità, allontanandola da noi... quanto piuttosto lasciare che la diversità contaminati la nostra supposta integrità, ci attraversi, ci renda magari un po' più instabili, ma senz'altro più complessi e, in questo senso, più ricchi.

### **La cura che viene dall'Altro: una realtà sociale da approfondire**

Da tempo i luoghi di cura in Italia possono continuare ad offrire la loro offerta sanitaria ed assistenziale grazie ad operatori stranieri. Spesso l'ambiente di lavoro, come dice David Bidussa: “...è come un parcheggio di un centro commerciale nel weekend, un luogo dove auto diverse stanno accostate l'una accanto all'altra, ma non si mescolano. Perché quel parcheggio funzioni e non generi conflitti devono valere due regole. Una esplicita e l'altra implicita. Quella esplicita: nessuno oltrepassi i limiti assegnati. Quella implicita: ognuno stia nel suo territorio e non comunichi con il vicino”<sup>5</sup>. Dall'ultimo dossier statistico sull'immigrazione in Italia (Caritas, *Migrantes*, 2010) risulta che la percentuale degli immigrati residenti in Lombardia e occupati in generale nei Servizi sia molto rilevante (59%) tanto da costituire la principale fonte di impiego, di ben lunga superiore a quella dell'agricoltura (3%) e dell'industria (37%), con un trend in costante crescita negli ultimi anni. Oltre alle note occupazioni domestiche (colf, babysitter e badanti), oggi assistiamo quindi, in particolare, ad un massiccio impiego di personale non italiano addetto alla cura e all'assistenza, anche di livello professionale qualificato, all'interno di Servizi pubblici e privati quali Ospedali, Residenze per anziani e Comunità per minori<sup>6</sup>.

Questa realtà impone una riflessione sugli eventuali effetti che tale rapido cambiamento può avere: sulla qualità di vita dei lavoratori stessi (italiani e stranieri), sui loro legami di lavoro, e – conseguentemente - sulla qualità dei servizi di cura erogati all'utenza. Non è trascurabile il fatto che, se persone provenienti da culture fra loro molto diverse si occupano di relazioni di cura, evidentemente diverse possono risultare le definizioni dei concetti di salute e malattia e altrettanto differenti le

---

4 Kristeva, J., cit.

5 Bidussa, David, *La Repubblica/D*, 14.07.2007.

6 Si stima che le assunzioni di immigrati in ambito sanitario e nei servizi alla persona varino fra il 40% e il 70% sul totale delle assunzioni previste nel settore. (N.d.A.) Cfr. I.S.M.U., *Undicesimo rapporto sulle migrazioni 2005*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

modalità di esercitare la cura.

Se in ambito medico è auspicabile individuare standard universali in tema di salute e malattia<sup>7</sup>, la ricerca psicosociale<sup>8</sup> evidenzia peraltro come sia indispensabile comprendere e riconoscere le differenze culturali che permeano concetti così complessi come quelli di cura, di relazione, di salute e di malattia. La significativa presenza di personale di altra etnia all'interno dei servizi socio-sanitari, pone infatti nuove sfide relative *all'identità* e *all'integrazione professionale*.

L'*identità professionale* è stata definita come una dimensione multifattoriale attraverso la quale è possibile conoscere e spiegare i modi in cui si espleta la relazione d'aiuto.<sup>9,10</sup> A tale proposito è riconosciuto come la cultura di appartenenza (intesa come contesto di vita, visione del mondo e presenza di valori-guida) assuma un peso rilevante e sia in grado di spiegare la differenza tra le rappresentazioni che guidano la costruzione e l'esercizio dell'identità professionale<sup>11</sup>.

Relativamente all'*integrazione professionale*, gli studi interculturali nell'ambito dei servizi socio-sanitari sottolineano come le rappresentazioni delle persone nei confronti del sé professionale, degli altri professionisti e del contesto organizzativo svolgano un ruolo determinante nello spiegare le incomprensioni, le rivalità e persino le fratture tra gruppi etnici e/o differenti operatori, con evidenti conseguenze sull'attività di cura.

Nigenda et al. (2001) evidenziano inoltre come il sistema di cura tipico della cultura Occidentale si basi su presupposti scientifici fondati su un pensiero analitico, sul dualismo mente-corpo, sulla ricerca di sintomi, sull'identificazione della malattia come nemico da sconfiggere. Altre culture invece fondano la comprensione e la spiegazioni della salute, della malattia e della cura su credenze decisamente differenti<sup>12</sup>. Poiché i significati attribuiti alla propria pratica lavorativa influenzano l'investimento e l'impegno personale nel contesto professionale (Ellis, 1989), diventa determinante occuparsi del "gruppo di lavoro" e degli inevitabili problemi connessi al confronto inter-etnico.

Ciononostante, mentre la letteratura scientifica offre un ampio panorama di studi<sup>13,14, 15</sup> relativi alle ricadute psico-sociali dell'immigrazione per quanto riguarda gli

---

7 OMS (AA.VV., 2001).

8 Cigoli V., (Presentazione), *Migrazioni e famiglie. Percorsi, legami, interventi psicosociali*, Gozzoli C., Regalia C. (a cura di), Il Mulino, 2005.

9 Winkelmann-Gleed A., Seeley J., "Strangers in a British world? Integration of international nurses", in *British Journal of Nursing*, Mark Allen Publishing, Oct 2005, pp.3-26,14(18), pp.954-61.

10 Gozzoli, C., Regalia, C., (2005). *Migrazioni e famiglie. Percorsi legami e interventi psicosociali*, Bologna, Il Mulino.

11 Motoike J., (2004). "The professional identity of Asian American women psychologists: integrating culture", in *Dissertation Abstracts International*, V.64 (9-B).

12 Nigenda G., Mora-Flores G., Aldama-Lopez S., Orozco-Nunez E., (2001). "Practice of traditional medicine in Latin America and the Caribbean: the dilemma between regulation and tolerance", in *Salud Publica Mex*, January 2001, 43 (1), pp.41-51.

13 Baumann L. C., (2002). "Culture and Illness Representation" In L. D. Cameron and H. Leventhal (eds.), *The Self*

stranieri intesi come utenti dei nostri più svariati servizi (sanitari, sociali, educativi...), pochi sono ancora i lavori orientati all'analisi dell'integrazione del migrante in qualità di operatore di un Servizio. Si tratta allora di provare a ribaltare la logica per cui lo straniero è solo fruitore di assistenza, leggendolo altresì come protagonista ed erogatore di una propria professionalità. Nel tentativo, così facendo, di provare ad affrontare la crescente necessità di pensare a modelli di intervento e pratiche di cura che abbiano una “base condivisibile” tra gli operatori, frutto di una reciproca “contaminazione” culturale.

### **Finalità, obiettivi, ipotesi**

La presente ricerca è nata dalla domanda di un'Azienda di Servizi alla Persona, operante sul territorio milanese, di conoscere in modo più sistematico le caratteristiche della popolazione migrante occupata al suo interno, al fine di meglio affrontare eventuali difficoltà e/o conflittualità latenti nelle équipes di cura e favorire un processo di integrazione interculturale all'interno del contesto organizzativo, che potesse avere come ricaduta l'attivazione di buone pratiche di cura.

Queste macro-finalità si sono articolate in una ricerca-azione che ha preso le mosse dalla convinzione che solo attraverso un'operazione di conoscenza, messa in comune e “contaminazione” fra le diverse *culture locali*<sup>16</sup> si possano costruire rappresentazioni condivise, che non si limitino ad affiancarsi, ignorandosi l'un l'altra, ma che vadano a comporre un'immagine di *cura complessa*, come il mondo in cui ci muoviamo. La sfida è stata quella di traghettare la nostra rappresentazione della multiethnicità dalla metafora di Bidussa, “le auto in un parcheggio di un centro commerciale”, all'immagine di un quadro di Arcimboldo, ove le diverse caratteristiche dei soggetti raffigurati, mantenendo la loro natura, creano una *gestalt* rappresentazionale nuova ed originale.

Le diversità culturali emerse sono state, a loro volta, collocate entro lo specifico contesto/cultura dell'organizzazione di riferimento. E' infatti il servizio che fa da contesto, relativamente sia alla “*mission*” che gli è propria, che all'esercizio dei ruoli e delle mansioni. Per questo si è scelto l'approccio metodologico della ricerca-azione, che intende promuovere un cambiamento proprio a partire dal processo di

---

*Regulation of Health and Illness Behaviour*; London, New York, Routledge.

14 Hakim, H., Wegmann D., (2002). A Comparative Evaluation of the Perceptions of Health of Elders of Different Multicultural Backgrounds. *Journal of community health nursing*, 2002, 19(3), 161–171

15 Flick U., (2003). “Health Concepts in Different Contexts”, *Journal of Health Psychology*, September 2003, V. 8, N.5, pp. 483-484.

16 Carli, Renzo (1990). “Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali”. *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 282-296

conoscenza in atto.

Gli obiettivi del primo studio conoscitivo volto a realizzare questo progetto di “contaminazione culturale” sono stati:

1. Ottenere una fotografia della popolazione dei lavoratori stranieri operanti nella struttura attraverso l'analisi descrittiva delle caratteristiche del campione di operatori stranieri in esame, onde misurarne i principali dati epidemiologici, e metterne in luce alcuni aspetti relativi all'attività professionale e al progetto migratorio.
2. Cogliere le rappresentazioni che il primo livello manageriale (capi reparto) ha degli operatori stranieri, in termini di criticità e risorse.
3. Rilevare le modalità peculiari con cui le opinioni riguardanti la salute, la malattia, la vecchiaia, la relazione di cura si declinano in culture diverse, indagando al contempo il modo in cui questi aspetti sono intesi nella nostra cultura.
4. Favorire il crearsi di una relazione di confronto e fiducia tra gli operatori che faciliti le pratiche di lavoro, riducendo le eventuali conflittualità.

Relativamente a tali obiettivi si è ipotizzato che:

1. Le motivazioni al lavoro si modifichino nel tempo
2. La percezione della funzione e dell'organizzazione del contesto di lavoro, così come delle mansioni inerenti alla cura, siano differenti in soggetti con patrimoni culturali diversi.
3. Il management individui come fondamentale criticità la difficoltà nello scambio linguistico
4. Siano presenti differenze culturali – ma anche valori comuni - rispetto al modo di concepire la salute, la malattia e la relazione di cura in individui provenienti da diverse aree geografiche (Europa dell'Est, America del Sud, Italia)

## **Strumenti e metodi**

La ricerca si è caratterizzata per un approccio *multimetodologico* e *multilivello*:

- *multimetodologico* in quanto si sono utilizzati sia strumenti di analisi quantitativa dei dati, in grado di garantire una certa estendibilità e generalizzabilità dei risultati ad altre situazioni e popolazioni (approccio nomotetico). Le metodologie di analisi di tipo qualitativo, che hanno consentito un approccio di tipo idiografico alla realtà in esame. Questo ha consentito di cogliere la complessità dei costrutti in esame, per loro natura multifattoriali, a partire da diversi punti di vista, inserendo la soggettività del ricercatore come fattore trasformativo oltre che di indagine, in grado di partecipare alla co-costruzione

di nuove prassi e rappresentazioni.

- *Multilivello* in quanto l'indagine si è articolata su più livelli: *individuale* (rappresentazioni soggettive rispetto ai temi in esame), *grupale* (focus-group, confronto in équipe circa opinioni e modalità di operare nell'ambito della cura); *organizzativo* (coinvolgimento della dirigenza per analizzarne la domanda, per evidenziare le criticità emergenti, per restituire il risultato del lavoro di ricerca nell'ambito di un convegno pubblico e per poi iniziare a ridefinire prassi operative integrate ed efficaci).

Per raggiungere il primo obiettivo di ottenere una fotografia “sul campo” della popolazione dei lavoratori stranieri operanti nell'Istituto, si è progettato un questionario a risposte chiuse, sviluppato “ad hoc” a partire da analogo strumento realizzato in una precedente ricerca<sup>17</sup> che descrivesse:

- la situazione socio-demografica
- il proprio progetto migratorio
- La percezione del lavoro di cura, le sue motivazioni, le aree di gratificazione e le eventuali criticità.

I dati emersi sono stati analizzati con un software statistico (SPSS) in grado di effettuare sia le analisi descrittive più rilevanti sia, ove del caso, statistiche inferenziali volte a stabilire correlazioni fra variabili.

Per raggiungere il secondo obiettivo si è realizzata un'intervista semistrutturata ai Capo Reparto; tali interviste sono state registrate e sottoposte poi ad analisi del discorso, sia con approccio “carta e matita” sia con una successiva elaborazione tramite un software di analisi testuale (T-LAB).

Il terzo e quarto obiettivo si sono declinati in un momento specifico e conclusivo dello studio, quello di tipo laboratoriale, al cui interno dare voce alle differenti posizioni soggettive e culturali inevitabilmente presenti in un gruppo di operatori multietnico e multiprofessionale.: essenziale, in questo caso, è stato salvaguardare l'approccio idiografico, dando l'opportunità a ciascuno di esprimere le differenti posizioni soggettive e culturali attraverso modalità (*focus-group*) che avessero al loro interno anche una valenza formativa.

L'esperienza del “laboratorio interculturale” si è configurata come prototipo di futuri interventi formativi più diffusi e sistematici, che consentano in futuro di progettare adeguati criteri di intervento nella relazione di cura.

---

17 Progetto Ancilla, 2006

Si sono realizzati quattro incontri, con 10 operatori portatori di diverse professionalità (IP, OTA, ASA), provenienti da diversi reparti e rappresentativi delle varie etnie (ivi compresi due italiani). Fra i temi trattati: la rappresentazione dell'anziano, della malattia e della cura, della morte e del ricordo, del progetto migratorio. I testi dei focus group sono stati registrati ed elaborati con il software di analisi del discorso T-LAB. I materiali grafico-pittorici prodotti ed utilizzati sono stati presentati nel Convegno che ha concluso la ricerca, assieme a delle brevi interviste video-registrate (raccolte in un CD: "Le parole della cura") nelle quali gli stessi partecipanti al laboratorio formulavano associazioni di parole rispetto a termini particolarmente pregnanti emersi nel corso dell'analisi testuale.

## **Analisi dei dati**

1° studio: il questionario agli operatori migranti

Il questionario è stato distribuito a tutti gli operatori stranieri operanti nella struttura (n=79). Hanno risposto, in forma anonima, 46 soggetti (56,69%); il campione è in prevalenza composto da donne (71,11%), coerentemente con la distribuzione di genere nella popolazione sanitaria, e presenta un'età media piuttosto alta: 38,9 anni (ds=9,00).(Tabella 1)

Le aree geografiche più rappresentate sono l'America del Sud (38%) e l'Europa dell'Est (36%). La distribuzione dell'età all'interno dei differenti Paesi d'origine è significativamente differente ( $\chi^2 = 22,877$   $p < .001$ ): i soggetti dell'Europa dell'Est sono più giovani, mentre la componente dell'Asia e dell'Africa è più avanti con l'età. (Grafico 1)

Più della metà dei soggetti è sposata (51,1%), il 71% dei soggetti intervistati ha figli.

Il campione mostra un livello di istruzione medio-alto, con l'89% in possesso almeno di un diploma di scuola superiore; all'interno di questa fascia, il 67% dei soggetti supera i 13 anni complessivi di scolarità. (Grafico 2)

La distribuzione all'interno dei Paesi vede una scolarità media più elevata per i Paesi dell'Est Europa, ma i dati più elevati in assoluto rispetto alla scolarità sono registrati da soggetti del Sud America ( $\chi^2 = 16,995$   $p < .01$ ) (Tabella 2)

La quasi totalità del campione (91%) afferma di avere un credo religioso che per la grande maggioranza si riferisce ad una confessione del cristianesimo (89%) seguito da una minoranza musulmana attorno al 10%: il 56% si dichiara però non praticante.

Per quanto concerne il progetto migratorio, il campione risiede in Italia mediamente da molto tempo (9,8 anni, ds = 5,11); la presenza dei Sud Americani è



significativamente più datata ( $\chi^2 = 19,672$   $p < .01$ ), mentre l'immigrazione da parte dei lavoratori dell'Est Europa si delinea come più recente. L'arrivo è regolarizzato per la maggior parte dei casi (55%) attraverso un contratto di lavoro (Grafico 3).

La maggior parte dei soggetti vive in affitto (49%) ma una buona percentuale (39%) ha una casa di proprietà: non sono rilevate differenze significative rispetto alla modalità di domicilio né in base al Paese di origine, né in base alla tipologia di contratto di lavoro in essere. Per quanto riguarda la ricerca della motivazione per cui si sceglie di lasciare il proprio Paese di origine, la prima ragione è perché si ricerca un lavoro, seguita dalla situazione economica precaria del Paese di origine; non emergono differenze significative fra gruppi socio-demografici diversi.

Per quanto riguarda il futuro, la maggior parte del campione non sa quanto a lungo resterà in Italia (Grafico 4), denotando una progettualità che pare esaurirsi nel breve termine. A ciò si affianca il dato contrastato sulla voglia di farsi raggiungere in Italia dalla propria famiglia – per la quasi totalità del campione rappresentata da genitori e fratelli: il “sì” è leggermente in vantaggio (34% vs. 33%), ma l'elevata presenza di “missing” e “non so” definisce ulteriormente la confusione in merito ad un futuro italiano, proprio e per i propri cari. (Grafico 5)

La maggioranza del campione (57%) afferma anche di non aver costruito una nuova famiglia in Italia. Su tutti questi dati, però, l'elevato numero di non risposte è costante, come a testimonianza di una generale incertezza verso il futuro.

Tale incertezza non impedisce però alla maggior parte (62%) del campione di dichiarare la propria volontà di tornare un giorno al Paese di Origine (Grafico 6).

Dopo aver esaminato il progetto migratorio declinato nel tempo (storia della migrazione, situazione attuale, progettualità per il futuro) si è scelto di indagare una terza area, quella cioè del rapporto con la propria pratica professionale, a partire da un censimento delle attuali condizioni lavorative. I lavoratori intervistati si suddividono fra lavoratori dipendenti dell'Istituto (37%) e lavoratori che fanno capo ad una Cooperativa di Servizi (63%).

I contratti di lavoro sono principalmente a tempo indeterminato, con una maggioranza degli intervistati con un orario di lavoro distribuito su turni.

Il campione ha una elevata esperienza nel lavoro con utenti anziani (>5 anni per il 63% degli intervistati).

All'interno del campione emergono con chiarezza due profili professionali ben precisi: i lavoratori dell'Est Europa sono infermieri, con il titolo di studio acquisito nel proprio Paese e un'assunzione diretta da parte dell'Istituto; il resto dei soggetti (provenienti soprattutto dal Sud America ma anche dall'Africa e dall'Asia) è ausiliario ASA/OSS, ha acquisito questo titolo di studio in Italia ed è assunto dalla cooperativa. Sulla totalità del campione, c'è praticamente equivalenza numerica tra questi due

profili professionali (Tabella 3).

La principale motivazione per la scelta del tipo di lavoro è la coerenza con l'indirizzo di studi (33%), seguita dalla percezione di sicurezza e stabilità garantiti dalla professione e, con uguale frequenza (24%), dalla considerazione degli anziani come persone piacevoli di cui occuparsi (Grafico 7).

Nel questionario sono state inserite domande relative alla rappresentazione dell'anziano, tema approfondito nel *focus-group* (Cfr. *infra*, Studio 3): la persona anziana, che è considerata tale sopra i 70 anni dal 49% del campione e dal 36% quando supera i 60 anni, al Paese di Origine trascorre la maggior parte del tempo in casa o comunque ad aiutare i familiari, mentre in misura decisamente minore si occupa di amici o lavora. Il ruolo dell'anziano nel Paese di Origine è considerato da “abbastanza” a “molto importante”: un dato superiore alla percezione della considerazione dell'anziano qua in Italia, che varia da “abbastanza importante” a “marginale” (Grafico 8).

Nel mix di attività svolte quotidianamente in ambito professionale con gli anziani, la principale è l'accudimento (n=33), seguono le attività infermieristiche e la sorveglianza (n=21); un valore leggermente inferiore (n=17) per la conversazione con l'utente (Grafico 9).

Relativamente al lavoro nel suo complesso, i soggetti intervistati si dichiarano per oltre il 57% “abbastanza soddisfatti” e quasi ¼ del campione si definisce addirittura “molto soddisfatto” (Grafico 10). La ragione principale di tale soddisfazione risiede nella percezione di utilità sociale della professione, unico caso in cui la valutazione “molto importante” riceve un numero di consensi più alto delle altre opzioni. Seguono il rapporto coi colleghi e con gli utenti, e il riconoscimento di un ruolo sociale. L'item più rappresentato è la soddisfazione lavorativa derivante dalla percezione dell'utilità del proprio lavoro,

La motivazione economica è sì importante, ma non per tutti. Aspetti come la carriera e la formazione continua sono dichiarati poco rilevanti per la soddisfazione derivante dal lavoro (forse perché entrambi gli item sono considerati realisticamente poco “raggiungibili?”); relativamente alla formazione, l'analisi qualitativa effettuate negli studi 3 e 4 (*focus-group*) evidenzierà una domanda di percorsi formativi non meramente tecnici, ma anche centrati sulla relazione.

Con l'aumentare degli anni di permanenza in Italia, aumenta inoltre l'importanza del rapporto con gli utenti nel determinare la soddisfazione lavorativa ( $r = -.352, p < .05$ ), diminuiscono invece di importanza la sicurezza e la stabilità del rapporto di lavoro ( $r = .391, p < .05$ ). Non emergono differenze significative in funzione della provenienza geografica né di altre variabili, come per esempio il livello di scolarità, nel determinare il grado di soddisfazione lavorativa. L'apprezzamento del proprio lavoro

da parte dei familiari degli utenti è un fattore che incide in modo significativo ( $\chi^2 = 12,333$   $p < .05$ ) sulla soddisfazione generale del lavoratore, più rispetto anche alla relazione con i pazienti, coi colleghi o con i superiori, indice questo di una possibile criticità percepita dai lavoratori migranti nel farsi accettare appieno dai committenti del servizio di assistenza e cura, ovvero i parenti degli anziani, di cui gli operatori rappresentano la prima interfaccia con l'Istituzione di ricovero.

Si è chiesto ai soggetti infine di riferire eventuali esperienze di discriminazione: sull'intero campione, un soggetto su quattro dichiara di avere subito episodi di discriminazione: le percentuali sono molto simili, con episodi più frequenti riferiti a colleghi italiani (29%) piuttosto che da parte di ospiti (25%), familiari (24%) o colleghi stranieri (16%). Decisamente inferiore (7%) è l'incidenza di episodi di discriminazione da parte dei propri superiori.

La fotografia che questo studio effettua del campione di lavoratori migranti in esame ci porta a fare alcune considerazioni: fra i limiti dello studio, che come si sottolineava è stato di tipo prototipale, si rileva quello di avere preso in esame unicamente la popolazione di una singola Istituzione di cura: ciò, oltre a ridurre la validità esterna dello strumento, può giustificare una rilevante presenza di dati *missing*, dovuta presumibilmente ad una certa ritrosia dei lavoratori nel fornire informazioni/opinioni sensibili a ricercatori comunque, seppur indirettamente, riconducibili al loro datore di lavoro.

Il limite di analizzare idee ed opinioni così delicate con strumenti "hard" come un questionario è stato comunque affrontato tramite la scelta di un approccio multimetodologico dello studio.

Si è trattato inoltre di uno studio che ha caratteristiche di rilevanza e di innovatività, per il suo tentativo di "dare parola" a un gruppo ampio ma eterogeneo, finora silenzioso, e di poterne leggere le caratteristiche e le opinioni. Il questionario, sviluppato ad-hoc e validato con un gruppo di pre-test preliminare alla somministrazione, ha restituito alcune significatività statistiche rilevanti sul campione preso in esame.

Relativamente alle ipotesi in esame, si è verificata l'ipotesi per cui le motivazioni al lavoro, e la relativa gratificazione professionale, si modificano nel tempo, rendendo meno rilevante il fattore economico e molto più premiante l'aspetto relazionale e il riconoscimento da parte di utenti e familiari.

## **2° studio: le interviste semistrutturate ai capi reparto**

Il secondo studio consta di 13 interviste svolte con i Coordinatori Infermieristici (c.d.

capi-reparto) dell'Istituto. Ha avuto come tema quello della percezione di criticità e risorse nell'équipe multiculturale. Le domande vertevano su una generale valutazione che il soggetto dava dell'effettiva integrazione degli operatori stranieri all'interno dell'organizzazione aziendale, sul loro rapporto con gli utenti, sulle eventuali differenze percepite tra operatori di diverse etnie, su criticità e vantaggi nell'avere un'équipe multiculturale. Infine si chiedeva di raccontare un episodio significativo inerente il tema.

Le interviste, registrate e sbobinate, sono state innanzitutto esaminate secondo la procedura carta/matita, per rintracciare temi e costrutti maggiormente frequenti e rilevanti; tale analisi ha evidenziato come i capireparto siano abbastanza soddisfatti del livello di integrazione, specie se la collaborazione dura da tempo; il rapporto con gli anziani è giudicato poco problematico, a parte alcuni episodi di discriminazione da parte di alcuni utenti, rientrati però grazie alla reciproca conoscenza; sono emersi vividi alcuni stereotipi relativi all'etnia di provenienza: il calore del Sud rispetto alla freddezza dell'Est, le discriminazioni di genere (agite o subite dagli stranieri), le differenze fra chi proviene dalle città o da centri rurali... Fra le criticità, prima fra tutte è segnalata la difficoltà di comunicazione linguistica, (poco evidenziata come problema dal campione del questionario), seguita dal pregiudizio del “colore della pelle”. La possibilità di confrontarsi con culture diverse è considerata una ricchezza, così come tutti gli intervistati evidenziano la laboriosità dei lavoratori stranieri, ricondotta abbastanza acriticamente, invero, alla categoria del “bisogno economico” (“...lavorare qua è un grosso incentivo, nel senso che uno tiene ben stretto il posto di lavoro, in quanto viene da una realtà molto difficile, dove guadagnarsi il pane risulta, come dire, una fatica perenne...”); dato questo che contrasta parzialmente con il vissuto dei lavoratori stessi, che – come si è visto – ritengono maggiormente motivanti aspetti inerenti il valore relazionale e sociale del lavoro rispetto alla remunerazione salariale. In sintesi, gli italiani sembrano rappresentarsi lo straniero come quello che “ha difficoltà”: a capire, a esprimersi, a farsi rispettare, a sostenersi economicamente. I non italiani non stressano così fortemente questi aspetti: forse la lingua non è un problema per chi ha risposto al questionario, un campione che come abbiamo visto risiede in media da parecchi anni in Italia, c'è da chiedersi se fra le ragioni delle mancate risposte ai questionari non ci sia stata anche quella della comprensione del nostro idioma... O forse la questione della diversità della lingua è – per noi italiani – un ostacolo tanto evidente da costituire una sorta di alibi per non andare al di là, per non vedere le difficoltà nostre nel costruire una comunicazione efficace con l'altro.

Al fine di cogliere dati più “latenti”, meno espliciti, all'interno della cultura locale dell'organizzazione lavorativa, si è scelto di far esaminare inoltre il testo delle interviste da un programma in grado di prendere in esame il rapporto tra parole

(lemmi), il loro strutturarsi in parole “dense”, fornendo così una possibile chiave interpretativa diversa, a partire dai vari nuclei tematici del discorso.

La prima analisi ha avuto come variabile il reparto di appartenenza, ed ha evidenziato somiglianze e differenze tra unità di contesto<sup>18</sup>. Il risultato di tale analisi è costituito da tabelle che consentono la realizzazione di un grafico (Grafico 11) in cui - su piani cartesiani - sono rappresentati sia le relazioni tra sottoinsiemi del corpus, in questo caso le interviste dei singoli capireparto<sup>19</sup>, sia quelle tra le parole che li costituiscono<sup>20</sup>. I lemmi e le variabili si distribuiscono su un piano fattoriale. Per ciascun asse fattoriale, x e y, T-LAB fornisce due tabelle (+ e -) che ne facilitano l'interpretazione. I ricercatori hanno definito, sulla base di queste tabelle, i due assi come:

- asse x: asse familiare-straniero
- asse y: asse che va dal timore alla sicurezza.

Tre i principali temi (o aree) discorsive che emergono dall'analisi T-LAB:

1) “*la sicurezza del noi*”, nel IV quadrante, area tematica che descrive ciò che accomuna, e in quanto tale tranquillizza, tutti gli operatori: cultura, rispetto professionale, “noi e il nostro reparto”, le (comuni) difficoltà...

2) nel quadrante inferiore (III), c'è qualcos'altro di comune, di familiare, che però reca con sé sentimenti di minaccia... “*la comune paura*”, la paura familiare/del familiare... le parole evocano situazioni drammatiche e verbi di azione e reazione: “minaccia”, “parente”, “agire”, “paura”, “uscire”...

3) C'è poi la terza area, quella dell'*altro* visto come *radicalmente estraneo*: qui si esce dalla dicotomia paura/sicurezza, le parole sono tutte intorno alla coordinata 0 dell'asse y (quadranti I e II), ma vediamo concentrarsi dei nomi, dei nomi propri, nomi “altri” per noi italiani: Alina, Fatima, Russia, Amina, insieme al verbo “partire”... l'estraneità è insita nell'essere partiti da un certo punto, e arrivati chissà dove... è un qualcosa da medicare, da curare.

Anche nel considerare alcuni frammenti testuali, la questione sollecitataci dalla lettura freudiana, ovvero quella di una certa specularità, di una manovra di rispecchiamento per cui vediamo nell'altro l'estraneità che in realtà ci appartiene, sembra evidente:

*... Le criticità sono gli italiani perché critici sono alcuni italiani che hanno degli atteggiamenti tipo “io quella lì non la voglio vicino a me”...*

*... qualsiasi cosa succede, cioè anche una piccola discussione, pensano che perché noi siamo italiani comunque vogliamo essere superiori a loro, non è così...Mettono in primo piano, mettono*

---

18 unità che per semplicità potremmo definire “paragrafi”, o frasi complesse.

19 indicate nel grafico dai pallini blu

20 indicate nel grafico dai lemmi in rosso

*in risalto sempre questa cosa, che loro sono stranieri, noi siamo gli italiani, quindi vogliamo essere superiori a loro...*

C'è qualcosa di simmetrico, come le due facce di una stessa medaglia, in questo riconoscere un'attitudine – che essa sia negli italiani o nei non-italiani – a sentire l'altro come diverso.

L'ipotesi secondo cui il management individua come fondamentale criticità la difficoltà nello scambio linguistico è dunque stata verificata.

A partire dai temi rilevanti emersi in questo studio - ovvero la questione della difficoltà linguistica, della discriminazione agita e/o percepita, delle risorse (laboriosità) collegate alla diversità (provenire da Paesi poveri) - e dalla loro parziale contraddittorietà con quanto dichiarato nei questionari dai colleghi migranti, non si può non evidenziare un *fil rouge*: la percezione della funzione e dell'organizzazione del contesto di lavoro, così come delle mansioni inerenti alla cura, sono differenti in soggetti con patrimoni culturali diversi. Lo straniero appare ancora al *management* aziendale un universo semisconosciuto, e perciò in qualche misura inquietante, da metabolizzare e normalizzare per renderlo meno minaccioso, negandone al limite le diversità (linguistiche, culturali, estetiche...). Ma questo fluttuare fra xenofobia e xenofilia si rivela un dibattito puramente immaginario, che ci preclude l'accesso al “vero” Altro: l'altro che ci si para davanti, infatti, è ancora sempre un “se stesso”. Come procedere, in altri termini, per far sì che l'incontro di tali diversità divenga una autentica opportunità di crescita e cambiamento a partire dall'assunzione della propria, strutturale estraneità a noi stessi? Come far sì che l'accoglienza -per usare le parole di Derrida- divenga una pratica per cui “*l'ospite che accoglie e che si crede proprietario di luoghi, è in verità un ospite ricevuto nella propria casa*”<sup>21</sup> ?

### **3° studio: il laboratorio interculturale: focus-group**

L'esperienza laboratoriale ha voluto rappresentare un momento di sintesi e di rilancio di quanto emerso nei due studi, oltre che contenere al suo interno una specifica valenza formativa per i 10 partecipanti. Nei quattro incontri, strutturati secondo le modalità interattive e dialogiche del *focus-group immaginativo* si sono condivise e confrontate le rappresentazioni:

- Dell'anziano,
- Della malattia e della cura,
- Della morte e del ricordo,

---

21 Derrida J., 1998, “Addio a Emmanuel Lévinas”, Editoriale Jaca Book SpA, Milano, pag. 103

- Del progetto migratorio.

Gli incontri, che prevedevano l'utilizzo di domande aperte, associazioni di idee, produzioni scritte e grafiche (Immagine 1) stimoli grafico-pittorici (Immagine 2), sono stati audio-registrati ed analizzati con il software T-LAB.

Le analisi svolte sui testi del *focus group* hanno innanzitutto consentito di organizzare una rappresentazione dei contenuti del discorso attraverso pochi e significativi *clusters*, ciascuno dei quali risulta costituito da un insieme di frasi che si riferiscono a temi relativamente omogenei (Analisi Contesti Elementari). Il risultato dell'analisi propone una mappatura delle *isotopie* (*iso* = uguale; *topoi* = luoghi). In effetti, ogni *cluster* è costituito da insiemi di parole e frasi che condividono lo stesso contesto di riferimento. Di conseguenza, ciascun cluster consente di ricostruire "un filo" del discorso all'interno della trama complessiva costituita dal corpus in analisi.

I cluster che si sono individuati sono 5 (Grafico 12), di cui il primo è quello che spiega la maggior varianza (44%):

1. Malattia
2. Vecchiaia
3. Dolore
4. Rito
5. Generatività

è interessante vedere come i discorsi si siano coagulati su questi temi, tenuto conto che i focus group avevano come *fil rouge* rispettivamente il tema dell'anziano, della cura, della morte, e del progetto migratorio. Il tema della malattia è balzato in primo piano, e del resto è intuibile in un luogo come l'RSA, dove gli anziani di fatto raramente sono in buona salute... il tema della morte si è articolato in due ambiti: il dolore e il rito. Infine, si è presentato questo gruppo di parole "dense" che abbiamo definito il cluster della "generatività", del ciclo di vita, perché al suo interno sono presenti molte parole che rimandano alla gioventù, al matrimonio, alle feste... in qualche misura è attraverso questo cluster che si è svolto il discorso di ciascuno anche sul proprio percorso di vita.

Questi cluster si dispongono all'interno di un piano fattoriale tridimensionale, con 3 assi (x, y e z) che – in funzione delle tabelle di lemmi che li saturano – abbiamo così definito:

- i primi due sono gli assi dell'invecchiamento, nella sua accezione sociale il primo, e individuale il secondo. Infatti, il primo asse (x) è quello su cui si dispongono i discorsi inerenti l'invecchiamento come momento sociale tradizionale, che prevede una sua ritualità e anche la morte, e – al polo opposto, la vecchiaia come malattia, l'anziano come "paziente". Definiamolo quindi "invecchiamento tra tradizionale e medicalizzato" Il secondo asse (y) lo abbiamo definito "invecchiamento tra

esperienza e perdita”, da un lato le parole sono inerenti la generatività, la differenza, il decidere, temi che rimandano alla saggezza dell'anziano, dall'altra troviamo parole come dolore, piangere, vedovo, chiamare, che evocano la mancanza, la perdita che la vecchiaia porta con sé.

- Il terzo fattore, che interseca i primi due, lo abbiamo chiamato “i riti della vita”: da un lato c'è la questione del dolore, dall'altro parole come rito, credere, bara, ovvero tutta quella ritualità simbolica tramite la quale l'uomo ha, da sempre cercato di attenuare il dolore del lutto.

Nei due grafici si può vedere l'intersezione del primo fattore (invecchiamento in senso “sociale”) con il secondo (invecchiamento in senso “individuale”) e poi con il terzo (il “rito”). Nel primo grafico (13), l'anziano (cluster 2) è proprio nel mezzo, nello spazio comune ai due insiemi che rappresentano: la tradizione (cerchio giallo) come modo di esprimere ma anche di contenere la perdita, e la cura medica (cerchio verde), che riduce l'anziano alla questione della malattia.

Nel secondo grafico (14), vediamo come l'anziano possa essere parte di un ciclo di vita solo se parte di una comunità, che può attraverso una serie di pratiche simboliche (cerchio giallo) dare senso anche al dolore che la vecchiaia può portare con sé. A destra, l'altra porzione dello spazio (cerchio verde), quella della malattia, è sempre una specie di mondo a parte, in cui l'anziano è sostanzialmente in solitudine, senza possibilità di simbolizzare nulla, perché le parole e i nuovi riti della medicina non gli appartengono: restano i problemi, la malattia – normale, difficile, pesante... - l'essere, per forza di cose, “paziente”.

Si è poi scelto di verificare come il discorso si strutturasse in funzione delle diverse appartenenze etniche: l'analisi delle Corrispondenze consente di analizzare tabelle con valori di occorrenza (lemmi x variabili) per i tre gruppi con maggiore numerosità: Sudamericani, Est-Europei, Italiani. Il grafico 15 evidenzia la distribuzione sul piano cartesiano, ove i due fattori sono stati così definiti:

- x: Asse del ciclo di vita: dalla vita (-) alla morte (+)
- y: Il luogo della vecchiaia, tra ricovero, istituzionalizzazione (-) e casa, famiglia (+)

Si può notare nel grafico stesso come, mentre le parole prevalenti nel discorso degli immigrati dell'est Europa (che sono anche, ricordiamo, la parte più giovane del nostro campione) hanno a che fare con la vita, in equilibrio fra il passato in famiglia ed un presente fatto di un lavoro istituzionale, gli italiani parlano prevalentemente della vecchiaia come qualcosa di prossimo alla morte e alla malattia, caratterizzata da solitudine ed atti assistenziali, e per i sudamericani l'anziano e la fine restano dicibili in quanto inserite in un contesto familistico.

L'esperienza laboratoriale ha implicato condivisione di esperienze, pensieri, ricordi,



proverbi, usanze... e perciò ha senz'altro favorito lo svilupparsi nel gruppo dei partecipanti di un clima di curiosità, fiducia ed interesse reciproco, tanto che si è potuto realizzare insieme un DVD (*“Le parole della cura”*, 2010) in cui i soggetti hanno potuto “giocare” con le parole più “dense” emerse dal lavoro, associandole a stimoli quali i colori, le parti del corpo, il cibo... in cui differenze e similitudini si sono intrecciate armonicamente.

Si è, allora, potuto verificare come esistano modalità peculiari con cui le opinioni riguardanti la salute, la malattia, la vecchiaia, la relazione di cura si declinano nelle diverse culture, sia italiane che straniere. Sono presenti differenze culturali – ma anche valori comuni - rispetto al modo di concepire la salute, la malattia e la relazione di cura in individui provenienti da diverse aree geografiche (Europa dell’Est, America del Sud, Italia).

Le conclusioni di questo studio, corroborate anche dalle analisi di associazioni di parole che il software fornisce, evidenzia come gli stranieri, portatori di una cultura che ha ancora forte la questione del legame familiare, ci ricordino l'importanza di “fare casa” in Istituzione, un'Istituzione spesso vittima di un riduzionismo scienziato che vede l'anziano quasi esclusivamente come un corpo relativamente malfunzionante, da riparare o da nascondere per tener viva l'immagine ideale, sempre giovane e iper-performante, dell'uomo occidentale.

Un altro punto forte che emerge dalla ricerca è che solo attraverso il simbolico (i riti, i miti, i proverbi, ma anche il quotidiano scambio discorsivo...) si può operare il tentativo di ridurre il senso di estraneità a noi stessi, elaborandola, senza agirla nel rifiuto dell'Altro: sia che si tratti dell'Altro-straniero perché viene da lontano, dell'Altro-straniero perché cittadino di un Paese troppo poco accogliente, ma pure dell'Altro-straniero in quanto vecchio e malato...

## **Conclusioni:**

*“Ma ciò che è proprio, deve essere appreso,  
al pari di ciò che è straniero”*  
(F. Hölderlin)

Per favorire un reale “meticcio”<sup>22</sup>, inteso come quel processo di incontro e fusione di culture diverse che da sempre ha accompagnato la storia umana, è -a nostro parere- importante partire dalla strutturale difficoltà che per ciascuno di noi implica l'incontro con l'Altro. Il nostro primo impulso nei confronti dell'altro è infatti ricco di ambivalenza: se da una parte l'uomo ha bisogno degli altri e li cerca, dall'altra - al

---

22 Gomasca, P. (2009). *Meticcio. Convivenza o confusione?* Venezia, Marcianum Press.

momento dell'incontro - la prima reazione può essere anche una reazione di insicurezza, di timore e di diffidenza.

Questo comporta che non vi sia nessuna garanzia che possa magicamente risolvere le tensioni, tantomeno i conflitti, dal momento che il fenomeno della mescolanza non sempre avviene in modo pacifico. Ciò che oggi più che mai ci appare allora decisivo non è solo che le culture si mescolino, si contaminino l'un l'altra, bensì che nell'incontro tra persone di origini differenti si stabiliscano legami basati su un reciproco riconoscimento.

Si tratta, in particolare –come abbiamo visto- per quelle istituzioni che erogano servizi alla persona e che hanno al loro interno un numero crescente di operatori stranieri, di un lavoro in più che va aldilà della necessità di istituire buone pratiche di assistenza e cura. Un tempo di elaborazione aggiuntivo che -per certi versi- richiede una formazione permanente del gruppo-équipe alla “contaminazione” fra idee, pensieri, comportamenti. Una formazione però che non sia costituita unicamente da un approccio teorico, per quanto esplicativo dei processi in atto; ma che passi anche attraverso la strutturazione di nuove pratiche organizzative, a partire per esempio da una nuova strutturazione del momento di condivisione del Piano Assistenziale Integrato, che deve cessare di essere un mero obbligo burocratico per divenire luogo di riflessione attiva, in grado di garantire un nuovo approccio al paziente nella sua complessità.

Sembra quindi promettente, sul piano formativo, l'istituzione di laboratori formativi specifici, inter-professionali e interculturali, su temi quali la relazione di cura, l'elaborazione del lutto, la famiglia...

L'esperienza svolta con questa ricerca, in definitiva, ci sembra mettere in evidenza l'importanza di spazi laboratoriali che consentano un abitare nuovo: con lo straniero che bussava alle porte del nostro Paese e dei nostri luoghi di lavoro, e con lo straniero che, da sempre, è parte di noi.

STRANIERO, FAMILIARE. LA CURA DELL'ALTRO IN RSA  
***L'operatore migrante e la cura dell'anziano in istituzione.***  
***ALLEGATO: GRAFICI, TABELLE, IMMAGINI***

Tabella 1: Età/Etnia

		Fasce età			Totale
		Giovane >33	Medio 33<x<43	Vecchio >43	
Paese	America Latina	3	9	4	16
	Europa Est	12	1	1	14
	Africa	1	1	2	4
	Asia	0	0	2	2
Totale		16	11	9	36

Grafico 1: distribuzione etnie nel campione

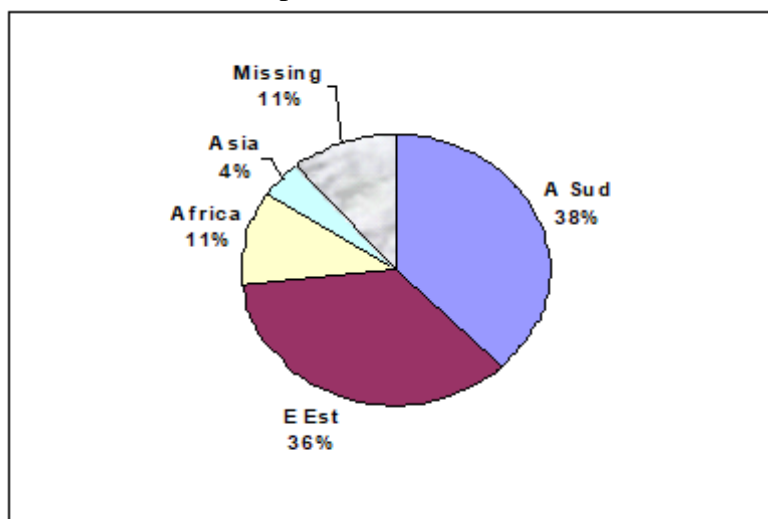


Grafico 2:

### Anni scuola

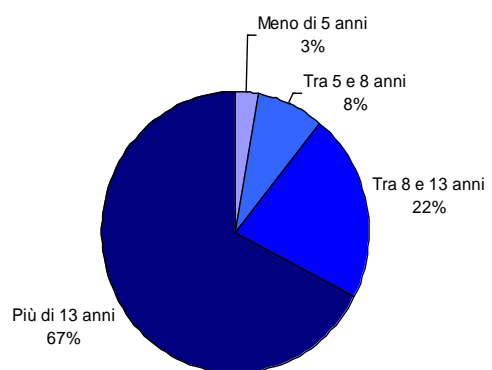


Tabella 2: scolarità x etnia

		Scolarità			Totale
		<14	14<x<16	>16	
Paese	America Latina	7	5	4	16
	Europa Est	1	13	1	15
	Africa	2	0	0	2
	Asia	1	0	1	2
Totale		11	18	6	35

Grafico 3: modalità di regolarizzazione

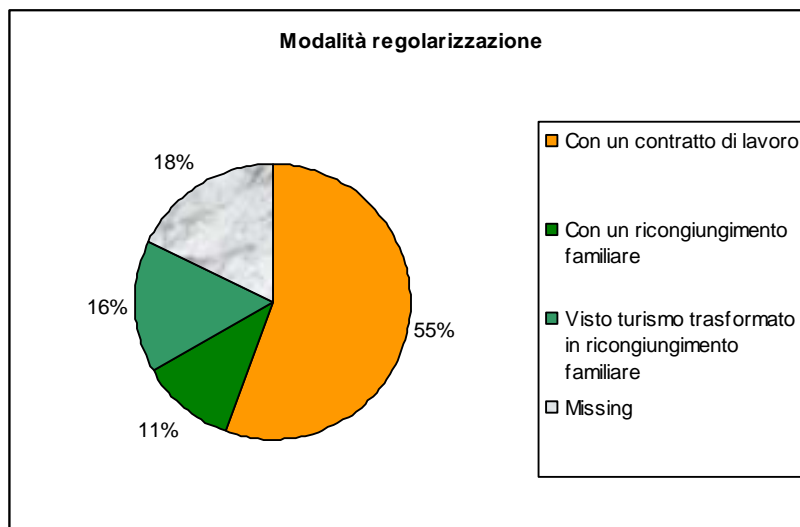


Grafico 4: il futuro in Italia

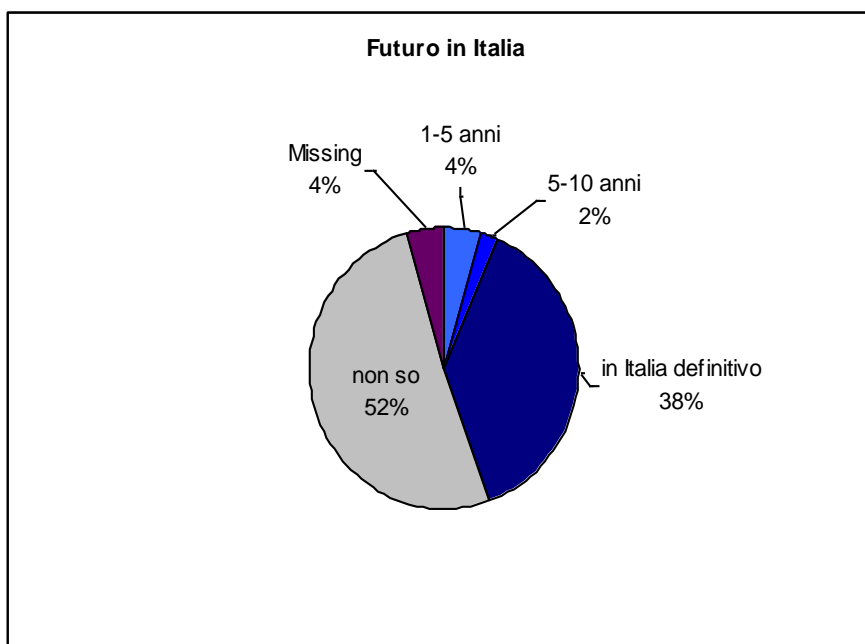


Grafico 5: desiderio di ricongiungimento familiare

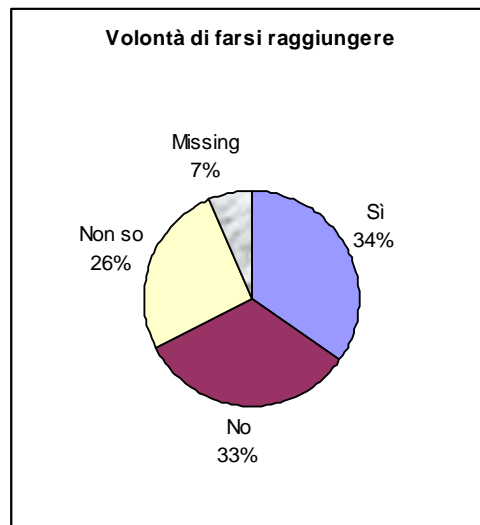


Grafico 6: ritorno alle origini

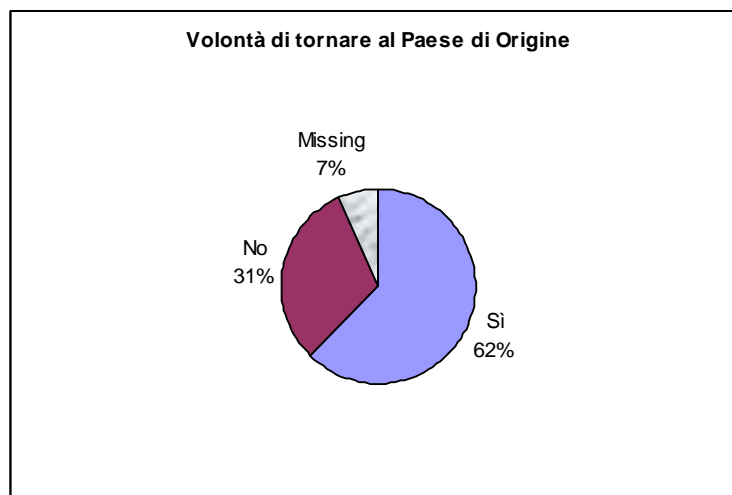


Tabella 3: Tipologia attività lavorativa/Paese di Origine

		Lavoro		Totale
		ASA/OSS/OTA	Infermiere	
Paese	America Latina	11	5	16
	Est Europa	1	15	16
	Africa	5	0	5
	Asia	2	0	2
Totale		19	20	39

Grafico 7: Motivazione scelta del tipo di lavoro

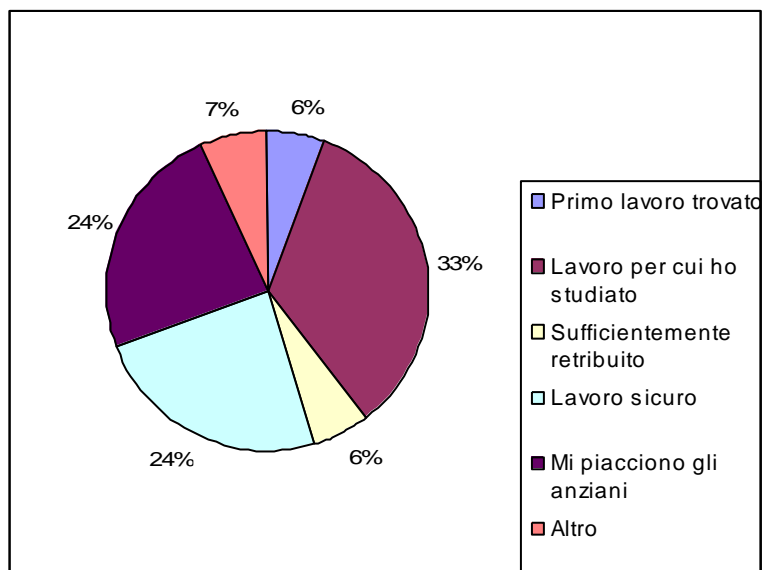


Grafico 8: Importanza percepita dell'anziano nel Paese di Origine / in Italia

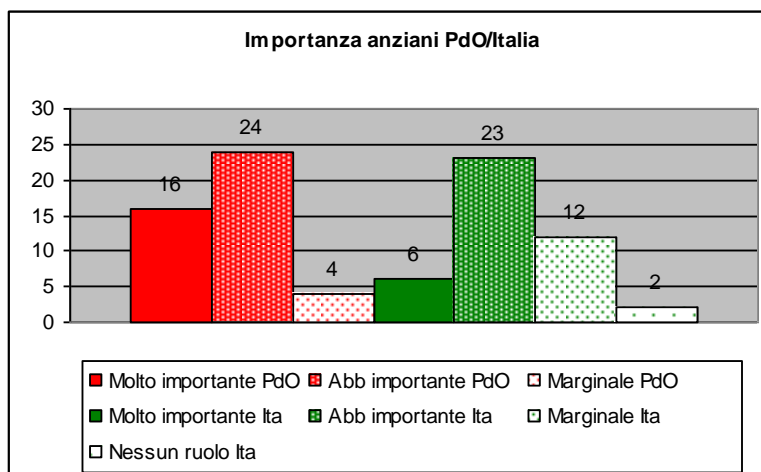


Grafico 9: Attività svolte professionalmente con anziani

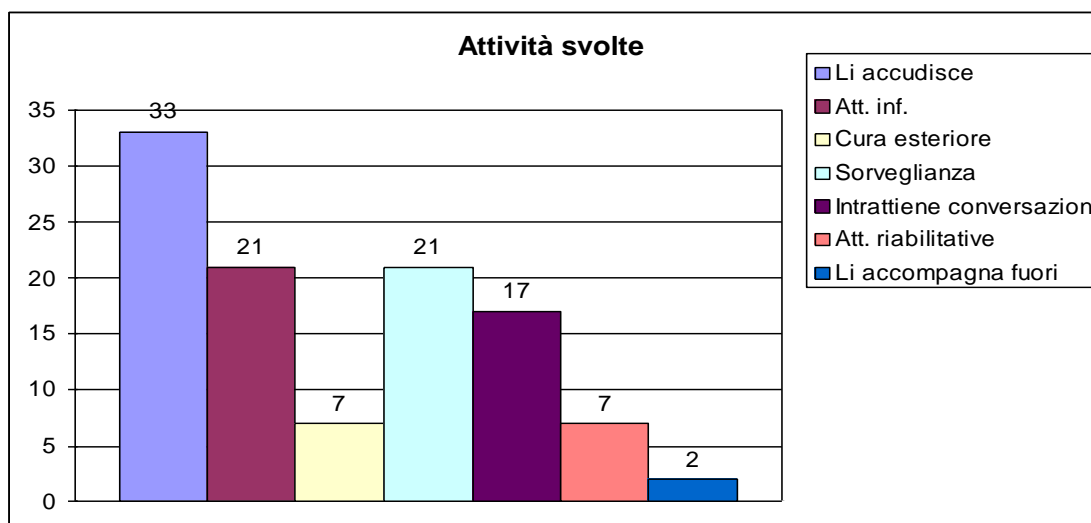






Grafico 10: Grado di soddisfazione lavorativa percepita

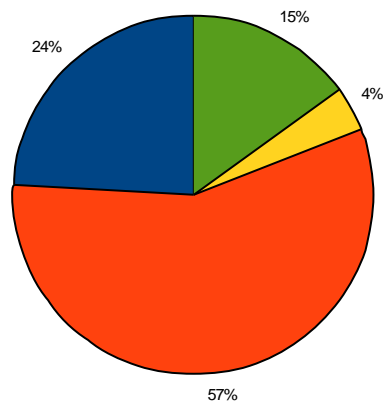


Grafico 11: TLAB - Analisi Unità di Contesto - Capi Reparto

**( x): fra familiare e straniero**

(-)		
LEM cultura	-3.4912	
LEM rispetto	-3.1392	
LEM persona	-2.9840	
LEM professionale	-2.9346	
LEM noi	-2.9117	
LEM difficoltà	-2.8288	
LEM nostro	-2.7209	
LEM reparto	-2.6413	
(+)		
LEM problema	8.7544	
LEM lei	5.3911	
LEM Alina	5.0494	
LEM Russia	4.7598	
LEM Fatima	4.4515	
LEM partire	4.4515	
LEM Antonia	4.1205	
LEM medicazione	4.1205	
LEM te	3.8592	

**( y): fra timore e sicurezza**

(-)		
LEM minaccia	-9.0395	
LEM parente	-8.0076	
LEM pesante	-7.0982	
LEM albanese	-5.7911	
LEM uscire	-5.3849	
LEM agire	-4.6559	
LEM paura	-4.6105	
(+)		
LEM rispetto	2.7701	
LEM etnia	2.6552	
LEM lingua	2.4648	
LEM positivo	2.1886	
LEM latino	2.1860	
LEM sicuramente	2.1006T	

## T-LAB: Analisi tematiche del discorso

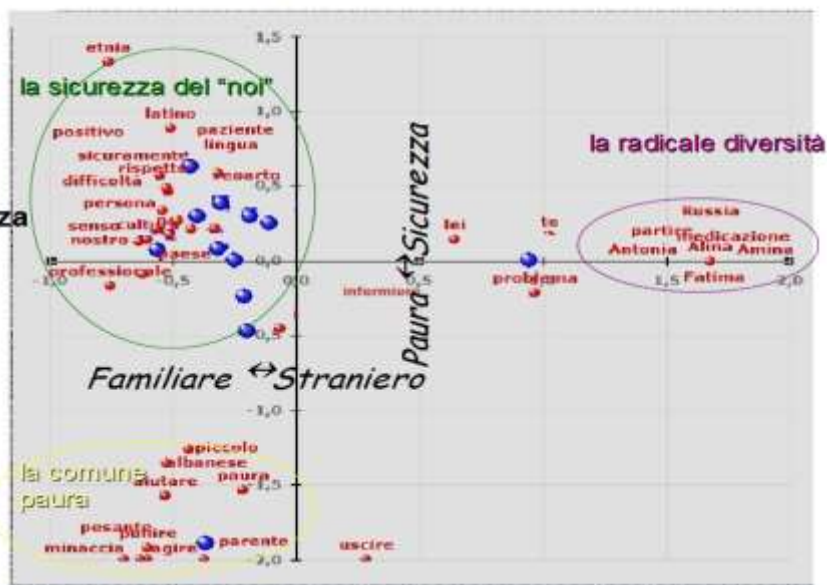


Immagine 1: disegni creati da partecipanti al Focus-group



Immagine 2: stimoli grafico-pittorici proposti ai partecipanti al Focus-group

Grafico 12: Cluster rappresentazioni

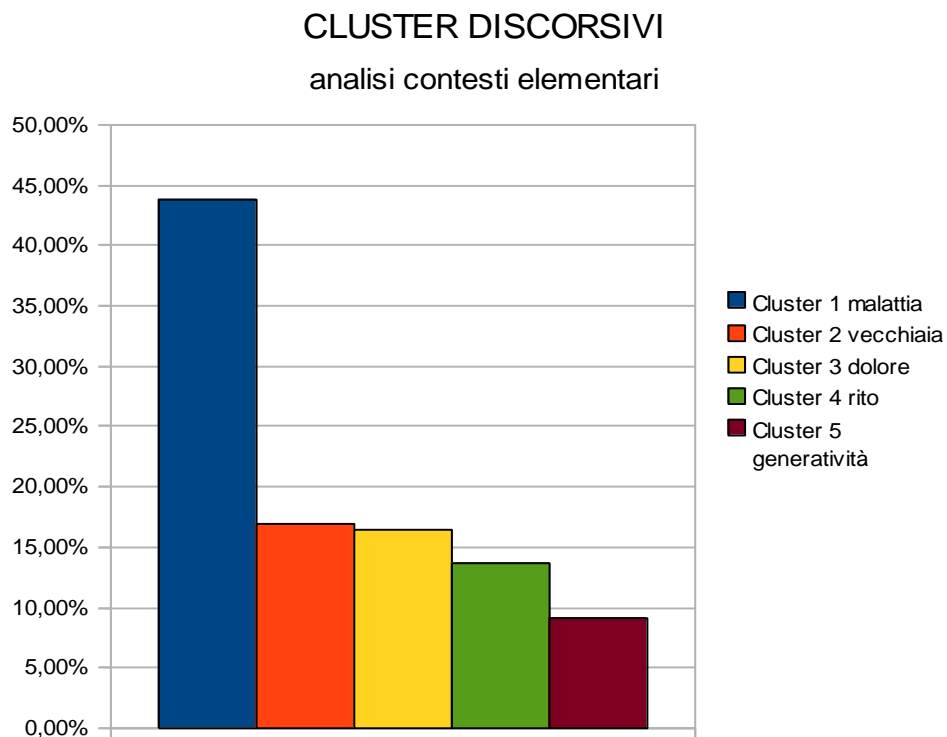


Grafico 13: Distribuzione dei cluster - Invecchiamento, sociale e individuale

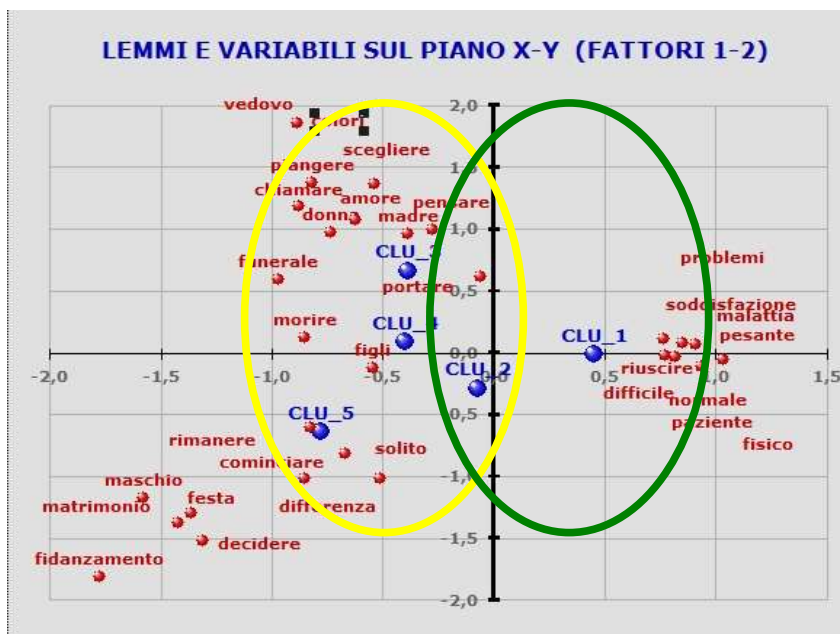


Grafico 14 – Distribuzione dei cluster – Invecchiamento e riti della vita

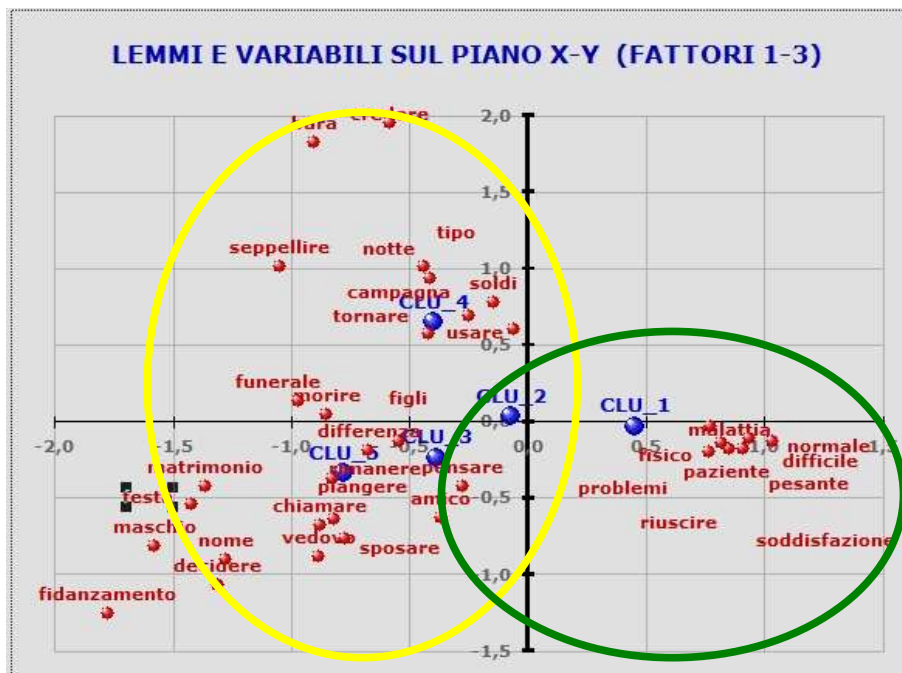


Grafico 15 - Distribuzione delle parole nei diversi gruppi etnici

