

# QWoRe

Quality of Work in Residential  
long-term care services in Italy:  
determinants and strategies

## Fronteggiare la crisi del lavoro di cura nelle residenze per anziani

### *Una guida su pratiche promettenti*

Milestone 4

Version 1.0

Febbraio 2026

Autori: Marco Arlotti, Barbara Da Roit, Stefano Neri, Silvia Gilardi, Gabriele Cerati, Gianluca De Angelis, Giorgia Golfetto, Ludovica Rossotti, Francesco Eugenio Iannuzzi, Elena Spina, Mariateresa Ciommi, Simone Sarti

### **Come citare il documento:**

Marco Arlotti, Barbara Da Roit, Stefano Neri, Silvia Gilardi, Gabriele Cerati, Gianluca De Angelis, Giorgia Golfetto, Ludovica Rossotti, Francesco Eugenio Iannuzzi, Elena Spina, Mariateresa Ciommi, Simone Sarti (2026). *Fronteggiare la crisi del lavoro di cura nelle residenze per anziani. Una guida su pratiche promettenti, Progetto QWoRe – Quality of Work in Residential Long-term care services: determinants and strategies. Milestone 4. Versione 1.0. Febbraio 2026* DOI: [https://doi.org/10.71731/DATA\\_UNIVE/LBPIOE](https://doi.org/10.71731/DATA_UNIVE/LBPIOE)

### **Ringraziamenti e avvertenze**

QWoRe è un progetto finanziato dall'Unione Europea – Next-GenerationEU - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) – MISSIONE 4 COMPONENTE 2, INVESTIMENTO 1.1 Fondo per il Programma Nazionale di Ricerca e Progetti di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN). Codice Unico di Progetto (CUP): H53D23009710001.

I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione Europea né la Commissione Europea possono essere ritenute responsabili per essi.



## Indice

1. Obiettivi e struttura della guida .....	5
2. Metodologia .....	7
3. Il lavoro di cura nelle residenze .....	10
4. Il lavoro di cura nelle residenze: un campo attraversato da tensioni molteplici .....	12
4.1. <i>Le tensioni sul lato relazione di cura</i> .....	12
4.2. <i>Le tensioni sul lato organizzativo/gestionale</i> .....	15
4.3. <i>Le tensioni sul lato professionale</i> .....	17
4.4. <i>Le tensioni sul lato contestuale</i> .....	19
5. Sostenere la qualità della vita lavorativa nelle residenze per anziani: le <i>pratiche promettenti</i> .....	23
5.1 <i>Garantire pre-condizioni per svolgere adeguatamente il lavoro di cura</i> .....	23
5.1.1 <i>L’internalizzazione</i> .....	23
5.1.2 <i>Gli standard di personale</i> .....	25
5.1.3 <i>Condizioni ambientali del lavoro</i> .....	26
5.2 <i>Garantire condizioni per svolgere adeguatamente il lavoro di cura</i> .....	27
5.2.1 <i>Gestire in modo flessibile il tempo di lavoro</i> .....	27
5.2.2 <i>Rendere il lavoro delle OSS/ASA più focalizzato sulla cura</i> .....	29
5.2.3 <i>Sostenere le relazioni</i> .....	31
5.2.4 <i>Valorizzare e sostenere le professionalità</i> .....	33
5.3 <i>Sostenere il valore del lavoro di cura “a tutto tondo”</i> .....	38
6. Considerazioni conclusive e prospettive .....	41

## 1. Obiettivi e struttura della guida

Le residenze per anziani si trovano ad affrontare, oggi, una delle sfide più rilevanti degli ultimi decenni, che può mettere a serio rischio il loro funzionamento attuale e la sostenibilità di medio-lungo periodo del settore della residenzialità: la *crisi del lavoro di cura*<sup>1</sup>.

Questa crisi, che riguarda non solo il nostro paese, ma anche numerosi altri contesti nazionali, europei, ed internazionali, si manifesta concretamente in quelle che sono difficoltà strutturali, nella capacità di trattenere, e reclutare, le lavoratrici<sup>2</sup> della cura nel settore.

Tali difficoltà investono una pluralità di figure professionali, inclusi i profili infermieristici nonché le assistenti alla cura personale (*personal carers*, nel caso italiano le OSS e le operatrici addette all'assistenza personale, come le ASA ancora impiegate in Lombardia assieme alle OSS stesse), le quali svolgono un ruolo centrale all'interno delle residenze, supportando il personale sanitario e svolgendo attività socio-sanitarie ed assistenziali fondamentali per sostenere le condizioni di vita e di benessere delle persone anziane ricoverate.

Sono diversi, e molteplici, i fattori che vengono annoverati in letteratura che possono spiegare questa crisi nel settore<sup>3</sup>. In particolare, le condizioni di qualità del lavoro, sul lato sia degli aspetti più *estrinseci* (es. rapporti di lavoro, salari, protezione sociale) che *intrinseci* (es. ritmi ed organizzazione del lavoro, autonomia, riconoscimento, condizioni relazionali), rappresentano una questione cruciale.

Ed è proprio, collocandosi all'interno di questo quadro, che il progetto Prin Pnrr 2022 QWoRe - *Quality of Work in Residential long-term care services in Italy: determinants and strategies*, ha sviluppato un'analisi empirica, approfondita, per comprendere più nel dettaglio lo stato del lavoro di cura nelle residenze per anziani nel nostro paese, nonché le configurazioni di fattori e condizioni che sostanziano ed incidono sulla qualità della vita lavorativa.

A tal fine, fra le diverse azioni di ricerca sviluppate dal progetto, una di queste è stata volta ad indagare e ricostruire, più nello specifico, le strategie introdotte, a livello organizzativo e gestionale, per supportare la qualità della vita lavorativa all'interno delle residenze per anziani.

Questa attività di ricerca, tuttavia, non è stata intesa solo in un'ottica meramente conoscitiva, ma anche in una prospettiva più di taglio "operativo".

L'obiettivo, infatti, è quello di condividere, attraverso questa guida, con enti gestori, soggetti istituzionali, rappresentanze sociali e datoriali, lavoratrici, quelle che possono essere definite come *pratiche promettenti*, introdotte dalle residenze nello sforzo quotidiano di sostegno e promozione della qualità della vita lavorativa, sia per garantire la qualità dei servizi stessi, nonché per fronteggiare la crisi del lavoro di cura che si manifesta all'interno del settore.

Le pratiche promettenti rientrano nel campo delle pratiche innovative. Nel nostro contesto, queste ultime possono essere considerate pratiche (soluzioni, assetti, configurazioni organizzative) che si

---

<sup>1</sup> cfr. OECD (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en> OECD (2023), *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>.

<sup>2</sup> In questa guida, verrà utilizzato il femminile – singolare o plurale - per indicare lavoratori e lavoratrici, operatori ed operatrici, assistenti ed altri sinonimi, tenendo conto della preminente femminilizzazione del lavoro di cura all'interno delle strutture residenziali, cfr. Arlotti, M., Bernardi, L., Ciommi, M., Sarti, S., Da Roit, B., Gilardi, S., Golfetto, G., Iannuzzi, F. E., Neri, S., Rossotti, L., Spina, E. (2025). *L'analisi del lavoro di cura nel settore residenziale attraverso la Rilevazione sulle forze di Lavoro*, Report del Progetto QWoRe – Quality of Work in Residential Long-term care services: determinants and strategies. Milestone 2, [https://doi.org/10.71731/DATA\\_UNIVE/2PEVIQ](https://doi.org/10.71731/DATA_UNIVE/2PEVIQ)

<sup>3</sup> Cfr. Da Roit, B., Gilardi, S., Golfetto, G., Iannuzzi, F. E., Rossotti, L., Sarti, S., Arlotti, M., Ciommi, M., Neri, S., & Spina, E. (2024). *Quality of Working Life in Italian residential long-term care facilities: analytical framework*, Research report of the QWoRe project, Milestone 1, [https://doi.org/10.71731/DATA\\_UNIVE/D7EHM6](https://doi.org/10.71731/DATA_UNIVE/D7EHM6) Acknowledgement

distaccano e mettono in discussione le pratiche consolidate di organizzazione e regolazione del lavoro nei servizi di cura<sup>4</sup>. La soluzione innovativa ha un impatto sulle condizioni di lavoro, sulla qualità della vita lavorativa e può influenzare direttamente o indirettamente la qualità del servizio. In tale ambito, le pratiche promettenti sono innovative rispetto alla situazione preesistente, nel contesto in cui sono elaborate e messe in atto, ma sono anche qualcosa di più.

La definizione di *pratiche promettenti* riprende un concetto utilizzato nella letteratura internazionale<sup>5</sup>, per identificare e, ricostruire, interventi operativi che, a livello gestionale ed organizzativo, sembrano essere particolarmente utili nel fronteggiare l'insieme di tensioni multiple da cui scaturisce la crisi del lavoro di cura nelle residenze. Questi interventi rappresentano un'innovazione rispetto alla soluzione preesistente e sono promettenti in due sensi: sono suscettibili di produrre un cambiamento nella realtà, tale da contribuire a fronteggiare e a risolvere, almeno in parte, una tensione o problema esistente, nel nostro caso nell'ambito del lavoro di cura nelle residenze; hanno le potenzialità per diffondersi in altri contesti o, meglio, in altre residenze soggette a tensioni o problemi simili nel governo e nella valorizzazione del lavoro di cura. Sulle potenzialità e i nodi critici che possono ostacolare la diffusione delle pratiche promettenti torneremo in sede di conclusioni.

Definiti quindi il quadro di riferimento generale, anche concettuale, e gli obiettivi di questo lavoro, nei passaggi che seguono la guida si compone di quattro sezioni principali. Nella sezione 2 verrà presentata la metodologia di ricerca. A partire dalla sezione 3 vengono, invece, presentati gli esiti della ricerca, illustrando anzitutto in cosa consiste il lavoro di cura nelle residenze (sezione 3) per poi ricostruire le tensioni multiple che lo caratterizzano (sezione 4). Seguirà una ricostruzione dettagliata delle pratiche promettenti che, a livello organizzativo e gestionale, sono state identificate a partire dalla ricerca sul campo (sezione 5). Infine, la guida conclude con una sezione di riflessione finale (sezione 6).

---

<sup>4</sup> Sul concetto di innovazione e quelli di pratiche e soluzioni innovative, si veda OECD Oslo Manual (2018). Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, 4th Edition, Paris, OECD. [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/10/oslo-manual-2018\\_g1g9373b/9789264304604-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/10/oslo-manual-2018_g1g9373b/9789264304604-en.pdf).

<sup>5</sup> Armstrong, P., Lowndes, R. (eds.) (2018), *Negotiating Tensions in Long-Term Residential Care: Ideas Worth Sharing*, <https://www.policyalternatives.ca/wp-content/uploads/attachments/Negotiating%20Tensions.pdf>  
Baines, D., Armstrong, P. (2018), *Promising Practices in Long Term Care: Can Work Organisation Treat Both Residents and Providers with Dignity and Respect?*, *Social Justice, Practice and Theory*, 1, pp. 1-23.

## 2. Metodologia

L'analisi e la ricostruzione delle *pratiche promettenti* si è basata sulla conduzione di una serie di attività di ricerca che hanno visto il coinvolgimento di stakeholders sociali ed istituzionali (policy-makers, gestori di residenze, sindacati, rappresentanze datoriali) impegnati nel settore della residenzialità nelle regioni indagate all'interno del progetto Prin QWoRe: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna,

Tale coinvolgimento si è articolato in *tre* momenti chiave<sup>6</sup>.

In un *primo momento* sono state condotte una serie di interviste semi-strutturate, individuali, al fine di ricostruire nelle tre regioni indagate le caratteristiche di fondo del sistema residenziale, le problematiche e le trasformazioni in atto, nonché le questioni chiave riguardanti il trattenimento e reclutamento delle lavoratrici della cura nelle residenze per anziani, con attenzione specifica ai fattori determinanti e facendo riferimento al tema della qualità della vita lavorativa, in un'ottica contestuale e multidimensionale, sulla base del framework teorico-concettuale elaborato all'intero del progetto Prin QWoRe. Complessivamente sono state condotte 36 con diversi interlocutori, dai gestori delle strutture, ai referenti sindacali/datoriali ed istituzionali.

In un *secondo momento* è stato organizzato e tenuto (26 maggio 2025) un work-shop online dal titolo "*Carenza di personale sociosanitario. Capire e affrontare la sfida nel contesto italiano*". Il work-shop ha visto la partecipazione di direttori/coordinatori di strutture, rappresentanti di associazioni datoriali, sindacalisti, referenti istituzionali e, nel corso dell'evento, sono state condivise e discusse le evidenze raccolte nel corso della prima fase di ricerca, attraverso un confronto aperto e partecipato, che ha permesso anche di riflettere approfonditamente sulla questione delle strategie organizzative e gestionali messe in campo per affrontare la carenza di operatrici sociosanitarie nelle strutture residenziali.

Infine, in un *terzo momento*, sono stati condotti studi di caso (periodo: giugno-novembre 2025), attraverso lo studio in profondità di sei realtà residenziali, emerse come interessanti e rilevanti nelle tre regioni, a valle delle due fasi precedenti di ricerca.

In ciascuna realtà è stato seguito un protocollo di ricerca analogo, che ha previsto: visite in presenza all'interno delle strutture; interviste semi-strutturate considerando diversi profili, come OSS/ASA, personale infermieristico, medici, fisioterapisti altre figure professionali (inclusi animatori/educatori, psicologi, assistenti sociali), nonché dirigenti delle strutture e figure di coordinamento (come responsabili di gestione delle risorse umane, amministrativi o di servizi all'interno delle residenze). Oltre a questi profili, è stato possibile intervistare le famiglie, dei volontari e alcuni anziani/e ricoverati/e nelle strutture.

Le attività di rilevazione e raccolta dati, attraverso le interviste, sono state integrate con la conduzione di attività di osservazione diretta, sia in affiancamento alle operatrici (OSS/ASA), nel corso dello svolgimento del turno nei nuclei residenziali, sia in momenti collettivi di raccordo organizzativo fra operatrici, coordinamento e direzioni. Complessivamente, sono state condotte nel periodo giugno-novembre 2025, 65 interviste e 20 osservazioni (vedi Tabella 1).

---

<sup>6</sup> Un sentito ringraziamento va tutti coloro che hanno dedicato tempo alle interviste, alla partecipazione degli eventi collettivi, nonché per gli studi di caso che sono stati possibili solo grazie alla grande disponibilità e interesse delle strutture selezionate per la ricerca.

Tabella 1 – Caratteristiche strutturali casi studio residenze per anziani e periodo di rilevazione

	Lombardia		Veneto		Emilia-Romagna	
	CS_LM_01	CS_LM_02	CS_VEN_01	CS_VEN_02	CS_ER_01	CS_ER_02
<b>Tipologia</b>	Privata non-profit ex-IPAB	Privata non-profit Coop. sociali	Pubblica	Privata for-profit	Privata for-profit	Pubblica
<b>Periodo rilevazione</b>	Luglio Ottobre	Ottobre Novembre	Giugno Luglio	Giugno Agosto	Giugno Luglio	Settembre
<b>Nr Interviste</b>	15	10	13	10	9	8
<b>Nr Osservazioni</b>	4	3	3	4	4	2
<b>Posti letto autorizzati</b>	448	120	131	178	109	66
<b>Posti letto accreditati</b>	436	120	131	178	14	61
<b>Totale operatori</b>	574	118	208	179	62	46
<b>Personale assistenziale OSS/ASA</b>	337	80	132	83	24	29

I sei studi di caso, due per ciascuna regione, presentano caratteristiche strutturali differenti potenzialmente in grado di influire sulle scelte organizzative, sotto il profilo del settore di riferimento (pubblico, privato non profit, privato for profit), nonché in termini di classe dimensionale (da strutture di piccole dimensioni, sulla soglia di 60 posti letto a strutture decisamente più grandi, che superano i 400 posti letto) e accreditamento (strutture che hanno solo in minima parte posti letto accreditati; altre, invece, che hanno l'intera dotazione di offerta accreditata) (vedi Tabella 1).

In tal senso, restituiscono uno spaccato empirico molto interessante che sebbene, statisticamente non rappresentativo, ha permesso comunque di mettere a fuoco sia l'insieme di tensioni e nodi critici alla "radice" della crisi del lavoro di cura, sia una serie di strategie gestionali e organizzative di fronteggiamento che, nonostante le differenze strutturali, settoriali e territoriali nel quale ciascun caso è inserito, sembrano emergere trasversalmente, con un focus specifico sul tema della qualità della vita lavorativa.

Ed è proprio sulla ricostruzione di queste strategie, quelle che qui definiamo *pratiche promettenti*, che si concentra la presente guida. A tal proposito, riprenderemo gli elementi principali comuni, emersi, a partire da un'analisi comparativa trasversale dei sei casi studio, focalizzandoci su temi specifici ed integrando l'analisi con estratti (anonimizzati) di interviste per rendere più chiaro il senso di quanto rilevato.

Ciò detto, il lavoro di ricerca non è stato, però, condotto in un'ottica di valutazione analitica né tantomeno esaustiva. Bensì la prospettiva adottata è più di ricerca esplorativa e partecipativa, volta a identificare interventi e pratiche riconosciute, come strategiche e rilevanti, dagli attori sul campo e su cui potrebbero essere condotti, in seguito, studi più approfonditi, al fine di valutare in modo più dettagliato, a livello empirico, gli effetti, nonché le condizioni che potrebbero condurre ad un eventuale scalabilità e diffusione ad altri contesti e realtà residenziali.

### 3. Il lavoro di cura nelle residenze

Prima di illustrare quanto emerso, sul campo, in termini di *pratiche promettenti* è, però, necessario chiarire quali siano gli elementi sostantivi che caratterizzano il lavoro di cura nelle residenze.

Infatti, quando parliamo di lavoro di cura nelle residenze facciamo riferimento ad un insieme di attività concrete che vengono svolte quotidianamente da lavoratrici, OSS/ASA, per garantire il benessere e le condizioni di vita delle persone anziane ricoverate. Come rendono chiaro anche i dati riportati sopra nella Tabella 1, OSS/ASA costituiscono, numericamente, la parte centrale del lavoro nelle residenze, svolgendo attività molteplici, in relazione ad una serie molto diversificata di bisogni delle persone anziane. Essi rimandano in particolare a:

- *Bisogni assistenziali*: essere lavati e puliti, essere nutriti nel rispetto delle eventuali difficoltà di deglutizione, essere vestiti e curati nell'aspetto estetico;
- *Bisogni sanitari*: essere curati e seguiti in relazione alle patologie (somministrazione e monitoraggio della terapia farmacologia);
- *Mobilità*: muoversi, spostarsi e camminare;
- *Bisogni psicologici-relazionali*: socializzare, uscire, esprimere e realizzare interessi e desideri, raccontare di sé, partecipare alla vita di comunità interna ed esterna alla struttura residenziale, coltivare le relazioni con i propri familiari e persone care, avere una relazione umana profonda con il personale di cura, prepararsi alla morte.

In tutti i casi, le attività svolte sono organizzate sulla base di piani dettagliati, che descrivono precisamente la distribuzione dell'impegno, per esempio al mattino e al pomeriggio, con variazioni in relazione al profilo e alla tipologia di bisogno degli anziani ricoverati nei diversi reparti/nuclei di cui si compongono le strutture. A fini esclusivamente illustrativi, i box sotto riportano due esempi pratici di piani operativi delle attività rilevati nel corso dei casi studio.

Box 1 - Esempio piano dettagliato delle attività assistenziali

07:00 - 14:30  
Aggiornato il 06/10/2025

---

07:00 - 07:10

Condivide con il resto del personale le informazioni relative alla notte dei residenti e della vita nella residenza leggendo le consegne.

07:10 - 11:00

Seguendo le indicazioni contenute nei PAI, favorisce l'autonomia dei residenti nel momento dell'alzata, dell'igiene mattutina, del vestirsi e di inizio delle loro attività.

In collaborazione con l'OSS 2 inizia con i/le sig.ri/e  
V M, D G, M N, P L, Z S, N S, B B, G G, R S, S F, Z B, C S, C B

La prima settimana del mese si occupa della rilevazione dei pesi.

11:00 - 11:40

Garantisce l'ordine e l'igiene dell'ambiente di lavoro, svuotando i carrelli dell'igiene. Si occupa della cura dell'ambiente di vita dei residenti, in particolare del rifacimento dei letti.

11:40 - 11:50

Aggiorna la documentazione di pertinenza e i diari dei residenti in Software Uno.

11:50 - 12:00

Favorisce l'autonomia dei residenti nel recarsi in sala da pranzo, indirizzandoli o accompagnandoli.

12:00 - 12:50

Seguendo le indicazioni contenute nei PAI, favorisce l'autonomia dei residenti nell'assunzione dei pasti in sala da pranzo supervisionandoli od aiutandoli. Si occupa dell'organizzazione dell'ambiente, riordinando la sala.

12:50 - 14:00

Seguendo le indicazioni contenute nei PAI, favorisce l'autonomia dei residenti occupandosi dell'accompagnamento a letto. Si occupa della prevenzione delle lesioni da decubito, effettuando le posture dei residenti che ne necessitano e quelle previste, terminando il turno di lavoro.

14:00 - 14:30

Nei giorni feriali si occuperà di portare la biancheria degli ospiti previsti o di ritirarla, recandosi nel locale adibito alla biancheria.

Box 2 - Esempio piano dettagliato delle attività assistenziali

Mattino

Dalle ore 07.10 alle ore 08.15 – Alzata con igiene quotidiana e cambio pannoloni, posizionamento su poltrona o carrozzina;

Dalle ore 08.15 alle ore 09.15 – Colazione servita in camera e alimentazione assistita per chi ne ha l'esigenza, riassetto e consegna alla cucina del carrello della colazione, vengono portati in bagno gli ospiti che hanno esigenze fisiologiche, cambio pannoloni, bidet ed igiene personale quotidiana;

Dalle ore 09.15 alle ore 09.30 – accompagnamento ospiti in promenade;

Dalle ore 09.30 alle ore 11.00 – Rifacimento letti, trasporto rifiuti, cambi giornalieri indumenti, distribuzione di: acqua, asciugamani, pannoloni, bagni settimanali programmati, lavaggio biancheria intima, riordino comodini ed armadi;

Dalle ore 11.00 alle ore 11.15 – ci si reca nella promenade a prendere gli ospiti che pranzano in camera, sistemazione carrelli per somministrazione pranzo e posizionamento tavolini agli ospiti allettati;

Dalle ore 11.15 alle ore 12.15 – somministrazione del pranzo in camera con relativa imboccatura a chi ne ha esigenza, riassetto e consegna in cucina di tazze e piatti;

Dalle ore 12.15 alle ore 12.40 – messa a letto degli ospiti che hanno pranzato in camera;

Dalle ore 12.40 alle ore 13.15 – gli ospiti che hanno pranzato nella sala da pranzo centrale vengono riaccompagnati in camera e messi a letto con igiene a chi lo necessita;

Dalle ore 13.15 alle ore 13.30 – fine turno mattino e preparazione consegna, preparazione carrello biancheria pulita, trasporto rifiuti negli appositi bidoni e biancheria sporca in lavanderia;

Pomeriggio

Dalle ore 13.30 alle ore 15.00 – igiene intima, alzata e posizionamento su poltrona o carrozzina dell'ospite;

Dalle ore 15.00 alle ore 16.00 – ci si reca in cucina a ritirare la merenda e la si distribuisce poi agli ospiti, i quali poi vengono accompagnati in promenade ed in palestra;

Dalle ore 16.00 alle ore 16.45 – trasporto dei rifiuti negli appositi cassonetti, lavaggio quotidiano biancheria personale, riassetto armadi;

Dalle ore 16.45 alle ore 17.30 – ci si reca in promenade a prendere gli ospiti che cenano in camera;

Dalle ore 17.30 alle ore 18.15 – somministrazione della cena servita in camera e distribuzione con relativa imboccatura a chi ne ha l'esigenza, riassetto e consegna in cucina delle tazze;

Dalle ore 18.15 alle ore 18.50 – si comincia la messa a letto degli ospiti che hanno cenato in reparto con cambio dei pannoloni a tutti;

Dalle ore 18.50 alle ore 19.40 – gli ospiti che hanno cenato in sala da pranzo centrale vengono riaccompagnati in camera e messi a letto con controllo dei pannoloni e cambio a chi lo necessita, trasporto biancheria sporca in lavanderia;

Dalle ore 19.40 alle ore 19.50 – fine turno pomeriggio e consegna per turno di notte;

## 4. Il lavoro di cura nelle residenze: un campo attraversato da tensioni molteplici

Il lavoro di cura nelle residenze è attraversato da tensioni molteplici, che investono diversi piani entro cui si colloca la relazione di cura e l'attività di lavoro svolta dalle operatrici.

A tal proposito, sulla scorta di quanto emerso dai casi studio, è possibile identificare almeno *quattro fronti principali di tensione*, che riguardano: i) il rapporto e la relazione con le persone ricoverate e le famiglie; ii) gli assetti organizzativi/gestionali; iii) le relazioni professionali; iv) il rapporto con il contesto di riferimento.

### 4.1. Le tensioni sul lato relazione di cura

Un primo fronte, centrale, di tensione investe la relazione di cura. A questo proposito, ciò che emerge è un contesto di cambiamento radicale.

In passato le persone entravano nelle residenze soprattutto per ragioni anagrafiche e per l'assenza di una rete familiare stabile, senza criticità cliniche rilevanti. Oggi, invece, le persone anziane ricoverate presentano bisogni molto più complessi. Spesso, il decadimento cognitivo rappresenta una componente molto rilevante del quadro assistenziale [CS\_LM\_02].

Molti anziani, inoltre, hanno un'età elevata (compresa tra gli ottanta e i novant'anni), con una permanenza media che si è ridotta progressivamente nel tempo: in un caso studio, è stato indicato che circa il 60% degli anziani deceduti nel 2024 erano entrati in struttura negli ultimi 3 anni [CS\_VEN\_01].

Nel complesso, tutto ciò ha comportato una intensificazione crescente dei carichi assistenziali e una gestione sanitaria rilevante e continua [CS\_LM\_02; CS\_VEN\_01; CS\_ER\_02]. Ciò comporta non solo conseguenze significative sul piano gestionale e organizzativo, di cui diremo più avanti, ma anche difficoltà notevoli nella costruzione delle relazioni di cura, dato il tempo sempre più ridotto di permanenza degli anziani nelle residenze:

*“Le condizioni degli ospiti sono peggiorate, quindi la partenza era che l'ospite comunque arrivava in RSA, quindi si chiamavano ospiti per quello perché venivano in casa di riposo, non erano neanche in RSA ed erano autosufficienti; avevamo anche dei nuclei autosufficienti. Adesso invece la condizione dell'ospite è peggiorata notevolmente rispetto ai 30 anni, tantissimo anche rispetto agli ultimi 10 anni, perché intanto fuori dalla RSA la famiglia non ha più le disponibilità che aveva una volta, quindi si fa più fatica perché le rette sono alte, quindi i costi per mantenere un ospite in RSA sono alti e quindi gli ospiti, che potremmo quasi definire pazienti, arrivano quando proprio non si può più tenere a casa il proprio familiare, e quindi le condizioni sono già al limite. Quindi la permanenza in struttura è diminuita, cioè gli anni di permanenza in struttura di un ospite sono diminuiti rispetto al passato” [CS\_LM\_01]*

*“Un fattore strano che sicuramente poi è cambiato è che abbiamo, ehm, se io guardo gli ingressi, una gravità media delle persone che entrano che è aumentata in modo esponenziale. C'è molto più turnover, purtroppo a questo punto anche di residenti. La permanenza media, adesso io non ho fatto i conti, ma il mio collega economo aveva fatto, cioè le permanenze medie dei residenti che entrano stanno calando drasticamente. L'ultimo decesso e l'ultimo ingresso che abbiamo fatto è lo stesso questa settimana. Ecco questa cosa, cioè la persona che è entrata è anche morta. Nel giro di una settimana” [CS\_VEN\_01]*

*“Banalmente il fatto che statisticamente le persone qui vivono meno rispetto a qualche anno fa, cioè gli ingressi, il periodo che passa tra l'ingresso e il decesso è sempre più breve, quindi anche lì la relazione diventa più difficile, che ne so, da costruire” [CS\_VEN\_01]*

*“L'anziano di oggi non è l'anziano di 15 anni fa, quando ha iniziato. Eh, arrivano casi sempre più complessi e situazioni sempre anche familiari sempre più complesse” [CS\_VEN\_02]*

*“L'ospite adesso dal punto di vista fisiologico è molto più complesso. Abbiamo prolungato l'età della vita perché una volta io mi ricordo, parlo di 40 anni fa, quando facevo l'accoglienza, quando una persona superava gli 85 anni io dicevo alla famiglia tenetela a casa. Lo shock di metterli in una struttura per quanto accogliente, per quanto preparato, insomma è sempre dura, era questione di poco perché a quei tempi lì di solito non si arrivava a 90 anni. Adesso abbiamo persone di 101 anni, persone che hanno la PEG, persone che devono essere costantemente tenute come fossimo una lunga degenza, ecco, diciamo questo, siamo diventati una lunga degenza che l'ospedale non ha più” [CS\_VEN\_02]*

*“Dagli 80 in su, quando cominciano a non essere più gestibili autonomamente a casa si rivolgono da noi oppure se riescono fanno riferimento ad una badante, è chiaro che nella struttura l'assistenza è completa, perché la sola badante non ha alcuna professionalità, ti aiuta, ti fa da mangiare, ti cambia il pannolone, ma se c'è da fare delle medicazioni, se c'è bisogno di un'assistenza diversa, infermieristica, questo la badante non ce l'ha” [CS\_ER\_01]*

*“Intervistata: Allora, a livello di residenti purtroppo c'è stato un peggioramento, perché giustamente le patologie sono diventate, all'inizio quando ho iniziato io, per fare un esempio, su 109 ospiti 80 deambulavano in modo autonomo e c'erano 20 carrozzine, adesso è il contrario*

*Intervistatore: Perché arrivano più tardi qua?*

*Intervistata: Sì, perché c'è stato poi il periodo delle badanti” [CS\_ER\_01].*

*“Perché è un po' il portato naturale dell'anziano che sta in famiglia finché può, e quando però la badante o la famiglia non riesce più a gestire va in struttura; quindi, quando va in struttura è perché a livello sanitario ha delle complicazioni, ha più patologie” [CS\_ER\_01].*

*“... diciamo sì che il lavoro sicuramente non peggiorato, è cambiato. Prima dovevamo pensare con persone che erano cognitivamente...”*

*Intervistatore: Ma è cambiato e questo com'è impattato sul lavoro delle OSS?*

*Intervistata: Sicuramente le OSS che venivano all'inizio, io almeno ho avuto molta difficoltà quando ho cominciato ad avere le prime persone con delle forti demenze. Perché noi avevamo poche persone con Alzheimer, Parkinson, sì ce n'era qualcuno ma era una minoranza. E purtroppo i residenti, quelli che stanno entrando, delle volte hanno degli Alzheimer che sono particolarmente impegnativi, perché diventano anche aggressivi, quindi diventano volgari, quindi devi imparare che loro sono offensivi. Non è colpa loro, io capisco che la malattia, però delle volte sentirsi dire delle offese abbastanza pesanti bisogna anche imparare. Però posso dire che in base a questo cambiamento ci siamo anche un pochino, facendo dei corsi con gli psicologi, facendo dei corsi con dei psichiatri, con persone che avevano a che fare con queste malattie e che quindi ne sapevano più di noi, siamo stati un pochino aggiornati. Abbiamo dovuto lavorare anche su di noi, sicuramente, perché ci vuole una bella forza di volontà certe volte, perché abbiamo avuto degli elementi che sono stati veramente... Io personalmente mi sono presa un pugno in faccia che mi ha praticamente lacerato il labbro e la gengiva. Quindi da una persona che sembrava la persona migliore del mondo, una mattina perché gli stavo dicendo aprimi la bocca che mettiamo la protesi, questo di punto in bianco si è alzato e mi ha dato un pugno in faccia. Quindi noi venivamo da persone in cui tutti gli potevamo parlare, a persone che praticamente l'Alzheimer è una brutta cosa, soprattutto alle persone che diventano aggressive” [CS\_ER\_01].*

Come emerge chiaramente dagli estratti di intervista riportati sopra, il motivo per cui si è assistito, nel corso del tempo, a questa dinamica di crescente aggravamento clinico e assistenziale nel profilo degli anziani ricoverati rimanda non solo alle dinamiche di invecchiamento della popolazione e alla forte crescita della quota dei cosiddetti “grandi” anziani (gli anziani ultra 85enni). Questo fenomeno demografico, infatti, si combina con la funzione svolta dai sistemi di cura informali e la tendenza, particolarmente diffusa nel nostro paese, nel mantenere a lungo nel proprio domicilio la persona anziana (il cosiddetto *ageing in place*).

Tale configurazione, che poggia sul ruolo svolto dalle reti familiari e sul reclutamento di personale di assistenza privata (le badanti), presenta tuttavia dei limiti che si manifestano quando la cura della persona anziana non è più possibile a domicilio, a fronte della particolare problematicità delle condizioni psico-fisiche e alla necessità di intervento sanitario specializzato e soprattutto continuativo. Questo aspetto, congiunto anche all'onerosità dei costi di ricovero (le rette possono superare i 2 mila euro al mese) [CS\_LM\_01] spingono, dunque, le famiglie a ritardare quanto più l'inserimento nelle residenze che avviene solo quando, appunto, si manifestano situazioni talmente gravi e problematiche che non rendono più sostenibile la permanenza a casa. Il fatto che entrino anziani con profili di bisogno particolarmente gravi, e con un tasso di *turnover* elevato, rende il lavoro di cura fisicamente ed emotivamente sempre più pesante [CS\_VEN\_01]:

*“entrano persone in condizioni sempre più gravi perché la popolazione sta invecchiando, i posti sono quelli e quindi hanno accesso le persone più compromesse. Questo può cambiare la qualità del lavoro, c'è un, penso io, una sorta di legame tra le due cose. Banalmente il fatto che statisticamente le persone qui vivono meno rispetto a qualche anno fa, cioè gli ingressi, il periodo che passa tra l'ingresso e il decesso è sempre più breve, quindi anche lì la relazione diventa più difficile, che ne so, da costruire” [CS\_VEN\_01]*

A tutto ciò si aggiungono, inoltre, elementi ulteriori che rimandano al rapporto, talvolta teso e problematico, con i familiari delle persone anziane. In alcuni casi si può trattare di incomprensioni legate alla lingua (una quota rilevante di operatrici è straniera, in un caso studio addirittura la metà) [CS\_ER\_01]. In altre situazioni, si tratta invece più di uno “scollamento” nel rapporto fra aspettative e modalità di gestione concreta della cura [CS\_ER\_02]. È stato, inoltre, accennato a come, dopo il Covid, queste situazioni di tensione con le famiglie sembrano essere aumentate:

*“Poi, un'altra cosa che le dico è che i familiari hanno un peso notevole. Io se le devo dire un problema che viene dagli anziani non lo so trovare, un problema che viene dai parenti sì, quanti ne vuole?”* [CS\_ER\_02].

*“Però anche l'anziano era diverso prima veniva solo ed esclusivamente quasi esclusivamente l'anziano che a casa non poteva rimanere perché non aveva nessuno o perché nessuno voleva occuparsi di lui ma nel tempo è cambiato perché adesso invece ci sono le famiglie che fanno affidamento su questa cosa e la differenza la fa il discorso che il parente poi lo vediamo è quello che viene quasi tutti i giorni”* [CS\_ER\_02]

*“Diciamo che il peggioramento vero e proprio l'ha portato il Covid. Dopo il Covid ... .. Forse il fatto che non potevano più essere presenti nella vita dei propri genitori, perché loro non potevano entrare, non potevano toccarli, non potevano gestire l'abbigliamento, praticamente non potevano fare nulla, perché giustamente dicevano che non si poteva fare e quindi dovevano fidarsi di una persona che non era un familiare, perché noi eravamo, non degli estrani a livello di persone, perché ci conoscevano, però persone che non sono familiari, non sono la famiglia e quindi, ah perché quel pantalone lì non è della mamma, poi magari perché non se lo ricordavano, noi adesso abbiamo l'etichettatura, mettiamo l'etichetta nei nomi dei pantaloni, negli abbigliamenti* [CS\_ER\_01].

## **4.2. Le tensioni sul lato organizzativo/gestionale**

Un secondo fronte rilevante di tensione rimanda alla dimensione organizzativo/gestionale. Anche in questo caso possono essere identificati diversi fattori specifici.

Innanzitutto, le difficoltà riguardanti la gestione delle relazioni di cura sono accresciute dal fatto che, spesso, oltre alla complessità assistenziale derivante dall'aggravamento dei profili degli anziani ricoverati, si aggiunge un ulteriore aspetto critico che rimanda alla compresenza nei nuclei residenziali di anziani con profili e bisogni diversificati, condizioni pluri-patologiche, disturbi cognitivi e comportamentali [CS\_VEN\_01; CS\_VEN\_02].

A tale diversificazione si congiunge il fatto che i problemi crescenti nel reclutare le lavoratrici della cura costringono ad operare, spesso, con risorse professionali ridotte sebbene, come si vedrà a seguire, le residenze analizzate si caratterizzano per standard di personale addirittura superiori, rispetto quanto previsto dalle normative regionali. Tale condizione impone una forte intensificazione dei ritmi di lavoro, da cui discende un aumento di stress e rischi operativi.

*“io vedo che in alcuni momenti sono un po' in affanno [Nota: le OSS], ma anche lì secondo me gestire queste strutture, ma non tanto la struttura quanto il personale, trovare il personale adeguato non è facile [...]: Oppure comunque, ma è capitato rarissimamente, dico la verità, oppure proprio per la fretta di prendi quello, prendi quell'altro, portalo su, giù, si velocizza un pochino e a volte non sentono, non capiscono e quindi ci vorrebbe un pochino più di calma” [CS\_ER\_01\_01]*

*“Allora, mancanza di personale vuol dire che spesso nei nuclei si trovano a lavorare con, insomma, con meno operatori e quindi alcune attenzioni che prima si davano in più, bisogna a volte rinunciare, diciamo, ecco.” [CS\_LM\_01]*

*“Il problema più grande per me, appunto, è, secondo il mio punto di vista, è il numero di personale. Perché è semplice. Perché devono correre di più. Devono correre di più. E, chiaramente, l'ospite percepisce in maniera negativa anche questa fretta che hanno. Chiamiamola fretta. Devono fare un determinato lavoro in un determinato tempo. L'ospite non è che può capire, però non può capire che il tempo dedicato a lui deve essere solamente quello. Chiaramente, ragazzi, incide, eh? Incide. Perché a volte li vedi che sono stanchi, eh, il personale” [CS\_LM\_01]*

In caso di emergenze, o assenze ulteriori, questo può determinare una compressione dello standard qualitativo di offerta. A tal proposito, un caso esemplificativo è quello delle alzate dal letto [CS\_VEN\_01; CS\_ER\_01]. Inoltre, la carenza di operatrici e l'intensificazione dei ritmi si riflettono sulla qualità della relazione con la persona anziana, rendendo difficile la possibilità di costruire e mantenere relazioni profonde, e di senso, che vanno oltre al semplice supporto “funzionale” nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, o di tutela in senso stretto della condizione di salute:

*“Situazione molto critica, l'aspetto dell'igiene è garantito, quello più critico è l'alzata, se c'è mancanza degli operatori, molte volte l'alzata dell'ospite è difficile, lo facciamo in particolare con i familiari che hanno piacere di vedere gli anziani alzati” [CS\_ER\_01]*

*“... una OSS che ha da gestire tutto il reparto, ha da gestire tante persone, sì va bene la gentilezza, va bene la cura, però veramente c'è tanto da fare e certe volte quella cosa che non costa niente, cioè aiutare qualcuno che ci tiene particolarmente a sistemare l'armadio, che è una cosa in più, per cui tu adesso non hai tempo, lo lasci stare [...] [...] effettivamente c'è tanto da fare. Ci sono tante mansioni, cioè adesso io non so esattamente tutto quello che fanno le OSS, però ci sono da alzare le persone, lavarle, metterle a letto, fare i bagni, sistemare gli armadi, fare le lavatrici, gestire merenda, pasti, tutte queste cose qua, sì sono tante cose, portare le persone da un luogo all'altro nella struttura, accompagnare chi ha gli incontri in giardino banalmente oppure nelle aree comuni, chi è in carrozzina va accompagnato, chi ha la supervisione deve essere supervisionato e quindi ad esempio una persona a cui io ho appena dato la supervisione nella deambulazione, che quindi va con le sue gambe, però appena inizia a camminare va un po' lentina, è capitato varie volte che venga accompagnata in carrozzina perché si fa prima, cioè è quel genere di attenzione lì, che capisco perché si è di fretta, però non stiamo facendo il bene del residente, insomma, ed è una questione di tempo che si risolverebbe con più personale, secondo me...” [CS\_ER\_01]*

*“Perché poi svolgere bene il compito non è soltanto andare a mangiare, lavare i vestiti, rialzarli e fargli il letto, ma è anche interagire nei loro bisogni emotivi, di necessità di colloquio. Spesso, volentieri, mi sento questa frase dire vieni, rimani qua un pochino con me. E io, tante volte, se ho 5 minuti, mi fermo anche a parlare magari con più di una persona. Ma più delle volte non è così. Devo con delicatezza, gentilmente, declinare, perché devo andare avanti con il mio lavoro. E non posso fermarmi solo per chiacchierare. Anche se sarebbe giusto farlo, non so, bene o male. Perché anche la relazione verbale, in questo senso, fa parte del nostro lavoro” [CS\_LM\_01]*

In diverse interviste, e anche dalle osservazioni sul campo, emerge come le operatrici percepiscano una costante sensazione di “correre” e di svolgere le attività in modo frenetico.

Si tratta di condizioni che hanno ripercussioni notevoli, in particolare sulle operatrici con maggiore anzianità (CS\_LM\_01) le quali, “abitate” a garantire un certo livello di qualità nell’attività svolta, tendono a vivere una condizione di forte disagio, a fronte dell’impossibilità di garantire tali standard.

*“Se io però sono un operatore vecchio e non posso alzare più l'ospite due volte al giorno, non mi sento a posto. Perché mi sembra di non aver fatto il mio lavoro e questa è una condizione di disagio. Perché è come se stessi togliendo qualche cosa, ma fisicamente, come minuti, come ore, proprio non ho il tempo e le forze utili a far tutto, non riesco ad arrivare dappertutto” [CS\_LM\_01]*

### **4.3. Le tensioni sul lato professionale**

Un ulteriore fronte di tensione è quello professionale. Va anzitutto notato come gli OSS/Asa non dispongano, sostanzialmente, di percorsi di progressione professionale, rimanendo prevalentemente intrappolate in posizioni “statiche” lungo tutta la vita lavorativa: la mancata possibilità di

crescita professionale (articolazione e progressione di carriere) è un elemento che non favorisce il riconoscimento del lavoro, lo sviluppo di competenze, di autonomia e responsabilità.

A ciò si aggiungono una serie di tensioni che riguardano sia i rapporti intra-professionali, sia quelli con altri professionisti, coinvolti nella gestione delle relazioni di cura.

A tal proposito, per quanto riguarda il primo aspetto, oltre ad essere segnalate difficoltà relazionali e di collaborazione lavorativa derivanti dalla diversificazione del background socio-culturale di riferimento delle lavoratrici (vedi lavoratrici straniere, o lavoratrici che provengono da altre regioni italiane, del Mezzogiorno) [CS\_VEN\_02] è stata segnalata in diverse circostanze la presenza di una linea di "frattura" fra le operatrici vecchia "generazione" e quelle più "giovani" [CS\_ER\_02].

Queste ultime, infatti, sembrerebbero caratterizzarsi per una notevole difficoltà nell'incorporare un orientamento valoriale e di cultura del lavoro di cura che richiede alto impegno professionale, sacrificio, dedizione in un'ottica di "missione" relazionale/umana (un lavoro "da fare con il cuore"), parallelamente ad una minore disponibilità al lavoro su turni e di "rinuncia" verso la vita privata. Ciò costringe le lavoratrici più anziane ad investire notevole tempo ed energie nell'affiancamento delle figure più giovani, al fine di trasmettere questa "etica della cura", tuttavia con rischi di frustrazione (spesso, infatti, nonostante tale sforzo, le lavoratrici giovani decidono di non rimanere) [CS\_VEN\_02]

*"Allora, io posso dire che purtroppo negli ultimi anni è diventato difficile avere delle persone che possono fare questo lavoro di OSS...[...]. Questo lavoro ti deve piacere, altrimenti non lo puoi fare semplicemente perché sai che trovi da lavorare. Perché qui hai a che fare con delle persone fragili, hai a che fare con delle persone che hanno delle patologie importanti, Alzheimer, demenza senile, schizofrenia, perché poi adesso qui sono arrivati da noi anche quelli che una volta erano ricoverati nei cosiddetti ospedali psichiatrici, quindi abbiamo anche queste persone. E questo qui è un lavoro che lo devi fare col cuore, ti deve piacere perché altrimenti è veramente difficile a prescindere che la struttura ti offra tutte le possibilità migliori, che ti faccia fare i corsi, che ti agevoli con i turni, tutto quello che vuoi, però se non parti con un po' di buonsenso e un po' di cuore diventa molto molto difficile fare questo lavoro. E io ho notato che purtroppo sono poche quelle che si avvicinano a questo lavoro con l'umanità, pensano più al fatto di dire, ah ma questa qui non è una competenza mia! Un esempio semplice: un'infermiera magari si trova in un momento di difficoltà, perché ha un'emergenza o qualcosa del genere, ti chiede, guarda, sono in difficoltà, mi vai a prendere la bombola dell'ossigeno? Ti rispondono ah no, non è compito mio!"* [CS\_ER\_01].

*Forse è cambiato l'atteggiamento delle persone verso questo tipo di lavoro. Si è persa nel tempo la consapevolezza e questo anche lo confermano tutte le altre OSS della mia età. Si è perso un pochino... Adesso cosa fanno? Dicono "in quel settore c'è tanto lavoro si può andare a lavorare negli ospedali" bene, prendono l'attestato prendono l'attestato e con quello pensano di aver risolto, invece è un lavoro che richiede tanta passione ma anche tanta sensibilità* [CS\_ER\_02].

Un ulteriore fronte problematico riguarda le relazioni inter-professionali, su tutte il rapporto con il personale infermieristico con cui le OSS/ASA condividono la gestione principale del carico di cura ed assistenziale. In particolare, l'introduzione in alcune delle realtà residenziali analizzate di infermieri in libera professione, a fronte della difficoltà di reclutamento di personale alle dirette dipendenze, viene considerato dalle OSS/ASA non del tutto adeguato rispetto le necessità degli anziani residenti:

l'adozione di approcci "prestazionali" o "molto tecnici" minano, infatti, l'obiettivo di assistenza personalizzata [CS\_VEN\_02]. Al contempo, dal lato delle professioni infermieristiche, è stata spesso segnalata una mancanza di condivisione e di reciprocità da parte delle OSS/ASA, che risulta invece fondamentale per affrontare condizioni di stress organizzativo/gestionale:

*“ci vuole un po' di umanità e un po' di collaborazione perché altrimenti non si va avanti. Ti rispondono “no, questo non è compito mio”, vabbè, non so, magari sono tante piccole cosine, non so, ad esempio l'infermiera ti dice, guarda, è finita la flebo...Lo so che non è competenza delle OSS però chiudere una flebo, non è che ti ha detto toglimi la flebo, oppure guarda sto arrivando, sono un attimo in ritardo, mi chiudi un attimo?”* [CS\_ER\_01].

#### **4.4. Le tensioni sul lato contestuale**

Questo insieme di tensioni che si intreccia e ha luogo all'interno delle residenze non si colloca, tuttavia, nel “vuoto”, ma è fortemente influenzato da altre condizioni e fattori che attengono il contesto di riferimento.

A tal proposito, e come si vedrà più approfonditamente a seguire, un primo aspetto riguarda l'adeguatezza degli standard professionali stabiliti dalle normative regionali su autorizzazione e accreditamento. Tali standard, infatti, sono fortemente sottodimensionati rispetto a quanto necessario per garantire condizioni adeguate di lavoro, in termini di gestione della cura e di assistenza. Un aspetto che di certo, non rende particolarmente attrattivo questo lavoro.

A tutto ciò si congiungono una serie di fattori ulteriori che riguardano da un lato quello che rimane uno scarso riconoscimento sociale del lavoro di cura; dall'altro lato, fattori di concorrenza nell'attrazione dell'offerta di lavoro, sia a livello inter-settoriale che intra-settoriale.

Per quanto riguarda il primo punto, la professione è spesso percepita come "di bassa qualità", dura, molto impegnativa, a cui si aggiunge, come ulteriore elemento critico, un riconoscimento economico limitato. Questi aspetti influiscono negativamente sulla capacità attrattiva della professione. Questa, peraltro, è anche indebolita dal fatto che l'acquisizione della qualifica da OSS richiede, a fronte del venir meno degli incentivi pubblici (in passato presenti), un investimento economico difficile da sostenere, in particolare per persone con background socio-economico più basso (le quali rappresentano la parte costitutiva dell'offerta potenziale di lavoro).

*“Non posso utilizzare termini scurrili, ma noi siamo sempre stati quelli che pulivano il di dietro. Invece l'operatore è la persona che sta più a contatto con l'anziano, con i familiari e ed è una figura importantissima, cioè tu sei la persona che può riconoscere il dolore, può riconoscere la felicità, può riconoscere la lesione, può riconoscere la difficoltà. Cioè tu sei lo specchio che sta davanti all'ospite e devi poi rimbalzare tutto quello che è la loro emozione, il loro benessere, il loro malessere”* [CS\_VEN\_02]

*“è molto semplice, prendi poco, lavori a turni, è un lavoro pesante fisicamente, non è riconosciuto dal punto di vista sociale”* [CS\_VEN\_02]

*[...] Secondo me [la carenza degli OSS] è dovuta al fatto che c'è stata una diminuzione dei corsi, le persone sono meno interessate a questo lavoro perché non vogliono fare i turni, le notti soprattutto. Adesso i giovani cercano altro, lavori più comodi e pagati di più"* [CS\_VEN\_01]

*"Allora, ecco, vi parlo degli anni 90, circa 2000 non di più, anni 2000, anni 90-2000, la regione, la provincia promuoveva dei corsi gratuiti per queste ADB, assistente di base. Queste assistenti di base avevano la possibilità anche gratuitamente di andare a fare questi corsi e di fatto noi eravamo in collegamento con la provincia, con gli uffici della provincia del lavoro e c'era tanta gente che si poteva assumere o perlomeno si aveva un bacino di persone da poter valutare qualificate. Oggi invece il problema è che gratuitamente non fanno i corsi, quindi le persone che addirittura ipoteticamente sono disoccupate e hanno la possibilità di accedere a mille ore di corso e devono andarselo anche a pagare, diventa un problema per loro soprattutto"* [CS\_ER\_01].

*È vero che forse non si trovano tanti OSS, però sinceramente di persone disposte a fare questo lavoro ce ne sono tante, poi magari non sono qualificate, non hanno i soldi per qualificarsi, perché oggi come oggi tutti devono pagare, la qualifica da OSS la devi pagare, non c'è più alcuna sovvenzione, non c'è niente, quindi sicuramente non tutti si possono permettere* [CS\_ER\_02].

Tale condizione è resa ulteriormente problematica da fattori di concorrenza, sia inter-settoriale che intra-settoriale, nell'attrazione delle OSS.

Sul primo versante, di certo, gioca un ruolo cruciale la concorrenza del sistema sanitario, ospedaliero, ma anche territoriale, che accentua notevolmente la difficoltà delle residenze nel reclutare OSS [CS\_LM\_01].

A tal proposito, si segnala, infatti, che oltre alla tendenza delle OSS nel partecipare ai concorsi pubblici per strutture ospedaliere, si è affermata in parallelo una tendenza attrattiva verso i servizi sanitari territoriali che, anche grazie alle risorse del PNRR e del DM 77/2022, hanno avviato importanti campagne di assunzione legate allo sviluppo di nuove strutture, come le Case della Comunità [CS\_LM\_02]. Questo processo ha progressivamente sottratto personale esperto che operava da molti anni nelle strutture residenziali, riducendo la continuità professionale. In particolare, questo impulso appare particolarmente presente in Lombardia per lo stimolo fornito non solo dal PNRR e dalla legislazione nazionale, ma anche dalla legge regionale 22/2021 che, seguendo la normativa nazionale, si propone di ridisegnare e potenziare fortemente l'assistenza sanitaria territoriale, su basi nuove rispetto al passato.

Più in generale, in ciascuna delle tre regioni, l'attrattività verso il sistema sanitario, ospedaliero e territoriale, si spiega alla luce dell'offerta di condizioni ed opportunità lavorative ritenute migliori: un posto che viene percepito (a torto o a ragione) come meno oneroso dal punto di vista del carico di lavoro e più remunerativo sotto il profilo dello stipendio [CS\_VEN\_02].

*"Adesso è stato bandito dalla nostra azienda sanitaria un concorso per operatori. Avremo credo un 50-60 persone su 160 che hanno partecipato, ma vengono qua a dirmi 'Ma no, ma io qua sto benissimo, sto benissimo. Però là probabilmente farò una vita più tranquilla perché non ho da metterci del mio. Ecco, magari farò delle mansioni più modeste, più spensierate, prendo più soldi, vabbè, mi faccio qualche chilometro in più, ma provo e questo naturalmente è un grosso problema"* [CS\_VEN\_01].

*“Tanti vanno via per il lavoro fisico. Il lavoro in ospedale è un lavoro fisicamente meno impegnativo. In ospedale vengono alzati molto meno e si aggravano, gli OSS non devono alzarli dal letto. E poi anche i familiari non richiedono, mentre nelle residenze pretendono”* [CS\_VEN\_01].

*“abbiamo perso noi delle persone che potevano essere valide, ma perché hanno visto che poi non avrebbero potuto avere, diciamo, nessun scatto, ecco, di lavoro. E allora han detto “No, allora a ‘sto punto vado a fare l'operatore in ospedale dove so già che non mi devo impegnare più di tanto. [...]”* [CS\_VEN\_02].

D’altro canto, si registrano una serie di pressioni competitive interne, in merito all’acquisizione dell’offerta di lavoro, allo stesso settore residenziale. Da un lato sembra, infatti, manifestarsi una certa tendenza di maggiore attrattività delle strutture pubbliche rispetto quelle private (sia profit che non profit), sia per la maggiore sicurezza (vera o presunta) del posto di lavoro, sia per le condizioni economiche e normative complessivamente migliori fornite dai contratti collettivi di lavoro (CCNL) pubblici<sup>7</sup>. Le posizioni lavorative nel settore pubblico vengono percepite dalle lavoratrici come più tutelanti rispetto al settore privato e questo rende il posto di lavoro più difficile da sostituire [CS\_ER\_02]. Per esempio, in caso di prescrizioni e limitazioni<sup>8</sup>, che renderebbero la lavoratrice inidonea allo svolgimento della mansione esistono, nelle residenze a gestione pubblica, diverse opzioni di spostamenti interni.

*“Io ho fatto 25 anni in reparto, poi per problemi fisici, dovevo passare ad altre mansioni. C'era un posto vacante, chiamiamolo così, sì, vacante, mancava la figura professionale dell'animatrice, necessaria per gli accreditamenti regionali. Allora hanno detto “fallo tu, prova”. Ed è andata bene, poi io subito ho detto di no, ma neanche morta. Poi mi hanno detto “dai, prova a fare almeno sei mesi di prova, prova a fare sei mesi”. Ho pianto sei mesi, perché mi scoccia lasciare l'assistenza, mi scoccia tanto. Perché a me piace proprio, piaceva, fare l'assistenza, però ho guardato al futuro, perché ho detto “sono già messa così fisicamente, vengo adibita appunto a una mansione più leggera. Ne va dalla mia salute, tanto io non ci posso più lavorare e il posto, oltre che essere un posto pubblico, è vicino a casa, il mio lavoro mi piace, sono sempre stata qui, e ho detto “va beh, dai, buttiamoci”* [CS\_ER\_02].

Dall’altro lato, tuttavia, le tensioni interne al sistema residenziale non sembrano sovrapporsi ad una semplice dinamica di fuoriuscita dal privato verso il settore pubblico. Anche nelle direzioni delle

---

<sup>7</sup> Va precisato che, in linea generale, l’opzione del lavoro pubblico è sempre meno disponibile, per la tendenza delle strutture pubbliche o ex-pubbliche a sostituire personale dipendente con contratto di lavoro del settore pubblico con personale per il quale si applica un contratto di lavoro del settore privato. E’ il caso delle esternalizzazioni del servizio da parte di soggetti pubblici con ricorso a personale fornito da soggetti privati (come le cooperative sociali, con applicazione del relativo CCNL), o di soggetti pubblici che hanno acquisito natura privata, come nel caso delle ex-Ipab trasformate in Fondazioni, che assumono direttamente con CCNL del settore privato (come il CCNL UNEBA, vedi CS\_LM\_01). Questa tendenza generale appare più forte in Lombardia, dove la maggioranza delle Ipab è stata convertita in Fondazioni di diritto privato e non in ASP che rimangono soggetti pubblici (per quanto queste possano poi esternalizzare il servizio). Nei casi in cui l’opzione del CCNL pubblico non sia presente sul territorio, può essere possibile, da parte della lavoratrice, una scelta tra datori di lavoro privati non profit o for profit che applicano i relativi (e in parte differenti tra loro) CCNL del settore.

<sup>8</sup> Le prescrizioni sono le limitazioni riconosciute dai medici aziendali allo svolgimento delle attività. Possono esserci prescrizioni relative al sollevamento, ad esempio, che di fatto escludono una persona dal sollevamento etc. Si consideri che l’operatore con prescrizione non può svolgere alcune attività specifiche, ma è considerato nell’attribuzione delle risorse al pari di una persona senza limitazioni.

residenze di proprietà pubblica si lamenta, infatti, una certa difficoltà a “competere” con le condizioni offerte dalle residenze private, le quali possono fare leva più facilmente sull’attivazione di elementi di remunerazione aggiuntiva e di welfare aziendale (di cui si dirà anche più avanti) (vedi Sezione 5):

*“Cioè cerchiamo di essere i migliori almeno nella nostra zona, in modo che le lavoratrici e i lavoratori scelgano noi piuttosto che i nostri competitors. Però, ho detto prima, che secondo me questo è un servizio pubblico e quindi non è che queste scelte si facciano con leggerezza, perché anche le persone anziane che sono nelle altre strutture hanno bisogno di essere accudite. Quindi è una guerra tra poveri.*

*Poi un altro fattore su cui noi non riusciamo ad incidere è quello retributivo che ha il suo peso, perché il nostro è un lavoro che non ha prezzo, secondo me, cioè qualsiasi stipendio sarebbe basso per quello che impiega in energie, responsabilità, sensibilità, formazione, pensiero, ok? Proprio perché abbiamo a che fare con le persone, però noi non possiamo dare nemmeno €1 in più ai nostri operatori e l'ente potrebbe permetterselo perché è un ente che è stato sempre gestito bene. Ok, ritorno alle regole primarie che non sono eque. Quindi chi è privato può fregiarsi di premiare giustamente e fa benissimo i propri lavoratori. Noi vorremmo farlo, ma non possiamo, ok? Per regole che sono inique e non adatte al nostro mondo” [CS\_VEN\_01]*

Al contempo, è stata segnalata in alcune circostanze anche una tendenza, nuova, di fuoriuscita, delle OSS direttamente nel mercato privato, sulla scia di un processo già consolidato da tempo in altre professioni sanitarie, in *primis* infermieri e fisioterapisti, soprattutto nei servizi domiciliari [CS\_LM\_02].

L’attrattività della libera professione inizia, infatti, ad osservarsi anche tra le OSS, quanto meno tra quelle in condizioni di minore debolezza sotto il profilo delle condizioni economico-sociali e di vita. La scelta di abbandonare il contratto subordinato, con le sue sicurezze, per operare come autonomo è spinta soprattutto da ragioni economiche e organizzative. La libera professione consente, infatti, di applicare tariffe più elevate rispetto alla retribuzione prevista dal CCNL e di gestire con maggiore autonomia tempi e modalità di lavoro. Tale flessibilità è percepita come un vantaggio concreto, soprattutto da parte delle lavoratrici che rappresentano, come detto, la quota preminente della forza lavoro.

Dal punto di vista delle residenze, tuttavia, tale evoluzione può comportare un costo organizzativo elevato, poiché la gestione di collaboratrici autonome risulta più complessa e meno prevedibile rispetto al personale dipendente, inserito in turnazioni stabili. Per il datore di lavoro, la scelta di ricorrere ad un OSS con contratto di lavoro autonomo è, quindi, soprattutto un onere sia sul piano economico sia su quello organizzativo, mentre potenziali vantaggi in termini di flessibilità gestionale paiono più ipotetici che effettivi, nelle condizioni attuali di domanda di servizi residenziali e nell’organizzazione del lavoro adottata dalle residenze. A quanto risulta, il ricorso al lavoro autonomo di OSS pare quindi più una necessità che una scelta per i gestori.

Questa differenza negli interessi e nella percezione del lavoro autonomo da parte di datori di lavoro e lavoratrici sembra ricordare, in parte, quella esistente per gli infermieri e anche per i fisioterapisti, citata poco sopra e qui non oggetto di indagine specifica. Soprattutto per gli infermieri, l’accostamento con il caso delle OSS risulta (ancora) fuorviante, per la diversità delle condizioni del mercato del lavoro dei due gruppi professionali. E tuttavia, come si è detto, il divario tra offerta e domanda di lavoro e le difficoltà di reperimento del personale OSS nel settore della non autosufficienza sono un fenomeno comunque rilevante e crescente.

## 5. Sostenere la qualità della vita lavorativa nelle residenze per anziani: le pratiche promettenti

Dopo aver ricostruito le tensioni molteplici che attraversano la cura e il lavoro di cura all'interno delle residenze per anziani, cercheremo ora di mettere a fuoco le pratiche e gli interventi messi in atto per fronteggiare tali tensioni e per rafforzare la capacità di trattenimento e reclutamento delle operatrici della cura nel settore.

In tal senso, va premesso come i casi studio restituiscano esperienze molto complesse, e specifiche, sotto un profilo operativo e gestionale, influenzate dagli orientamenti ideali e strategici di fondo che ispirano ciascuna residenza. Detto ciò, attraverso un'analisi tematica trasversale è stato possibile identificare almeno *tre assi* principali, presenti in modo consistente, sebbene in diverso modo, nei sei casi studio analizzati. Sotto un profilo analitico, tali assi possono essere sintetizzati ricorrendo alle seguenti definizioni: i) *garantire pre-condizioni per svolgere adeguatamente il lavoro di cura*; ii) *garantire condizioni per svolgere adeguatamente il lavoro di cura*; iii) *sostenere il valore del lavoro di cura a «tutto tondo»*.

### 5.1 Garantire pre-condizioni per svolgere adeguatamente il lavoro di cura

#### 5.1.1 L'internalizzazione

Innanzitutto, un primo aspetto cruciale emerso dall'analisi trasversale delle esperienze indagate riguarda l'inquadramento delle lavoratrici. Le residenze fanno riferimento a diversi settori (pubblico, privato non profit, privato for profit) e, di conseguenza, sono presenti differenze rilevanti, sotto il profilo di inquadramento professionale, remunerazione e contratti.

Tuttavia, un tratto chiaro ed univoco, riguarda il fatto che nei casi da noi esaminati tutte le operatrici della cura sono assunte come personale dipendente, e non attraverso forme di appalto e di esternalizzazione. Questo riguarda sia i casi di strutture pubbliche sia quelli di strutture private.

Mentre, infatti, per diverse tipologie di servizi, come possono essere le mense [CS\_LM\_01], la lavanderia, i servizi accessori (es. servizi di podologia, supporto psicologico, parrucchiere, gestione degli spazi esterni, manutenzione) [CS\_ER\_02], si ricorre a forme di esternalizzazione, oppure al reclutamento attraverso contratti di libera professione (in particolare per medici, fisioterapisti e, in parte, anche personale infermieristico), nel caso delle OSS il personale è interamente internalizzato in tutti i casi studio, a parte condizioni limitate di lavoro a chiamata o di ricorso ad agenzie interinali, dettate da necessità contingenti a livello organizzativo [CS\_VEN\_01; CS\_VEN\_02].

Si tratta di un aspetto che nelle interviste condotte all'interno delle realtà residenziali indagate è stato rimarcato più volte come cruciale. L'internalizzazione del personale di cura, infatti, evita la frammentazione gestionale, ostacola quella dei processi di lavoro e rende possibile una struttura organizzativa stabile e integrata: un presupposto fondamentale per garantire una piena qualità del servizio.

In uno dei casi analizzati, questi sono alcune delle finalità esplicite del passaggio dall'utilizzo di personale OSS dipendente di cooperative esterne a quello di personale dipendente della struttura stessa, avvenuto nel 2025. Tale passaggio è stato favorito dal concomitante cambiamento di proprietà della struttura residenziale, con l'acquisizione da parte di un soggetto del mondo cooperativo come quello precedente, ma di maggiori dimensioni. L'operazione ha risposto indubbiamente a

obiettivi di rafforzamento competitivo e di sostenibilità organizzativa, consentendo di realizzare economie di scala nei costi delle forniture e di alcuni servizi, ma è stata deliberatamente promossa anche allo scopo di garantire un maggiore presidio sulla qualità del lavoro, sui turni e sulla conciliazione vita-lavoro [CS\_LM\_02].

In tutti i casi analizzati i contratti delle OSS/ASA sono per lo più a tempo pieno, e indeterminato, e solo quando esplicitamente richiesto dalle operatrici, a fronte di esigenze e bisogni specifici, si ricorre a tipologie di contratto part-time che, dunque, non assumono tratti di involontarietà<sup>9</sup> [CS\_VEN\_02].

*“Siamo fortunati rispetto ad altre strutture perché abbiamo l’attenzione per la risorsa umana: tutta l’organizzazione è orientata a far star bene il personale. L’attenzione ai lavoratori c’è da 20-30 anni: l’idea è di avere personale dipendente, appaltando il meno possibile, per esempio personale di cucina e lavanderia, ma non appaltando i nuclei. Chi non è dipendente, è in somministrazione con l’interinale fino al prossimo concorso e l’agenzia con cui lavoriamo applica il contratto funzioni locali” (CS-VEN-01-06, responsabile area risorse umane” [CS\_VEN\_01]*

*“Andiamo incontro sul part-time e anche sulla sede, cioè non obblighiamo mai ad andare in sede staccata se abitano distante. Il part time viene dato praticamente a tutti quelli che lo richiedono ed è tutto volontario, cioè lo hanno chiesto loro” [CS\_VEN\_01]*

L’utilizzo di personale OSS dipendente della struttura stessa, a tempo pieno e per lo più indeterminato, rappresenta una caratteristica non sempre presente né nelle strutture pubbliche né in quelle private, e che non può essere data per scontata. Essa appare una condizione o, meglio, pre-condizione favorevole allo sviluppo di pratiche volte a garantire “buone” condizioni di lavoro, tali da promuovere l’attrattività del posto di lavoro nella residenza.

Inoltre, in diversi casi è stato rimarcato come anche l’internalizzazione di altre figure professionali, che agiscono in modo complementare alle OSS, a partire dagli infermieri, così come del personale addetto alle pulizie, oppure alla mensa, costituiscano, parimenti, una condizione fondamentale sempre in un’ottica di qualità del servizio e delle condizioni del lavoro svolto:

*“Il personale della cucina e delle pulizie è interno. Sempre nell’ottica di fare un lavoro che soddisfi gli anziani e i loro familiari. Per noi anche la persona che entra in camera deve sapere in quali camere entrare, come entrare, come rivolgersi all’anziano, a che discorsi andar dietro, a quali no, che tipo di argomenti si possono toccare che tipi no, e quindi deve essere personale nostro, perché da un’un’esternalizzazione non potremmo mai chiedere questo alle signore delle pulizie. Cosa che invece chiediamo al nostro personale” [CS\_VEN\_02]*

Questi aspetti sono emersi anche durante le osservazioni del lavoro delle OSS all’interno dei nuclei. In diversi casi, le operatrici hanno rimarcato di avere una buona collaborazione con il personale ausiliario che si occupa di cucina e pulizia degli ambienti e che questo dipende anche dal fatto che

---

<sup>9</sup> Da un’analisi dei micro-dati Istat derivati dalle rilevazioni sulle forze di lavoro emerge, invece, come circa il 60% delle lavoratrici della cura con contratto part-time nelle residenze, dichiarino tale condizione come involontaria, cfr. Arlotti, M., Bernardi, L., Ciommi, M., Sarti, S., Da Roit, B., Gilardi, S., Golfetto, G., Iannuzzi, F. E., Neri, S., Rossotti, L., Spina, E. (2025). *L’analisi del lavoro di cura nel settore residenziale attraverso la Rilevazione sulle forze di Lavoro*, Report del Progetto QWoRe – Quality of Work in Residential Long-term care services: determinants and strategies. Milestone 2, [https://doi.org/10.71731/DATA\\_UNIVE/2PEVIQ](https://doi.org/10.71731/DATA_UNIVE/2PEVIQ)

si tratta di personale alle dipendenze di un'unica azienda (quella della residenza) che gestisce anche i veri e propri servizi di cura [CS\_VEN\_02].

### 5.1.2 Gli standard di personale

Un secondo tema centrale emerso riguarda gli standard di personale. In precedenza, si è già anticipato al fatto che, spesso, la presenza delle operatrici nelle residenze, anche in base agli standard di autorizzazione e accreditamento previsti dalle normative regionali, risulti essere non adeguata rispetto al rapido mutare dei bisogni e della loro crescente complessità.

*“Gli standard assistenziali non sono aggiornati da vent'anni, ma nel frattempo le condizioni degli anziani ricoverati sono cambiate radicalmente” [CS\_LM\_02]*

*“Noi siamo sopra standard regionale [...] che è per dare la qualità di servizio che abbiamo in mente. [...] Pesa tanto è il peggioramento degli anziani che entrano in struttura. Cioè gli standard sono stati fissati, vabbè, adesso li hanno rivisti, ma alla fine non cambia niente. Sono stati fissati 20-30 anni fa quando entravano persone diverse in struttura. Adesso cioè entrano che il livello di non autosufficienza aumenta sempre di più e [...] gli ospiti lucidi che entrano sono sempre meno, quindi l'impegno fisico e mentale si alza e cioè avresti bisogno di standard molto più alti rispetto a 20 anni fa per fare lo stesso livello di qualità” [CS\_VEN\_02]*

Tutto questo crea un importante fronte di tensione interno alle residenze che mina non solo la qualità della cura, in senso lato, ma anche le condizioni attraverso cui il lavoro di cura viene svolto dalle operatrici.

A tal proposito non è un caso, infatti, che fra i casi studio analizzati sia emersa una chiara tendenza a garantire standard di personale al di sopra di quanto previsto dalle normative regionali. Tale circostanza, riguarda sia quelle situazioni in cui viene applicato il parametro del minutaggio, come nel caso (recente) del Veneto, oppure della regione Lombardia che stabilisce un minutaggio minimo complessivo di 901 minuti settimanali per anziano, considerando tutte le figure standard richieste per l'accreditamento, inclusi le OSS/ASA (oppure, più recentemente, del Veneto); sia quelle situazioni in cui è previsto, invece, il rapporto operatrice/anziano, come in Emilia-Romagna.

*“Questi 901 è lo standard previsto dai requisiti, quindi è il minimo che dobbiamo garantire. E quindi poi ci sono, vabbè, diciamo che in passato era un pochettino più alto il minutaggio nostro, piano piano si è un po' abbassato, ma è sempre superiore allo standard comunque” [CS\_LM\_01]*

L'innalzamento degli standard di personale risulta funzionale non solo per offrire prestazioni aggiuntive (ad esempio, la doppia o tripla alzata giornaliera dell'anziano), ma anche per gestire le fasi di criticità, che possono manifestarsi nel caso di assenza di personale e/o difficoltà nel reclutamento (e in questo caso, le prestazioni aggiuntive vengono sospese per rientrare in un modello di assistenza più “essenziale”, ma comunque in linea rispetto gli standard regionali).

*“Ok. Per cui, nel momento in cui mancano le persone... Non mi preoccupa da un punto di vista del minutaggio perché siamo over. Siamo molto sereni in questo. Mi preoccupa però di quello che la residenza ha deciso di dare. Io ho un obbligo normativo che devo alzare l'ospite una volta al giorno. Ma la residenza ha deciso di alzarlo due volte al giorno e magari anche tre volte al giorno. Alzare un ospite vuol dire avere, tra alzata e rimessa a letto, almeno 20 minuti per fare l'operazione. Magari se lo dobbiamo fare in due operatori, per cui 20-22 minuti. Se la residenza decide che il servizio che vuole dare è questo, è questo. Se la residenza invece decide che vuole dare un'alzata, va bene, allora possiamo avere un minutaggio inferiore” [CS\_LM\_01]*

### **5.1.3 Condizioni ambientali del lavoro**

C'è, infine, un ulteriore aspetto rilevante, più volte menzionato nel corso delle interviste, che riguarda quelle che possono essere definite come le condizioni ambientali del lavoro. La caratterizzazione architettonica e spaziale delle residenze (ad esempio: luminosità degli spazi, piacevolezza dei luoghi ecc..) rappresentano, infatti, condizioni molto importanti per favorire un impegno positivo nel lavoro svolto, ancor più in contesti, come le residenze, dove il bisogno, la malattia, la sofferenza rappresentano aspetti centrali nel vivere quotidiano.

*“questa struttura parlo all'esterno, di bellezza, di tutto, sono rimasta, perché è molto bella, molto caliente, si fanno tantissime attività. Abbiamo palestra, abbiamo parrucchiere, viene due volte alla settimana per i nostri anziani, che vanno tutti lì a farsi i capelli, tutti contenti. C'è l'animatrice che fa tombola, c'è la musica tante volte la domenica [CS\_ER\_01]*

*“l'ambiente stesso, no? Cioè, se tu hai il bello, perché ci sono certe case di riposo che purtroppo... o, non è che sia tutto così capito? Per cui tu vai in un posto già questo magari triste, anche i colori stessi, i mobili, cioè ti deprimono, no? Perché anzianità vuol dire vecchio, giusto? Sì, perché sei vecchio, tanto tu cosa puoi dare più alla vita? Invece no, guarda 'ste sedie per me sono allegre. Hai capito? Il colore stesso, no? Ti invoglia. Non a morire, a vivere, anche se sono gli ultimi anni o quello che saranno” [CS\_VEN\_02]*

A tutto questo si aggiungono gli interventi strutturali messi in atto per svolgere in sicurezza il lavoro di cura e ridurre – per quanto possibile - la fatica, su tutti il tema della dotazione dei sollevatori che è fondamentale per gestire l'impegno fisico, sulle alzate.

*“l'attività è pesante ed impegnativa e peggiora con l'età, noi stiamo investendo tanto sui letti motorizzati e con i sollevatori a soffitto. Abbiamo cercato altre soluzioni, ma non ne abbiamo. Secondo me tanti vanno via per il lavoro fisico. Il lavoro in ospedale è un lavoro fisicamente meno impegnativo. In ospedale vengono alzati molto meno e si aggravano, gli OSS non devono alzarli dal letto; anche i familiari non richiedono; mentre nelle residenze pretendono tanto” [CS\_VEN\_01]*

## 5.2 Garantire condizioni per svolgere adeguatamente il lavoro di cura

### 5.2.1 Gestire in modo flessibile il tempo di lavoro

Un secondo raggruppamento tematico centrale che emerge dall'analisi trasversale dei casi studio rimanda, invece, ad un insieme articolato di pratiche organizzative e gestionali messe in atto per sostenere, a tutto tondo, la qualità della vita lavorativa e lo svolgimento del lavoro di cura.

A tal proposito, un primo fronte di intervento, cruciale, rimanda alla *gestione del tempo di lavoro*. Come si è visto in precedenza, l'attività del lavoro di cura nelle residenze ha scadenze e ritmi temporali molto ben definiti, serrati. Da tale aspetto può discendere, inevitabilmente, una certa rigidità organizzativa, la quale, tuttavia, può contrastare con le esigenze e i bisogni specifici delle lavoratrici. Proprio per evitare che si creino situazioni di tensione e problematicità non sostenibili su questo fronte, l'analisi dei casi studio ha permesso di mappare, in modo molto diffuso ed estensivo, l'adozione di almeno *due pratiche principali*, comunque complementari fra loro.

Una *prima pratica* riguarda l'adozione di quello che potrebbe essere definito come un sistema di turnazione "secca" (CS\_VEN\_01; CS\_VEN\_02; CS\_ER\_01). Ciò significa che le operatrici svolgono un'unica tipologia di orario (mattina, pomeriggio, notte), e non più di una: un aspetto che viene generalmente molto apprezzato e che va incontro alle preferenze che le lavoratrici possono avere, nel prediligere il lavoro in fasi specifiche della giornata.

*"noi abbiamo turni di mattina e di pomeriggio e le OSS dedicati solo alla notte, che fanno il turno di notte, e sono quattro operatrici, quindi due notti e due notti, fanno 11 ore a loro scelta di fare solo la notte. Quando le ragazze della notte sono in ferie, le OSS del giorno vanno a fare il turno di notte. Però da noi non fanno i turni mattina, pomeriggio, notte, smonto, no, no, no, fanno o solo mattina, o solo pomeriggio" [CS\_ER\_01]*

A ciò si aggiunge, in alcune realtà, una definizione dei turni addirittura su base settimanale, non mensile: un aspetto che favorisce ulteriore flessibilità ed una gestione, praticamente "in tempo reale", della turnistica:

*"Tutti i giorni la rileviamo (Nota: la gestione dei turni), tutti i giorni. Poi arrivano le richieste alla TEGS e la TEGS le pone alla responsabile del personale, quindi non ti dico un giorno sì e un giorno no, un cambio turno, una notte, una ferie... Tant'è che noi i turni li facciamo settimanali, gli altri li fanno mensili, noi li facciamo settimanali perché sempre per esaudire di più le loro necessità, mensilmente diventa molto difficile, perché di solito i turni sono mattina o pomeriggio qua da noi, oppure notte. E allora magari hanno una visita, magari hanno un impegno, e allora a quel punto chiedono un cambio turno, interveniamo su un turno, cambiamo il turno, quindi la turnistica è gestita in tempo reale" [CS\_ER\_01]*

Una *seconda pratica* messa in atto, in modo diffuso, riguarda la flessibilità nella turnistica, con una certa tendenza, ed apertura, da parte delle direzioni nel permettere alle operatrici di organizzarsi in modo autonomo nel cambio turno, previa comunque comunicazione ai coordinatori/responsabili che monitorano costantemente i piani di lavoro, bilanciando con i vincoli organizzativi. Oppure la possibilità di inoltrare richieste specifiche di cambio turno o permessi all'occorrenza, quando necessarie per esigenze personali [CS\_VEN\_02; CS\_ER\_01]. Tutto ciò favorisce la definizione di turni personalizzati, fortemente compatibili e adattabili alle esigenze individuali e a quelli che sono i bisogni di conciliazione vita-lavoro [CS\_VEN\_02]. Si tratta di aspetti considerati come centrali per

garantire un maggiore benessere alle lavoratrici, con una riduzione potenziale del rischio di abbandono [CS\_LM\_01].

*“è un lavoro che nonostante i piani di lavoro che comunque vengono scritti da noi, cioè dalle colleghe del reparto, tenendo comunque sempre conto delle più deboli, diciamo, quindi sono dei piani di lavoro che vanno incontro a tutti e alle esigenze di tutti” [CS\_VEN\_01]*

*“Facciamo un lavoro immenso nella gestione della turnistica per fare in modo di fare turni, diciamo, personalizzati. Un terzo dei dipendenti ha una turnistica particolare a seconda delle sue esigenze di vita” [CS\_VEN\_02]*

*“... abbiamo la possibilità di agevolare i turni per quanto noi possiamo. Quindi non abbiamo un turno chiuso, un turno ferreo, ma loro possono intanto gestirsi i turni con le proprie colleghe. Qualora abbiano loro delle necessità, io sono il primo che ricevendo una nota scritta, perché noi lavoriamo in qualità, di richiesta, riposo, richiesta, allora noi valutiamo o io valuto e le dò le giornate disponibili per poter gestirsi la propria vita. Poi, facendo una turnazione mattina o pomeriggio, hanno sempre mezza giornata libera per gestirsi la vita, che per una persona, e visto che abbiamo solo donne, che abbia una famiglia comunque è un valore aggiunto” [CS\_ER\_01]*

*“Poi, le dico che qui siamo aperti alle novità, cioè nel senso bene, tu fai quel turno lì e mi stai dicendo che è un po' un problema fare quella determinata cosa a quell'orario e noi siamo aperti a cambiare. Non è un'organizzazione rigida; cioè è una cosa che... Guardi senno non viviamo più, non finiamo più, onestamente siamo pronti a cambiare talmente spesso che basterebbe guardare le nostre consegne che cambiano in continuazione: una cosa che abbiamo fatto ad una certa ora la facciamo a quell'ora perché sembra che sia più efficace. Allora provate e diteci. Noi abbiamo un piano organizzativo che è costantemente aggiornato. Perché se ci si fissa sulla rigidità in queste strutture non si va avanti, devi essere per forza [fare i conti con quello che c'è], a seconda dei momenti a seconda dell'utenza che hai perché l'utenza non è sempre la stessa. Può essere uguale dal punto di vista numerico ma, ripeto, avendo a che fare con le persone e ciascuno ha il proprio vissuto” [CS\_ER\_02].*

*“Operatore felice, turno felice, servizio felice [...] È proprio una condizione essenziale, nel senso che il lavoratore sa che deve fare X ore, X turni. Se li fa in momenti funzionali anche alla propria vita personale è meglio. Per esempio, c'è l'operatore che dice 'Io al sabato e la domenica faccio tranquillamente, sempre pomeriggio, ma durante la settimana preferibilmente fammi fare il mattino perché al pomeriggio ho i figli da seguire'. Piuttosto che 'Non ho bisogno del riposo perché devo fare delle attività personali a casa', senza entrare mai nello specifico. Così si cerca di accontentare la richiesta che c'è. Per fare questo non sono da sola, ci sono poi i coordinatori dei reparti che mi danno una mano. Però questo è fondamentalmente la gestione della turnistica in questo senso. I turni poi vanno coperti, per cui si cerca di accontentare le varie richieste, i vari cambi turni che devono essere fatti il più possibile, quando è no è no per ragioni di copertura e continuità assistenziale” [CS\_LM\_01].*

Per fronteggiare la copertura delle assenze, in particolare per malattia, in alcuni casi è stata segnalata anche la presenza di gruppi di operatrici dedicate (i cosiddetti “Jolly”), che hanno accettato un ruolo più flessibile, spostandosi all'occorrenza nei vari nuclei, senza un'allocatione

predefinita. Questo modello organizzativo può rappresentare un ulteriore fattore utile per migliorare la gestione della turnistica e garantire maggiore continuità operativa [CS\_LM\_01].

*“Almeno nel mio reparto, perché poi solitamente se veniamo chiamati è sempre per lavorare nel proprio piano di appartenenza. Raramente andiamo da un'altra parte. Abbiamo un personale predisposto per coprire queste cose, per esempio le malattie [...] questo personale si è reso disponibile a coprire un ruolo più flessibile, diciamo, in tutta la struttura, perché magari preferiscono non lavorare in un piccolo reparto”* [CS\_LM\_01]

Complessivamente, la gestione flessibile della turnistica è una modalità che viene vista come sostenibile in quanto viene riconosciuto l'impegno delle residenze e delle lavoratrici nel venirsi incontro “reciprocamente”, cercando di combinare le necessità di tutti. Non a caso, il tema della “reciprocità” è stato più volte menzionato nel corso delle interviste: la dinamica di scambio alimenta, peraltro, la creazione di un clima di fiducia reciproca, che favorisce il senso di appartenenza e contribuisce, nel tempo, a una maggiore disponibilità e tenuta organizzativa.

*“il cambio turno fra colleghi è sempre concesso, non ci sono dei limiti che ti dicono al massimo fai tre cambi turno in un mese. È una cosa che ci gestiamo fra di noi. L'importante è che il turno sia sempre coperto, poi con l'altro nucleo ci aiutiamo a vicenda”* [CS\_VEN\_01]

*“Ci deve essere necessariamente una flessibilità da parte della residenza perché se chiede di saltare il riposo, di lavorare con un operatore in meno o con un jolly che comunque non è un operatore di reparto e quindi conosce magari meno tutta la condizione che deve essere portata avanti, nel momento in cui anche tu mi chiedi io devo ascoltarti perché io mi devo sempre ricordare ‘operatore felice, ospite felice’”* [CS\_LM\_01].

### 5.2.2 Rendere il lavoro delle OSS/ASA più focalizzato sulla cura

Un secondo fronte importante di intervento organizzativo/gestionale rimanda a diverse pratiche messe in campo volte ad “alleggerire” le operatrici della cura nello svolgimento di funzioni non strettamente assistenziali o di tipo indiretto (es. pulizia ambienti, gestione biancheria, rifacimento del letto, smaltimento rifiuti), che vengono invece affidate a personale ausiliario, aggiuntivo, appositamente reclutato, in modo da liberare tempo effettivo per l'assistenza diretta [CS\_VEN\_02; CS\_LM\_01].

Si tratta di una questione molto importante anche perché spesso, all'interno delle residenze, i confini fra ciò che deve essere fatto e non fatto, tenuto conto del proprio inquadramento professionale, sono molto “sfumati” e non sempre definiti in modo chiaro e preciso.

Se da un lato questo aspetto può essere funzionale in un'ottica di presa in carico unitaria del bisogno di cura della persona anziana, d'altro canto tutto ciò può determinare il venir meno del tempo necessario per eseguire pienamente quelle funzioni che ci si attende che le operatrici svolgano al fine di garantire pienamente la cura delle persone anziane ricoverate, non solo sotto un profilo strettamente funzionale, ma – come già detto in precedenza - relazionale.

A tal proposito, sono emerse due esperienze specifiche. In un caso [CS\_LM\_01], è stato introdotto un cambiamento organizzativo che ha previsto l'inserimento nella dotazione professionale alle dirette dipendenze della residenza (e, quindi, non attraverso appalto esterno) di operatrici specificamente finalizzate per le pulizie, in modo da affrontare anche le difficoltà di reclutamento di operatrici socio-sanitarie:

*“Il mercato del lavoro degli ASA e degli OSS è carente, è un lavoro difficile, pesante, poco retribuito e quindi il mercato del lavoro lo sta offrendo poco non solo per noi ma per tutte le strutture di cura nostra, quindi nel 2023 è stato introdotto un operatore generico per fare le pulizie pensando di manlevare l’ASA, cioè la sostanza è questa, avevamo carenza di personale assistenziale quindi non riuscendo a trovare tutti qualitativamente parlando sul mercato abbiamo pensato di togliere le attività generiche di pulizia dal piano di lavoro dell’ASA e abbiamo inserito l’operatore delle pulizie, così che l’ASA avesse più tempo cioè meno ASA ma lo stesso tempo da dedicare all’ospite e quindi alle attività prettamente assistenziali”* [CS\_LM\_01]

*“Quando sono arrivata qui e ho trovato tre ASA, di cui uno tutte le mattine staccato per fare le pulizie, proprio la pulizia ambientale, allora ti dico, secondo me è uno spreco, perché tu hai un ASA che comunque ha una formazione di base, hai un bisogno incredibile di ASA per assistere gli ospiti, non gli fai fare l’igiene delle stanze, perché anche lì abbiamo creato delle figure, valorizziamo le figure che abbiamo [...]le ASA, gli fai fare le ASA”* [CS\_LM\_01]

Nel secondo caso analizzato [CS\_VEN\_01], il cambiamento è stato introdotto a partire da un mutamento avvenuto a livello di regolazione regionale. In questo caso, è stata riconosciuta la possibilità di raggiungere lo standard previsto per il personale di area socio-sanitaria, calcolato in minuti medi settimanali per anziano, attraverso il coinvolgimento, per un certo numero di ore, di personale ausiliario (chiamato personale addetto alle “attività indirette”).

Il personale ausiliario svolge attività di carattere indiretto, ossia non erogate direttamente alla persona anziana, previste in modo puntuale dalla normativa regionale (DGR Veneto 1720 del 2022): pulizia dei locali di nucleo; allontanamento dei rifiuti e biancheria nell’arco della giornata; ritiro distribuzione biancheria; rifacimento letti e riordino delle camere; accompagnamento degli anziani in altri spazi della struttura; collaborare nella organizzazione della preparazione delle colazioni, delle merende, dei pranzi e delle cene; collaborare alla sorveglianza indiretta degli anziani; varie altre commissioni generiche; ogni altra funzione correlata alla ottimizzazione dei servizi di un nucleo che non prevede interventi diretti sull’anziano di stretta competenza del personale sanitario e socio sanitario.

Operativamente, tale cambiamento ha permesso di “liberare” un’OSS dalle attività di somministrazione della colazione, che sono state affidate al personale ausiliario; in questo modo le OSS riescono ad eseguire più bagni settimanali (per gli anziani più autonomi ogni 4 giorni, per gli altri ogni 7 giorni).

*“La novità introdotta dalla DGR che permette di contare un certo numero di ore per attività indirette, secondo me è una grandissima opportunità, infatti noi la stiamo utilizzando molto, ehm, nel senso che abbiamo rivisto alcuni piani. Beh, siamo partiti sperimentalmente qui dalla villa storica, che è il nucleo più complesso, è il più bello, però è costruito in altezza, quindi accompagnamenti, sale da pranzo, cioè boh, mentre questi sono più nuclei pensati in maniera ospedaliera. Eh, allora abbiamo rivisto il piano di lavoro, eh riaggiustandolo ed estrapolando tutte le mansioni alberghiere, quelle previste comunque dalla DGR. E abbiamo cercato di introdurre queste figure, abbiamo avuto una fortuna sfacciata, nel senso che poi abbiamo esportato il modello anche in tutti i tre nuclei qua e abbiamo sei persone, sei operatrici dei servizi, le chiamiamo, che sono una meglio dell’altra”* [CS\_VEN\_01]

Nella stessa realtà residenziale è stata, inoltre, avviata, una revisione dell'orario di lavoro al fine di integrare i minuti dedicati allo scambio di consegne tra il personale di due turni consecutivi: nel 2022 ha preso il via un processo che ha visto la collaborazione/contrattazione tra figure gestionali, lavoratrici e sindacati per l'integrazione all'interno dell'orario di lavoro di 15 minuti dedicati allo scambio di consegne tra le OSS di due turni consecutivi. Questo ha permesso di riconoscere l'importanza dell'attività di scambio consegne valorizzando il tempo di lavoro dedicato a ciò, che prima non era considerato ed era spesso svolto come lavoro non retribuito.

### 5.2.3 Sostenere le relazioni

Un *terzo fronte* importante di intervento organizzativo/gestionale rimanda all'insieme di pratiche ed interventi messi in campo al fine di sostenere il sistema di relazioni entro cui le operatrici sono inserite. Si tratta di un aspetto fondamentale al fine di contrastare le tensioni e le condizioni di stress psico-emotivo che possono derivare da direzioni molteplici: rapporto con gli anziani, con le colleghe, con altri professionisti, con i coordinamenti/direzioni.

A tal proposito, la dimensione relazionale è spesso citata come il motivo principale per cui le operatrici decidono di rimanere in struttura [CS\_VEN\_02]. Il gruppo di lavoro è "fondamentale". Le colleghe devono essere unite, supportarsi a vicenda e agire come una "spalla l'uno per l'altro". La dedizione e la "forza" del singolo aiutano a sostenersi reciprocamente.

*"trovare un gruppo di lavoro in cui ti trovi bene e che nei momenti un po' di stanchezza riesce un po' anche a motivarti e, ehm, essere quindi un po' una spalla l'uno per l'altro"*  
[CS\_VEN\_02]

*"Dedizione al lavoro perché è un lavoro che ti stanca, è un lavoro che ti prende, ti assorbe, quindi dedizione al lavoro. La base è quella, il fatto di venire al lavoro e farlo perché ti piace e così puoi creare gruppo coi tuoi colleghi. E forza, serve tanta forza, sia di fisico che d'animo, perché sennò la tua mancata forza ricade su qualcun altro e il gruppo ne risente"*  
[CS\_VEN\_01]

Disagi personali o interni, spesso legati alle relazioni tra colleghe, ma anche al rapporto con gli anziani e le famiglie (inclusa la gestione del lutto) vengono prevenuti e/o gestiti attraverso la supervisione, nonché mediante l'attività operativa svolta da figure di supporto, come i psicologi (spesso esterni, per garantire maggiore libertà di espressione alle operatrici), che garantiscono *audit* individuali e riservati, monitorando anche il "clima" aziendale e il benessere delle lavoratrici [CS\_VEN\_02; CS\_ER\_01]. Oppure, vengono messe in atto strategie micro-organizzative (attraverso inserimenti mirati nei gruppi), volte a facilitare e sostenere le dinamiche relazionali [CS\_LM\_01], nonché a favorire una maggiore coesione operativa [CS\_ER\_01]:

*"Fare la supervisione all'interno dei gruppi con l'educatore o lo psicologo è una forma per cercare di facilitare le dinamiche relazionali ed emozionali che si vengono a creare sia tra operatori che tra operatori e tra virgolette clienti, ospiti familiari, altri servizi esterni. Facilita un po' di più la serenità nelle relazioni, nel confronto e non è solamente sempre tutto bianco e nero, esiste veramente la via di mezzo. Sono piccoli suggerimenti che devono essere le pillole quotidiane"* [CS\_LM\_01]

*“Sicuramente una cosa nuova che è stata fatta è stato l'audit, nel senso che sono un po' di anni che è ritornato, lo avevamo tantissimi anni fa, però poi è sempre è stato lasciato lì e invece il fatto che mi sia stato dato lo spazio dedicato al dipendente nella quale sentirlo, ascoltarlo individualmente, credo che sia veramente un'attenzione particolare, dare a loro all'interno del posto di lavoro una persona con la quale loro possono in particolare affrontare il tema” [CS\_VEN\_02]*

*“allora, ogni reparto ehm per ogni reparto è prevista una supervisione con uno psicologo esterno, ok? Da quest'anno esterno, fin prima era sempre stato la psicologa interna della struttura, uno psicologo esterno per permettere magari di essere un po' più liberi di parlare, di essere se stessi, insomma. Ehm, è molto utile e molto bello perché ehm ognuno porta le problematiche sia del lavoro, sia le problematiche esterne, quindi anche per i colleghi soprattutto come gruppo è molto utile” [CS\_VEN\_01]*

[Nota: come si cerca di disinnescare le tensioni fra operatrici?] *“In primis si prova a cambiare turno, nel senso che si scoppia la coppia (Nota: sorride) ... si provano a cercare altre coppie vincenti” [CS\_ER\_01]*

*“Guarda, noi discutiamo più che altro di organizzazione del lavoro. È proprio la gestione delle persone e anche la nostra organizzazione interna che dovrebbe essere cambiata, oppure modificata, ma il problema è che non ci sono molte risorse per lavorare al meglio, hai capito? Io penso che questa struttura lavori molto bene, stiamo facendo inserimenti, come quella signora che era affiancata a me, proprio per cercare di migliorare. Ma quella è una persona che lavora bene, perché sa già lavorare. Purtroppo però le ragazze nuove, le persone che si formano adesso come OSS, non hanno certe attività [Nota: attitudini]... Per fare l'OSS te lo devi sentire, altrimenti... Perché non fai bene, a parte che non riesci a farlo, stai male, anche perché la quotidianità qua non è sempre così (come oggi)” [CS\_ER\_02]*

Un elemento fondamentale di sostegno alle relazioni deriva anche dalla forte valorizzazione dei rapporti professionali ed inter-professionali, nonché da una sorta di “de-verticalizzazione” del rapporto fra le operatrici da un lato e coordinamento/dirigenza dall'altro. Anche in questo caso vengono messe in atto diverse strategie operative. Le più diffuse prevedono l'organizzazione, regolare, di incontri collettivi [CS\_ER\_01; CS\_VEN\_02], la promozione del lavoro di gruppo e in equipe (a partire dalle riunioni sui PAI) [CS\_LM\_01], che promuovono fortemente la collaborazione e la sintonia tra pari.

*“C'è un lavoro collegiale e multiprofessionale reale, nel senso che in unità operativa interna partecipano tutti e soprattutto da una decina d'anni a questa parte abbiamo introdotto le riunioni di metà giornata, quindi ogni giorno tutto il personale della mattina e tutto il personale del pomeriggio ha 30 minuti per stare insieme, leggere i diari degli ospiti, aggiornarsi e magari diffondere le informazioni portate dai familiari, le richieste dei familiari” [CS\_VEN\_02].*

Al contempo, sul fronte dei rapporti con il coordinamento/dirigenza si tende a fare molto leva sull'avvicinamento tra i ruoli apicali/gestionali e le operatrici, con relazioni dirette e continue [CS\_LM\_01]. Spesso, infatti, le operatrici si sentono sole: il dialogo, l'ascolto attivo (la filosofia della "porta sempre aperta"), la richiesta propositiva per affrontare problematiche, anche di tipo emergenziale [CS\_ER\_02], che possono insorgere (con approcci del tipo: "cosa ne pensi, cosa

*proporresti*"), la stretta collaborazione tra parte gestionale e operativa, la condivisione, la presenza costante nei nuclei, riducono la percezione di isolamento operativo, aumentando fortemente il senso di valorizzazione e, in ultima istanza, la "fidelizzazione" alle residenze.

Il ruolo dei coordinatori e delle coordinatrici non è strettamente limitato ad una funzione burocratico/amministrativa di organizzazione dei turni, ma viene fortemente indirizzato verso l'ascolto, la gestione e la cura delle relazioni con i referenti dei servizi e le operatrici. L'obiettivo è far sentire i dipendenti parte di un processo decisionale.

*"Ecco, diciamo che non ci sono tanti filtri, quindi l'idea è ho bisogno di qualcosa. A volte succede che parlano direttamente con la direttrice"* [CS\_VEN\_01]

*"La condivisione, la partecipazione, anche mettendo in conto magari un rallentamento dei processi decisionali. Eh, però ascolto e partecipazione cerchiamo che siano sempre comunque alla base di tutte le cose. Porta aperta degli uffici, c'è bisogno di qualcuno ha bisogno di parlare, viene, insomma, su questo c'è sicuramente credo che ci distinguiamo da altre organizzazioni"* [CS\_VEN\_01]

*"sono stati strutturati presso di noi dei pazienti molto complessi [...] Quindi questo ovviamente ha creato una forma di stress non indifferente perché c'era una compresenza di più persone problematiche. Poi, proprio a livello specifico psicologico di chi soffre di disturbi cognitivi con agitazioni psicomotorie c'è il meccanismo di propagazione, quindi se si agita una persona se ne agitano 3-4-5 [...] È stata risolta [Nota: a seguito dell'attivazione di un gruppo di discussione fra operatori e coordinamento] con l'avvio di una progettualità, abbastanza interna, quindi senza particolari strutturazioni. Però abbiamo gestito in modo tale che una delle operatrici andasse con i pazienti più agitati in un ambiente molto più povero di stimoli irritativi e con una specifica attività mattutina"* [CS\_ER\_02]

#### 5.2.4 Valorizzare e sostenere le professionalità

Il limitato, e scarso, riconoscimento del valore del lavoro di cura è, di certo, come detto, un aspetto cruciale che incide negativamente sulla capacità di reclutamento e trattenimento delle lavoratrici nel settore residenziale.

A questo proposito, l'analisi trasversale dei casi studio racconta di come questo aspetto venga affrontato attraverso una pluralità di azioni che puntano innanzitutto a *valorizzare* l'importanza del lavoro di cura svolto. In aggiunta a ciò, viene posta particolare attenzione nel *sostenere* la professionalità attraverso azioni formative, mirate e continue nel tempo.

Per quanto riguarda il riconoscimento, è possibile riprendere le iniziative messe in campo per valorizzare le competenze e le professionalità delle operatrici. Un caso interessante riguarda la Lombardia, perché affronta un problema presente in diverse strutture di quella regione, a quanto risulta. In Lombardia, infatti, come abbiamo già ricordato, accanto al personale OSS viene impiegato ancora personale ASA (Ausiliario Socio Assistenziale), che, in termini generali, ha un profilo dotato di competenze assistenziali di cura alla persona come l'OSS ma, a differenza di quest'ultimo, è privo delle competenze tecnico-assistenziali di maggiore complessità e in particolare di quelle di supporto all'attività sanitaria; per questo l'ASA, come altre figure simili con diverse denominazioni nelle diverse regioni (AADB, ADEST...), ha una formazione iniziale più breve dell'OSS. A differenza delle altre regioni oggetto di indagine, la normativa lombarda consente ancora l'utilizzo di operatori di

assistenza come gli ASA in combinazione o anche in sostituzione degli OSS nelle residenze. Per un datore di lavoro, questa soluzione ha il vantaggio che gli ASA sono inquadrati ad un livello contrattuale inferiore agli OSS, con un risparmio di tipo economico. Succede così non solo che continuino ad essere utilizzati gli ASA, ma anche che siano impiegati come ASA operatori che avrebbero, oltre alla qualifica di ASA, quella di OSS. Ne derivano prima di tutto una commistione e limitata distinzione dei compiti e delle responsabilità delle due figure, sia di fatto sia nella percezione delle lavoratrici [CS\_LM\_01]; in secondo luogo, una limitata valorizzazione delle OSS, in cui la componente più tecnica e complessa dell'attività di cura risulta mortificata.

Uno dei casi studio lombardi ha attivato una sperimentazione che cerca di risolvere questa criticità sia per valorizzare la figura delle OSS sia per far fronte alla carenza di infermieri. In questo caso, il turno del mattino vedeva l'utilizzo di unità di personale prive di OSS, ma composte da ASA (spesso con la qualifica di OSS) e da infermieri, con le attività più complesse e tutte quelle di carattere sanitario affidate a questi ultimi. Nel 2023-24, è stata condotta una sperimentazione che si è basata su un rafforzamento del ruolo delle OSS attraverso una collaborazione più strutturata con il personale infermieristico per attività a maggiore contenuto tecnico-assistenziale [CS\_LM\_01].

L'innovazione introdotta a livello organizzativo ha previsto un inserimento programmato e regolamentato delle OSS nel turno del mattino, in affiancamento all'infermiere; le OSS erano rappresentate di solito da personale già inserito nelle unità lavorative ma impiegate fino a quel momento come ASA, pur essendo in possesso della qualifica di OSS. Allo stesso tempo, è stata introdotta una figura specifica di addetto alle pulizie (l'OPE, Operatore delle Pulizie), in modo da sgravare gli ASA da queste funzioni. L'OSS viene così utilizzato a supporto diretto dell'infermiere e l'ASA può concentrarsi su compiti più nettamente assistenziali rispetto a prima. In questo modo si è pervenuti ad una definizione più precisa delle mansioni, delle responsabilità e delle relazioni funzionali tra le diverse figure, che ha consentito un impiego più appropriato delle OSS e anche degli ASA, con una maggiore chiarezza di ruolo tra i diversi operatori. La scelta risponde alla necessità di alleggerire il carico clinico nelle ore più critiche della giornata, garantendo continuità assistenziale ed utilizzando competenze certificate che fino ad allora rimanevano inespresse.

In tal modo si è cercato di rispondere, in modo pragmatico, a diverse criticità organizzative, ossia: la carenza di personale infermieristico, in un mercato del lavoro segnato dalla contiguità con quello svizzero, fortemente concorrenziale; l'elevata complessità clinica degli anziani, quasi totalmente non autosufficienti e con bisogni fortemente medicalizzati, cui era sempre più difficile fornire risposta con l'assetto organizzativo precedente; un utilizzo solo parziale del capitale professionale disponibile. In tal senso, le OSS sono state impiegate non come semplice supporto assistenziale, ma come figure stabilmente integrate nel lavoro infermieristico quotidiano, operando sempre in affiancamento e assumendo un ruolo di raccordo tra assistenza di base e dimensione sanitaria. Questa collocazione ha consentito una maggiore continuità nelle cure, con un impatto positivo sulla qualità del servizio, nonché al tempo stesso un rafforzamento della motivazione del personale, migliorando la distribuzione delle responsabilità. Nel complesso, le operatrici coinvolte hanno espresso un giudizio positivo sull'esperienza, evidenziando il valore professionale dell'affiancamento sanitario e la possibilità di applicare competenze specifiche di tipo sanitario, che sono proprie del profilo OSS ma spesso sono percepite come non utilizzate e dimenticate nell'attività quotidiana, come emerge da alcune testimonianze raccolte nel corso delle interviste:

*“La mia esperienza è stata piacevole come OSS. Fare la parte sanitaria e il supporto agli infermieri è stato bello, perché comunque uno si deve adattare al ritmo degli infermieri; capisci di più il bisogno degli infermieri, con un’ottica diversa, un lavoro da un’altra prospettiva. Approfondisci di più gli aspetti in ambito sanitario. Come OSS posso fare l’OSS, ma si fa più come ASA. Come OSS, oltre ad assistere, si è sempre insieme all’infermiere per fare il sanitario. Facevo tutto sempre con l’infermiere: medicazioni, terapie, parametri vitali, perché sei sempre presente. Mi piaceva la medicalizzazione con l’infermiere, la medicazione con l’infermiere. Mi è capitato di rianimare un ospite. Ci sono competenze che puoi mettere in pratica come OSS, competenze che uno si dimentica se non le mette in pratica”* [CS\_LM\_01]

*“Non è stato facile perché comunque un po' la carenza, un po' ti dico la resistenza, non è stato facile però devo dire che nonostante questo io in un anno sono riuscita a lavorare con gli OSS in turno ed è stato bello, è stato bello perché comunque le ASA che avevano il titolo, che avevano aderito a questa cosa si sono sentite valorizzate, hanno visto che si credeva un po' anche in quello che avevano studiato perché sennò ogni volta sono una figura di mezzo, a volte anche un po' bersagliata”* [CS\_LM\_01]

La sperimentazione non è tuttavia riuscita a consolidarsi nel tempo. Nel 2025, l'utilizzo dell'OSS come supporto strutturato all'infermiere non è stato confermato. Questo esito, favorito anche da circostanze contingenti (cambiamenti nella direzione della struttura), è stato motivato dalla gravosità dell'impegno richiesto per sostenere il nuovo modello organizzativo. Per quanto ci sia stata una valutazione positiva condivisa dell'esperienza, questa non risulta di fatto più attiva: l'OPE rimane in organico, mentre i turni tornano a prevedere la presenza delle sole ASA, con un eventuale supporto aggiuntivo nei momenti di maggiore carico. Le ragioni di questa scelta richiederebbero un'indagine più approfondita di quella che è stato possibile realizzare nel corso della ricerca. Possiamo però ipotizzare che, a considerazioni di carattere economico legate all'impiego di OSS invece che di ASA, si siano affiancati altri elementi, egualmente o forse anche più importanti, come la diffidenza o anche resistenza del personale infermieristico a delegare attività di carattere sanitario alle OSS, e una generale difficoltà a sostenere la ripartizione dei compiti e delle responsabilità tra i diversi ruoli professionali nel nuovo modello, in un contesto normativo solo limitatamente coerente con tale divisione. Questo ci porta al tema del supporto che deve essere fornito alle sperimentazioni organizzative, di carattere “micro”, dalle condizioni di livello “macro”, su cui torneremo nelle conclusioni.

Un secondo esempio, rilevante, rimanda inoltre alla possibilità che può essere riconosciuta alle operatrici (venendo anche incontro ad esigenze personali, specifiche) di cambiare il nucleo di riferimento, all'interno della struttura; nonché direttamente anche residenza, nel caso in cui siano presenti più strutture residenziali [CS\_VEN\_01]. Oppure, di provare la “carriera” di referente (per chi ne fa domanda) o di passare dal nucleo residenziale ai servizi domiciliari (e viceversa), che tendono ad essere sempre più implementati anche dalle residenze.

*“Chi fa servizio a domicilio, se in un periodo c'è calo del servizio, può venire a coprire una risorsa in struttura. Oppure facciamo spostamenti tra sedi o reparti in caso di necessità. Per quanto riguarda l'orario di lavoro, andiamo incontro sul part-time e anche sulla sede, cioè non obblighiamo ad andare in sede staccata se abitano distante. Il part time viene dato praticamente a tutti quelli che lo richiedono, facciamo molto lavoro su questo. Andiamo incontro anche a richieste degli operatori che vogliono cambiare nucleo in caso di esigenze personali”* [CS\_VEN\_01]

Oltre al tentativo di valorizzare quanto più il capitale professionale delle operatrici della cura, una leva complementare, e cruciale, messa in campo riguarda, come detto, la particolare attenzione posta nel *sostenere*, in modo mirato, la professionalità del lavoro di cura attraverso la formazione e l'apprendimento permanente. Il lavoro è ritenuto stimolante perché non è ripetitivo: le operazioni sono sempre le stesse, ma cambiano a seconda della persona che si ha davanti [CS\_VEN\_02]. Da ciò ne discende la necessità di imparare continuamente cose nuove: l'accrescimento professionale contribuisce alla soddisfazione.

*“L'anziano di oggi non è l'anziano di 15 anni fa, quando ha iniziato. Arrivano casi sempre più complessi e situazioni sempre anche familiari sempre più complesse, quindi tenersi aggiornati è meraviglioso”* [CS\_VEN\_02]

La formazione, inoltre, assume un ruolo strategico, nella gestione delle dimensioni fisiche, emotive e relazionali del lavoro di cura, per prevenire infortuni e assenze per malattia e limitare il ricorso a situazioni di carenza di personale [CS\_LM\_01]. In particolare, essa rappresenta uno strumento fondamentale per accompagnare le operatrici nell'affrontare esperienze complesse, come la terminalità e il lutto, prevenendo sia il rischio di assuefazione e distacco emotivo sia quello di un'eccessiva immersione nella sofferenza. Come detto, ciò contribuisce al contempo anche alla crescita personale e professionale, nonché alla costruzione di uno spirito comunitario condiviso.

*“Sicuramente c'è proprio la fatica, la fatica fisica, la fatica psicologica e la fatica emotiva. Certo. Nell'emotivo e nello psicologico metto anche l'accompagnamento alla terminalità e questa è una situazione che può portarci a un rischio che è quello della assuefazione e quindi poi al rischio della freddezza o indifferenza, o al contrario ci può portare all'eccessiva immersione nella dinamica pre-luttuale o luttuale così. Anche su questo però il sistema per noi è formazione, formazione, formazione”* [CS\_LM\_01]

Le iniziative formative, svolte prevalentemente in orario di lavoro (in alcuni dei casi analizzati è stato esplicitato che le ore dedicate alla formazione, fuori turno, sono riconosciute e accantonate in banca ore) [CS\_VEN\_01], non vengono intese come *mero adempimento normativo*, ma come vero e proprio investimento sul capitale professionale.

In tal senso, la formazione sul lavoro non è solo quella strettamente obbligatoria, prevista dalla normativa e dai contratti, e, come spesso accade nelle organizzazioni, non ha solo la funzione di aggiornare le competenze utili allo svolgimento del lavoro. La formazione, infatti, assolve anche la funzione di trasmettere la deontologia professionale e la cultura organizzativa; ciò avviene attraverso iniziative specifiche, esplicitamente finalizzate ad alimentare (come nel caso dei neoassunti), l'etica e il senso del lavoro, nel quadro della cornice valoriale di riferimento della struttura in cui si opera.

*“Nel periodo Covid abbiamo avuto un cambio di personale enorme. E uno zoccolo, diciamo, di dipendenti storici che hanno scelto di non fare i concorsi e di non andarsene e di stare qui sono stati inseriti in un progetto che era quello di diffondere la carta dei valori a tutti i nuovi e quindi di fare loro da formazione ai nuovi arrivati. Ehm c'è stato un momento in cui erano rimasti pochi, diciamo, e quindi c'era veramente difficoltà di trovare il modo, io li chiamo i nuovi e i vecchi, di comunicare tra di loro. Devo dire che i vecchi comunque soffrivano anche la stanchezza dei turni della che affrontavano, questo sicuramente, ma anche la stanchezza di far vedere quanto bene si poteva lavorare in un certo modo”* [CS\_VEN\_01]

A tali iniziative se ne aggiungono altre, messe in campo per rispondere a bisogni specifici del personale, attraverso un'elaborazione progettuale che può combinare sia la proposta "dall'alto", elaborata dalle figure apicali e di coordinamento, sia quella dal "basso", basata, invece, sulla raccolta di proposte e pareri (anche tramite questionari e rilevazioni) avanzati dalle operatrici, su temi formativi di interesse:

*"I corsi di formazione per i neoassunti non si limitano a spiegare le procedure, ma illustrano "chi siamo, cosa facciamo, come lavoriamo", focalizzandosi sui valori che danno origine alle procedure stesse" [CS\_VEN\_01]*

*"Poi c'è il progetto "Sono la donna della mia vita" all'interno di quel progetto confluiscono diverse microprogettualità e siamo partiti con gli incontri con la ginecologa, no, prima ancora c'era quello sull'alimentazione e poi ci sono stati quelli con la ginecologa, c'è stato un convegno, insomma, bello bello pieno. Poi cos'altro? Adesso stiamo strutturando appunto qualcosa sempre per quest'anno. In realtà annualmente mandiamo fuori un questionario per capire quali sono le esigenze formative, ma non soltanto inerenti al contesto lavorativo" [CS\_VEN\_01]*

In diversi casi, è stato inoltre rilevata una forte attenzione a sostenere la formazione continua, promuovendo percorsi per ottenere qualifiche maggiori (es. OSS specializzato, con formazione complementare, ora assorbito dalla nuova figura dell'assistente infermiere) [CS\_VEN\_02], in un'ottica di prospettive di crescita ed avanzamento professionale.

*"ho fatto un corso di formazione complementare, quella che una volta era chiamato l'operatore specializzato. E quindi io sono operatore con formazione complementare da 2 anni. Questa struttura è l'unica che conosco che valorizza l'operatore specializzato" [CS\_VEN\_02]*

*"l'azienda ha investito facendo fare il corso per operatore specializzato in competenze sanitarie, quindi investirli di queste nuove competenze. Queste cose per chi ha voglia di investire sono uno stimolo importante" [CS\_VEN\_02]*

*"Sicuramente il tema della scarsità del personale, della qualificazione del personale, è un tema che ci interroga profondamente. Abbiamo quindi la consapevolezza che è necessario prendersi cura di chi si cura: è un po' diventato il nostro modo di operare. Ora stiamo acquisendo tutto il personale sociosanitario, però anche solo all'interno della nostra piccola realtà, che comprendeva la parte amministrativa e la parte di gestione dei servizi, noi abbiamo dato la possibilità a tutti quelli che ce l'hanno chiesto di poter avere facilitazioni rispetto a percorsi formativi di aggiornamento, ma anche di progressione di studi e quindi di carriera. Banalmente, dentro questa struttura è già la seconda persona che prende il master: una è lei, che ha frequentato il master di management dell'RSA alla LIUC. Quindi permessi studio garantiti a tutti, formazione continua" [CS\_LM\_02]*

### 5.3 Sostenere il valore del lavoro di cura “a tutto tondo”

Se, dunque, l’analisi trasversale dei casi studio ha permesso di mettere in evidenza pratiche ed interventi messi in campo a livello organizzativo/gestionale, per sostenere la qualità della vita lavorativa delle operatrici della cura, un aspetto ulteriore emerso, che conclude questo quadro di ricostruzione e mappatura, rimanda a tutta una serie di interventi, sia *diretti* che *indiretti*, promossi dalle residenze e che hanno l’obiettivo di sostenere il valore del lavoro di cura e, conseguentemente, il benessere e la fidelizzazione delle operatrici.

A tal proposito, un primo punto centrale riguarda il tentativo di valorizzare il lavoro di cura intervenendo, quanto più possibile, su uno degli aspetti più critici, ossia il riconoscimento economico. La richiesta di una maggiore equità retributiva rispetto ad altri settori di impiego, a fronte di salari che sono considerati generalmente bassi e poco proporzionati alla gravosità del lavoro assistenziale (a prescindere dallo status pubblico o privato del rapporto di impiego), è vista come condizione, di certo necessaria e funzionale, per un pieno riconoscimento professionale.

In questo senso, vengono innanzitutto messi in campo, nei limiti dei vincoli contrattuali nazionali, interventi *diretti* di incremento del salario. Per esempio, maggiorazioni [CS\_VEN\_02] anche attraverso inquadramenti di livello superiore [CS\_ER\_01], indennità aggiuntive di turno [CS\_ER\_02], quattordicesime [CS\_LM\_01], premi di produzione [CS\_ER\_02; CS\_LM\_01], il tutto con l’obiettivo di mitigare condizioni materiali decisamente critiche, derivanti da contratti nazionali, fermi da anni o rinnovati con aumenti anche rilevanti (come nel caso del rinnovo del contratto delle cooperative sociali per il 2023-25), ma comunque percepiti come non ancora soddisfacenti in un contesto di costo della vita sempre più crescente.

*“il nostro contratto non viene rinnovato da 14 anni più o meno. [...] L’azienda per aiutarci ci ha dato un super minimo e dopo, l’anno scorso, ci ha anche innalzato lo stipendio”*  
[CS\_VEN\_02]

*“noi OSS siamo quarto livello, ma qua ci hanno messo al quinto livello e pagano più il quinto”*  
[CS\_ER\_01]

*“Altre cause di stress, lo stipendio basso per le tante ore di lavoro ma non ci possiamo fare nulla, nel senso che questo è il contratto. Per quello per me sono importanti i bonus [...] non potendo aumentare la parte economica”* [CS\_LM\_01]

*“Io della mia struttura non mi posso proprio lamentare, perché oltre allo stipendio fisso, che comunque c’è sempre stato erogato, poi abbiamo il premio ogni anno, tredicesima, quattordicesima, quindi fondamentalmente poi abbiamo tutti gli ausili da usare, quindi io mi trovo bene. Infatti, per il momento, non ho nemmeno intenzione di fare il concorso in ospedale, perché sto bene”* [CS\_LM\_01]

*“Abbiamo fatto in modo che gli importi lordi del contratto sia equiparabile a quello della sanità privata. Abbiamo usato dei sistemi, ecco, per fare questa cosa: abbiamo un premio produttività. [...] Da tanti anni dei compensi ulteriori per chi viene a coprire turni in caso di difficoltà. [...]”* [CS\_VEN\_02]

A questi interventi si aggiungono una serie di azioni ulteriori, sempre più rilevanti e diffuse, che agiscono in modo più *indiretto*, a partire innanzitutto dall'introduzione e consolidamento di sistemi di welfare aziendale.

Tali sistemi offrono, in modo variabile, pacchetti articolati di servizi e prestazioni, sia attraverso reti *esterne* (convenzioni per tariffe e scontistiche agevolate, piattaforme di welfare aziendale utilizzate per ottenere rimborsi per spese scolastiche, viaggi e buoni spesa) [CS\_LM\_02]; sia facendo leva su risorse che le residenze hanno già al loro interno e che mettono a disposizione delle operatrici. Queste rimandano alla possibilità, per esempio, di utilizzare servizi, gratuitamente o con tariffe agevolate, per la cura individuale, come palestre, fisioterapisti, parrucchieri, percorsi formativi e informativi [CS\_LM\_01; CS\_ER\_01], nonché di supporto più ampio alla conciliazione vita-lavoro (attraverso nidi aziendali per la cura dei figli, l'organizzazione di centri estivi).

*“Quindi l'attenzione è massima. Abbiamo la fortuna di avere poliambulatori di medicina specialistica in cui i dipendenti hanno sconti e agevolazioni e, cos'altro, formazione continua, permessi. Abbiamo anche introdotto questi percorsi, questi accordi per il welfare, cioè di poter garantire non solo aumenti stipendiali ma anche...Sì, sì, un piccolo pacchetto di servizi collegato a una piattaforma che ce li fornisce, che possono essere di diversi tipi: dal rimborso delle spese per i figli, i libri, anche i viaggi e buoni spesa. Quindi abbiamo sempre lavorato perché si potesse avere una... e anche nei poliambulatori, ma anche qua, se si è dipendente e si ha la necessità di ricoverare il proprio familiare, si ha diritto a una scontistica”* [CS\_LM\_02]

*“Il welfare sì c'è, il nostro welfare è questo, diamo la possibilità di avere un personal trainer per un aiuto psicofisico, quindi in palestra, assieme fanno delle cose visto che abbiamo una palestra fisioterapica e la piscina idroterapica, possono ricrearsi qualche momento per avvalersi della competenza del personal trainer. Adesso, ultimamente, mi sono inventato visto che abbiamo un parrucchiere professionista che viene nella nostra struttura e abbiamo una sala da parrucchiere professionale acquistata da lui, quindi con tre tagli, due asciugature e un lavaggio, diamo la possibilità di accedere con una volta al mese ad un trattamento che per quanto poco o tanto possa essere, è qualcosa che comunque può fare tranquillamente, senza dover prendere appuntamenti dal parrucchiere e spostarsi tanto, già qua arriva e sa già che è un professionista, non è un improvvisato”* [CS\_ER\_01]

*“Eh, poi vabbè, c'è l'asilo, poi ci sono le tariffe agevolate in alcune prestazioni della casa di cura ai dipendenti e ai familiari. [...] Poi abbiamo a fine anno questi buoni, spesa carburante. Insomma, una cifra che va dai 250 ai 350 di bonus, poi recentissimamente abbiamo introdotto un fringe benefit, per le persone che vengono da più lontano”* [CS\_VEN\_02]

Si tratta di sistemi, questi di welfare aziendale, la cui funzione è ritenuta centrale. Essi, infatti, non vengono concepiti solo come strumenti per riconoscere, meramente, benefit simbolici, ma in un'ottica più ampia, strategica, di sostegno del benessere materiale delle operatrici e di qualità della vita lavorativa, ponendo particolare attenzione, in modo complementare con la gestione flessibile dei turni, l'eventuale riconoscimento del part-time, di cui si è già detto in precedenza, anche alla questione cruciale della conciliazione cura-lavoro. L'obiettivo è quello di accrescere il benessere, creando un contesto di fidelizzazione e, dunque, di forte coinvolgimento all'interno delle organizzazioni.

*“Sì, noi qua in azienda abbiamo abbastanza un occhio su questo tema perché l'abbiamo affrontato con diverse strade, quindi abbiamo, per garantire una migliore qualità di vita, abbiamo sia delle forme di welfare che anche delle forme diverse di conciliazione tra vita e lavoro. La maggior parte dei dipendenti sono donne, quindi sono stati dati, diciamo, delle agevolazioni per quanto riguarda orari lavorativi o richieste particolari per la conciliazione vita lavoro, delle forme di welfare sia interne, attraverso le piattaforme classiche di welfare, o partecipando anche a dei bandi europei dove abbiamo un po' ampliato e inserito anche altre forme di welfare” [CS\_LM\_02]*

## 6. Considerazioni conclusive e prospettive

La crisi del lavoro di cura nelle residenze e le difficoltà di trattenimento e reclutamento di operatrici della cura si collocano all'interno di *tensioni molteplici* che investono il settore.

In questo quadro, i casi studio analizzati hanno permesso di ricostruire una serie di *pratiche promettenti*, introdotte per affrontare la crisi del lavoro di cura, in un'ottica di promozione della qualità della vita lavorativa.

La messa in atto di tali pratiche è, di certo, un esempio concreto di come si può affrontare la crisi del lavoro di cura, attraverso interventi specifici, sotto un profilo gestionale/organizzativo, trasferibili, potenzialmente, anche ad altri contesti residenziali che si trovano a fronteggiare i medesimi fattori di crisi e di difficoltà.

Ciò detto, per un dibattito consapevole ed informato, occorre anche chiarire quelli che possono essere i principali limiti e i nodi critici emersi nell'analisi.

Anzitutto, ciascuna realtà residenziale rappresenta un "micro-cosmo" molto specifico, influenzato da tradizioni organizzative e gestionali, condizioni contestuali, che possono favorire l'adozione, o meno, di determinate pratiche di intervento. Riprendendo un concetto che afferisce alla tradizione di studi della sociologia economica si potrebbe, dunque, affermare che le *pratiche promettenti* sono fortemente *embedded*, ossia incorporate al contesto. In tal senso, la potenziale trasferibilità e scalabilità delle *pratiche promettenti* ad altri contesti va intesa con estrema cautela, considerando attentamente le condizioni contestuali di riferimento e i fattori che possono incidere nella messa in atto, o meno, di tali pratiche.

A tal proposito, va notato come se da un lato qualsiasi tentativo di intervenire, dal "basso", sull'organizzazione interna delle residenze, attraverso la leva gestionale/organizzativa, può rappresentare, di certo, non solo un esempio tangibile di sperimentazione e innovazione in un contesto di crisi, ma anche una condizione necessaria per fronteggiare la crisi del lavoro di cura, d'alto canto gli effetti positivi derivanti dall'attivazione di questa leva possono essere compromessi se, in parallelo, non vengono messi in atto *interventi multipli*, in grado di affrontare i diversi nodi strutturali che contribuiscono alla crisi profonda del settore. Questi nodi strutturali vanno ad incidere prima di tutto su quelle che abbiamo, qui definito, le *pre-condizioni* necessarie a garantire che il lavoro di cura si possa svolgere in modo adeguato; poi influiscono indirettamente, attraverso tali pre-condizioni, ma anche direttamente sulle condizioni stesse atte a garantire il lavoro di cura e infine sulla sua valorizzazione.

Si tratta, anzitutto, della questione contrattuale e della frammentazione ipertrofica della regolazione del lavoro. Questa da un lato introduce disparità salariali e di trattamento non giustificate tra le lavoratrici. Dall'altro lato, non sembra portare ad un miglioramento soddisfacente delle condizioni di lavoro, nonostante le condizioni di crescente carenza dell'offerta di lavoro. In un contesto di competizione tra i gestori e di scarse risorse pubbliche rischia, invece, di produrre effetti opposti, come accaduto in passato. Sempre nell'ambito del lavoro, la revisione dei profili professionali pare necessaria per sostenere pratiche di valorizzazione delle OSS e delle altre operatrici della cura. A tal riguardo, nel 2024-25 la revisione del profilo dell'OSS, con un riconoscimento maggiore della complessità dei compiti tecnico assistenziali e l'istituzione della nuova figura dell'assistente infermiere mostrano quanto meno una consapevolezza della necessità di intervenire su questa dimensione. Si vedrà nel tempo se tali interventi, concepiti prima di tutto per le esigenze delle strutture sanitarie, sono in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni esistenti nelle residenze socio-sanitarie, senza produrre nuove frammentazioni.

In secondo luogo, emerge anche dai casi studio il problema della sotto-dotazione degli standard professionali, definiti dalle normative regionali sull'accreditamento. In questo caso, le dinamiche

competitive rischiano di portare i gestori alla riduzione degli standard adottati, rispettando i vincoli normativi, ma a detrimento della qualità del lavoro e del servizio assicurato. Infine, si arriva alla questione dei sistemi di finanziamento, o meglio, del sottofinanziamento, più generale, del settore, in primo luogo a fronte del razionamento delle risorse sanitarie che determina una mancata garanzia dell'esigibilità delle prestazioni socio-sanitarie, incluse quelle di carattere residenziale, sebbene previste all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA). È evidente che quest'ultimo nodo critico ha un'influenza determinante, e al momento negativa, sui primi due.

Senza intervenire su queste dimensioni, lo sviluppo micro-organizzativo, a livello delle singole residenze, delle *pratiche promettenti* rischia di imbattersi con condizioni che riproducono, senza fine, i fattori strutturali alla "radice" della crisi del lavoro di cura nelle residenze. Le conseguenze sarebbero inevitabilmente non solo di condizionare fortemente la portata di tali pratiche nei contesti pur favorevoli in cui esse si sviluppano, limitandone l'impatto, ma anche di impedirne una diffusione più ampia, prima ancora che una potenziale generalizzazione.