

POLICY
BRIEF 02

DENTRO LA CURA

LA QUALITÀ DELLA VITA LAVORATIVA
DI OPERATRICI E OPERATORI DI CURA:
SFIDE, PRESSIONI E GRATIFICAZIONI



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



Università
Ca' Foscari
Venezia



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA

Autori

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

QWoRe è 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.

Contatti

Università Ca' Foscari Venezia
Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali (DFBC)
Malcantòn Marcorà, Dorsoduro 3484/D, 30123 Venezia

I Policy brief di QWoRe

Il progetto QWoRe studia la qualità del lavoro nelle residenze per le persone anziane in Italia. Integrando metodi qualitativi e quantitativi, la ricerca identifica come le politiche di cura e la regolazione dell'occupazione, l'organizzazione dei servizi, le caratteristiche peculiari del lavoro di cura e il profilo sociodemografico e occupazionale dei lavoratori danno forma alle condizioni di lavoro, alla qualità percepita, al benessere e alle strategie dei lavoratori di cura. I policy brief di QWoRe, rivolti a decisori, stakeholders ed esperti, sintetizzano i risultati della ricerca e indicano possibili sviluppi di policy. Per informazioni sul progetto e approfondimenti, si rinvia al sito di QWoRe. Per informazioni sul progetto e approfondimenti, si rinvia al sito di [QWoRe](#).

DENTRO LA CURA. LA QUALITÀ DELLA VITA LAVORATIVA DI OPERATRICI E OPERATORI DI CURA: SFIDE, PRESSIONI E GRATIFICAZIONI

Un lavoro cruciale ma poco riconosciuto

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un fenomeno strutturale nelle società contemporanee. In età avanzata aumentano i bisogni di cura, connessi alla presenza di (spesso molteplici) patologie croniche e alla difficoltà a svolgere in modo autonomo attività fondamentali della vita quotidiana (dal lavarsi, al vestirsi, al mangiare, ecc.). Non sempre tutto ciò rende possibile la permanenza a casa: il ricorso ai servizi residenziali rappresenta una risposta fondamentale per assicurare la cura e il benessere delle persone anziane e delle loro famiglie.

Operatrici e operatori addetti alla cura diretta in Italia rappresentano il 57% di chi lavora nei servizi residenziali di long-term care per anziani, trascorrono la maggior parte del tempo a contatto con i residenti e sono molto spesso i primi a rilevare cambiamenti clinici e psico-fisici. Nonostante questo ruolo cruciale, emerge una profonda crisi di riconoscimento: il lavoro viene per lo più percepito come un lavoro umile che non necessita di una formazione specifica, ignorando la complessità relazionale e tecnica della figura professionale.

Carenza di personale e qualità del lavoro

Il settore si contraddistingue per condizioni di lavoro critiche, quali bassi salari, lavoro precario, contratti atipici e sottoqualificazione. Calo delle iscrizioni ai percorsi formativi, difficoltà nel reclutamento, dimissioni volontarie, pensionamenti anticipati e "fuga" verso altri settori (specialmente quello sanitario) sono fenomeni che danno luogo ad una crisi strutturale del sistema caratterizzata da carenza di personale e da un alto turnover di lavoratrici e lavoratori. Parallelamente, il bisogno di cura dei residenti cambia, aumentando di complessità a causa delle condizioni di salute fisica e mentale progressivamente più compromesse delle persone che fanno accesso alle strutture.

In tale contesto, risulta cruciale interrogarsi sulla qualità del lavoro di operatrici e operatori, quale condizione

strategica per la sostenibilità dell'intero settore residenziale delle cure di lunga durata. Comprendere gli elementi che costituiscono la qualità della vita lavorativa, nonché i fattori che la influenzano, è fondamentale per favorire l'attrazione e la valorizzazione di lavoratrici e lavoratori di questo ambito.

Cosa non sappiamo e perché è un problema

Per affrontare la questione della qualità della vita lavorativa nell'ambito della cura delle persone anziane è molto importante riuscire a descriverla e comprenderla poiché rimane un ambito ancora poco esplorato. In Italia non ci sono sistemi di rilevazione istituzionale che consentano di avere un quadro preciso delle condizioni di lavoro, del benessere e della soddisfazione di lavoratrici e lavoratori.

In contesti per lo più anglofoni e nei paesi nordici, esiste una tradizione nella rilevazione della qualità del lavoro nel settore del long-term care. Da questi studi emerge che l'elevato carico fisico e psicologico, i rischi per la salute e la sicurezza di operatrici e operatori e l'esposizione ad esperienze esistenziali impegnative (contatto con il fine vita, con malattie complesse e demenza) hanno ricadute sulla salute psico-fisica del personale (stress, burnout, infortuni e dolori muscolo-scheletrici), favorendo la propensione a lasciare il lavoro. D'altro canto, tali ricerche sottolineano il ruolo centrale delle relazioni nel lavoro di cura: le interazioni positive con i residenti e i loro familiari, la buona gestione delle emozioni nei rapporti e la cooperazione tra colleghi e supervisori favoriscono un senso di appartenenza e contribuiscono alla qualità del lavoro.

L'indagine di QWoRe: interviste a 120 lavoratrici e lavoratori

Per comprendere in modo approfondito la qualità del lavoro nei servizi residenziali di long-term care in Italia è stata condotta un'indagine qualitativa, intervistando 120 OSS (Operatori socio-sanitari) o ASA (Ausiliari

socio-assistenziali impiegati in Lombardia assieme agli OSS) in tre regioni: Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Tali territori sono stati selezionati poiché comprendono quasi il 50% dei posti letto e del personale retribuito del settore e rappresentano tre modelli regolativi peculiari nel panorama delle politiche socio-sanitarie e del settore della cura residenziale. Infatti, come noto, in Italia la programmazione e la regolazione normativa dei servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti è competenza delle Regioni, che amministrano il sistema attraverso la disciplina dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattualizzazione con le singole strutture.

La ricerca condotta è di tipo qualitativo, pertanto il campione non è rappresentativo dell'intera popolazione di lavoratrici e lavoratori delle residenze, ma risulta sufficientemente ampio da consentire l'osservazione di una significativa variabilità di prospettive, esperienze, condizioni di lavoro ed esiti, che ha permesso di trovare elementi coerenti con altre ricerche effettuate in altri paesi.

L'autonomia: una condizione ambivalente

"L'autonomia me la prendo"

(OSS, Giovanna*, 39 anni)

L'autonomia è una dimensione centrale della qualità del lavoro e riguarda la possibilità per chi lavora di decidere come svolgere le proprie attività e di contribuire alla definizione delle modalità operative, in coerenza con le responsabilità attribuite. Le operatrici e gli operatori intervistati definiscono la loro autonomia in base alla combinazione di tre fattori:

- i bisogni dei residenti, che richiamano la responsabilità professionale della cura;
- i tempi di lavoro, spesso rigidi e serrati;
- la gerarchia interna, tipica di organizzazioni complesse e burocratizzate.

Dall'intreccio di questi elementi emerge un livello di autonomia generalmente basso, in cui la possibilità di rispondere adeguatamente ai bisogni assistenziali si scontra con vincoli organizzativi stringenti e con relazioni gerarchiche non sempre collaborative.

Quando i margini operativi si riducono, aumenta il rischio che la gestione delle criticità ricada sul piano individuale, ponendo lavoratrici e lavoratori di fronte alla scelta di non adempiere pienamente al proprio mandato di cura oppure di assumersi responsabilità non previste dal ruolo. Le evidenze raccolte mostrano tuttavia che contesti caratterizzati da buone relazioni di équipe e maggiore flessibilità organizzativa rafforzano l'autonomia professionale di OSS e ASA e migliorano la qualità complessiva del lavoro di cura.

Il problema del mancato riconoscimento

"Noi OSS siamo l'occhio e le orecchie"

(OSS, Elena, 23 anni)

Operatrici e operatori trascorrono la maggior parte del tempo a contatto diretto con i residenti e sono spesso i primi a rilevare cambiamenti clinici o psicologici. Nonostante questa importanza vitale, il tema dell'invisibilità e del mancato riconoscimento è centrale: quasi tutte le persone intervistate dicono di sentirsi invisibili, schiacciate da gerarchie consolidate all'interno e non riconosciute all'esterno dove il lavoro di OSS e ASA è associato all'umiltà dei compiti (*"Detto volgarmente, noi siamo i lavaculi"*, OSS, Cristina, 54 anni).

Questa condizione contrasta con la forte consapevolezza della centralità del ruolo. Da un lato affermano *"Se non ci fossimo noi le case di riposo potrebbero chiudere"* (OSS, Giacomo, 43 anni), ma dall'altro non si sentono riconosciuti perché dicono di non poter fare il proprio lavoro: hanno competenze tecniche legate alla cura della persona e alla relazione, ma tempi di lavoro molto contingenti e pressati li costringono a svolgere solo alcune attività.

Ne risulta un quadro in cui il lavoro di OSS e ASA nelle strutture residenziali è insieme indispensabile ma marginale: nonostante le differenze regionali, tale nodo critico emerge in maniera trasversale, rendendo ancora più visibile il carattere sistemico del sotto-riconoscimento del lavoro di cura in Italia.

I nodi contrattuale ed economico

"Il nostro [orario] base è 165 ore al mese, io il mese scorso ne ho fatte 280. Il problema è che le ore in più non sono retribuite, cioè finiscono in questa banca ore" (OSS, Maria, 30 anni)

I salari sono ritenuti bassi e non dignitosi per il grado di responsabilità del ruolo, il carico di lavoro e il costo della vita. In tutte le interviste si afferma che lo stipendio dovrebbe essere aumentato e che questo è uno degli elementi che porta il personale a cambiare lavoro, muovendosi verso altre strutture oppure altri settori, o, se nel privato, a spostarsi verso il pubblico.

I contratti del settore pubblico garantiscono condizioni di lavoro migliori, a partire da un salario maggiore, e una maggiore sicurezza, soprattutto per quanto riguarda le tutele in caso di malattia, in caso dell'insorgenza di condizioni fisiche inadatte a svolgere il lavoro, e del diritto al riposo. La mancanza di personale porta infatti a frequenti sostituzioni (doppi turni o rientri) che oltre a non essere, talvolta, debitamente riconosciute sul piano economico, né in termini di straordinario – la presenza di dispositivi come la "banca ore" riduce il co-

* Per questa e le successive citazioni dalle interviste sono stati utilizzati degli pseudonimi

sto delle ore aggiuntive – né in termini di reperibilità, riduce i tempi per il riposo tra i diversi turni.

In una situazione di carenza di personale, tali differenze finiscono per spingere operatrici e operatori a mettere in atto strategie individuali per il miglioramento delle proprie condizioni, compresa la “fuga” dal privato al pubblico, dal non profit al profit e verso settori diversi. Gli incentivi economici e il welfare aziendale, benché possano considerarsi fattori che facilitano la fidelizzazione, sono poco diffusi e poco significativi, riducendo ulteriormente l’attrattività del settore.

Ritmi insostenibili in “catena di montaggio”

“È una corsa continua, sempre contro l’orologio, non ti puoi fermare un attimo in più con l’ospite”

(OSS, Veronica, 33 anni)

I ritmi di lavoro vengono descritti come serrati e movimentati, principalmente a causa dell’inadeguatezza degli standard di personale stabiliti dalle normative regionali (dati dal rapporto operatore/residente o dai cosiddetti “minutaggi”), calcolati su profili di utenza ormai superati. Gli intervistati utilizzano spesso la metafora della “catena di montaggio” o della fabbrica per descrivere la natura seriale e pressante dei loro compiti, sottolineando come questo strida con il prendersi cura di persone che hanno bisogno di tempo e calma.

Questi elementi aumentano il senso di frustrazione, lo stress e il desiderio di lasciare, poiché generano un conflitto tra le motivazioni al lavoro di cura – sentirsi utili, aiutare chi ha bisogno – e la realtà di non poter esercitare una cura efficace.

I meccanismi di intensificazione e di standardizzazione del lavoro di cura sono ampiamente studiati nelle ricerche internazionali e vengono ricondotti all’adeguamento delle strutture alle politiche di austerità e di contenimento delle risorse pubbliche. In casi in cui a livello organizzativo si sceglie di operare al di sopra degli standard previsti dalle norme regionali, intervistate ed intervistati rilevano una migliore gestione della quantità e dei ritmi di lavoro.

La triplice sfida: mentale, fisica ed emotiva

“È un lavoro che ti spacca”

(OSS, Carla, 39 anni)

Dalle interviste emerge il tema della complessità e della quantità della domanda di lavoro, mentale, fisica ed emotiva. OSS e ASA descrivono la necessità di osservare, monitorare e riferire in modo sistematico le condizioni psico-fisiche dei residenti, fronteggiando emergenze e imprevisti legati a fragilità e patologie multiple. La fatica mentale deriva da sforzi cognitivi continui che richiedono osservazione acuta, problem-solving, ca-

pacità di adattamento e resistenza allo stress.

La fatica fisica è descritta come una costante del lavoro: mobilitare i residenti è l’attività fisicamente più logorante, ma anche mantenere a lungo determinate posizioni (stare in piedi, chinare la schiena) aumenta il carico sul corpo, spesso provato dall’anzianità del personale al lavoro. Gli ausili, primi fra tutti i sollevatori, riducono ma non annullano la fatica: la carenza di personale e i ritmi di lavoro impediscono spesso il loro corretto utilizzo, costringendo a manovre manuali rischiose per la salute.

La sfida emotiva è complessa: se da un lato la relazione con i residenti è la principale fonte di gratificazione, dall’altro il lavoro di cura mette a dura prova la gestione delle emozioni. Operatrici e operatori affrontano quotidianamente esperienze esistenziali critiche, come morte, malattia e demenza, e sono spesso oggetto di aggressività, in particolare da parte dei residenti con disturbi comportamentali. Anche il rapporto con i familiari è spesso descritto come ambivalente: è positivo quando c’è fiducia e alleanza, mentre è fonte di tensione quando i familiari manifestano sospetto, critica o controllo verso il personale. Le strategie di fronteggiamento sono prevalentemente individuali o basate sul supporto tra colleghi. Gli sportelli psicologici aziendali, dove presenti, sono spesso percepiti come inefficaci o “orecchie indiscrete” del datore di lavoro.

Il supporto di colleghi e supervisori

“Senza l’equipe non si va da nessuna parte”

(OSS, Monica, 29 anni)

Operatrici e operatori si trovano al centro di una fitta rete di relazioni professionali. Di fronte a un lavoro caratterizzato da ritmi e carichi elevati, nonché pieno di imprevisti, emerge il bisogno di non essere abbandonati, di lavorare in un contesto di giusta distribuzione dei compiti di lavoro e di potersi esprimere e contribuire con proprie proposte.

Il supporto tra colleghi rappresenta una risorsa fondamentale per la gestione della quotidianità, lo sfogo delle tensioni ed è riconosciuto come elemento protettivo rispetto alle conseguenze derivanti dal carico di lavoro. L’organizzazione del lavoro in team multiprofessionale (operatori, infermieri, supervisori, medici e altre figure riabilitative) viene descritta come il principale dispositivo per rafforzare la rete relazionale e la qualità del lavoro: il benessere dei residenti passa attraverso la collaborazione e lo scambio di competenze tra diverse figure.

Dalle interviste emerge che nelle strutture in cui sono presenti una buona organizzazione dell’assistenza, contraddistinta da chiarezza dei compiti, leadership partecipativa dei responsabili e regolari riunioni in

team, e delle strategie strutturate e condivise di supporto del carico di lavoro (per esempio, supervisione dei gruppi di lavoro, formazione continua) questi elementi influiscono positivamente sul clima supportivo tra colleghi e con altri professionisti.

Tuttavia, emerge anche che una tale strutturazione organizzativa non è così diffusa. Spesso da nucleo a nucleo le cose cambiano e questo viene attribuito alla personalità o allo stile del singolo coordinatore, che costituisce l'ago della bilancia tra un clima supportivo o ostile: si passa dal responsabile che non incontra regolarmente operatrici e operatori, non ascolta il loro parere o usa atteggiamenti aggressivi, al referente che invece è capace di contenere i conflitti e mantenere la struttura operativa anche in condizioni di carenza di personale.

L'impatto su salute e benessere

"Il nostro è un lavoro usurante"
(ASA, Mario, 50 anni)

"Arrivo a casa che sono in coma"
(OSS, Anna, 45 anni)

Come descritto, carenza di personale e inadeguatezza degli standard non producono solo un'accelerazione dei ritmi, ma anche un sovraccarico psico-fisico ed emotivo: correre per garantire una risposta minima ai bisogni assistenziali significa tenere insieme, nello stesso momento, più piani (sicurezza, priorità, tempi, comunicazioni), spesso a costo di ridurre pause e comprimere la dimensione relazionale della cura.

Un effetto centrale su salute e benessere è la difficoltà a "staccare" anche a casa: specialmente la fatica mentale ed emotiva proseguono oltre l'orario retribuito come rimuginio, preoccupazione anticipatoria e senso di responsabilità morale verso colleghi e residenti. Questa dinamica è alimentata dalla "leva morale" che spinge a coprire i vuoti per non lasciare scoperto il servizio: un meccanismo solidaristico ma ambivalente che rende poroso il confine tra lavoro e vita. Il rientro a casa richiede spesso decompressione e non coincide con un recupero pieno; in assenza di dispositivi collettivi di contenimento e rielaborazione, il carico psico-emotivo resta sui singoli OSS e ASA, aumentando il rischio di esaurimento emotivo e burnout.

Bisogna tuttavia sottolineare che la spinta a non assentarsi e a coprire i vuoti per non lasciare il servizio scoperto, pur rischiosa sul piano del benessere, segnala anche un forte orientamento alla qualità della cura e alla tutela dei residenti, un patrimonio professionale che andrebbe sostenuto con misure organizzative (tempi, pause, spazi di confronto) per evitare che la dedizione si trasformi in esposizione continuativa allo stress.

Il paradosso della soddisfazione

"Vedere una persona felice per quello che fai è quello che ti ripaga, più dello stipendio"

(OSS, Giacomo, 43 anni)

Dalle interviste emerge che a condizioni di lavoro oggettivamente critiche – turni, pressione, bassi salari, mancato riconoscimento – corrisponde una percezione soggettiva della soddisfazione lavorativa relativamente alta o accettabile. Questo paradosso si regge soprattutto su due elementi:

- la principale fonte di soddisfazione è rappresentata dal legame umano con l'anziano. Molti operatori provano gioia quando il residente li cerca, li abbraccia o sorride. Sapere di essere stati parte della ripresa di un anziano o di avergli offerto un accompagnamento dignitoso nel fine vita è descritto come gratificante;
- la consapevolezza di essere indispensabili per la struttura genera un senso di orgoglio professionale che resiste anche di fronte al sentirsi trattati come "numeri" o "pedine".

In sintesi, lavoratrici e lavoratori si dichiarano soddisfatti perché trovano nella dimensione etica e relazionale della cura una gratificazione capace di compensare le difficoltà materiali. Negli studi realizzati sul settore, questo paradosso è attribuito a diversi fattori. In primo luogo, le operatrici sono in prevalenza di sesso femminile, socializzate ad avere aspettative più basse rispetto al lavoro svolto. Inoltre, molte hanno un basso livello di istruzione e lavorano in un ambito, quello della cura, che nella nostra società è legato alla sfera informale e delle relazioni familiari, considerato quindi altro dal "vero lavoro" da cui aspettarsi retribuzione e riconoscimento. Le basse aspettative riducono la percezione del problema, alimentandolo, e rendono più difficile l'emersione delle criticità e delle rivendicazioni. Questa condizione generale è aggravata dalla frammentazione sia della contrattazione che delle forme di rappresentanza, che rende difficile per chi lavora far sentire la propria voce.

Implicazioni di policy

Se le interviste mostrano che c'è molto da fare a livello organizzativo (organizzare il lavoro per team, introdurre la supervisione, investire nella formazione e nei dispositivi di alleggerimento del carico psico-fisico ed emotivo), in realtà questa leva da sola non basta. Infatti, l'analisi porta ad evidenziare come sia imprescindibile muoversi su terreni di azione diversi, quello dei rapporti di impiego, quello delle professioni e quello legato alle politiche di long-term care, in maniera coordinata tra loro. L'azione separata su ciascuno dei diversi ambiti, come ad esempio l'aumento dei livelli retributivi senza

l'investimento nel finanziamento pubblico alle strutture, potrebbe produrre effetti controproducenti, come l'aumento delle rette a carico delle famiglie o la riduzione del personale. Lo scenario delineato in questo policy brief suggerisce che, per individuare ed implementare una strategia che renda "sostenibile" il lavoro di cura nelle residenze, occorrono interventi in diversi ambiti.

A. Personale delle strutture

- Visto il peggioramento delle condizioni dei residenti in ingresso, aumentare il rapporto tra residente e operatore e revisionare la logica del minutaggio e degli attuali meccanismi che lo regolano.
- Promuovere dispositivi che aumentano l'attrattività e la continuità lavorativa (ad esempio: possibilità di mobilità orizzontale, job rotation, cambiamento delle funzioni, mobilità verticale verso mansioni di coordinamento, valorizzazione delle specializzazioni di operatrici e operatori).

B. Area contrattuale

- Sostenere il riconoscimento economico (inclusi straordinari, indennità per sostituzioni), l'innalzamento dei livelli salariali e gli interventi di coordinamento contrattuale per ridurre la frammentazione e la competizione tra provider.
- Sviluppare forme di «sostegno indiretto» attraverso misure di welfare aziendale (convenzioni, borse di studio per i figli, nidi, alloggi) incentivando forme di aggregazione e coordinamento territoriale fra residenze al fine di ridurre, anche in questo caso, frammentazione e competizione fra provider, nonché in un'ottica di sostenibilità organizzativa e finanziaria.

C. Benessere e salute

- Promuovere i dispositivi organizzativi di coordinamento per il lavoro in equipe multiprofessionali e sostenere il ruolo delle figure di coordinamento.
- Investire sul miglioramento dei criteri di organizzazione dei turni di lavoro.
- Implementare sportelli di ascolto individuali e supervisioni d'equipe, non solo per gestire i casi critici, ma per prevenire il burnout di operatrici e operatori.
- Investire sull'ammmodernamento degli ausili di alleggerimento del carico fisico.
- Dato lo sforzo fisico e il lavoro notturno, estendere alla figura di OSS e ASA i benefici previsti per le altre professioni usuranti.

D. Consapevolezza del ruolo e riconoscimento sociale del lavoro di cura

- Promuovere campagne di sensibilizzazione per far comprendere alla società e ai familiari la realtà del lavoro di operatrici e operatori di cura (OSS e Ausiliari) all'interno delle strutture residenziali.

- Attivare tavoli di coordinamento tra stakeholders e attori istituzionali per affrontare i problemi emergenti ed elaborare strategie organiche.

Lo sviluppo di tali interventi va, infine, collocato in uno scenario più ampio di necessaria riforma del sistema di long-term care, superando i principali nodi critici a livello strutturale, a partire anzitutto della mancata definizione di standard omogenei nazionali, anche sotto il profilo degli standard professionali, nonché in termini di dotazioni finanziarie, inclusa la copertura del finanziamento a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per approfondire

Arlotti, M., Bernardi, L., Ciommi, M., & Rossotti, L. (2024). *Il lavoro nelle residenze per anziani*, La Rivista Delle Politiche Sociali, 3/2024

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. Gennaio 2025

Arlotti, M., & Rossotti, L. (2025). *Accreditamento delle Residenze per anziani in Emilia-Romagna*. Prospettive Sociali e Sanitarie, 3–4, 21–24

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. November 2024

Da Roit, B., Golfetto, G., Iannuzzi, F. E., & Pasian, P. (2025). *Fuga "nel" labirinto: traiettorie del personale sociosanitario e frammentazione istituzionale del sistema delle residenze per anziani*. Autonomie Locali e Servizi Sociali, 1/2025

Tutti i riferimenti sono consultabili e scaricabili dal sito QWoRe alla sezione risultati

<https://pric.unive.it/progetti/qwore/risultati>