



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale in
Lavoro, cittadinanza sociale e interculturalità

Tesi di laurea

**Le Rsa in tempo di pandemia.
Riflessioni a partire dalla ricerca sulle condizioni di
professionisti, familiari e residenti**

Relatrice

Dott.ssa Elisa Matutini

Laureanda

Nadia Fidone

Matricola 857913

Anno Accademico

2019/2020

Indice

Introduzione.....	3
1. Un quadro sintetico sui servizi assistenziali	5
1.1. Premessa.....	5
1.2. Un breve quadro storico sull'assistenza	6
1.3. La storia delle Rsa	12
1.4. Rappresentazioni sociali delle Rsa	16
1.5. Le diverse tipologie di servizi assistenziali	18
1.6. Le Rsa e le loro specifiche caratteristiche	22
1.6.1. Ubicazione, dimensione, organizzazione strutturale ed interna	22
1.6.2. Utenza della Rsa	23
1.6.3. Modalità di accesso	25
1.6.4. Integrazione sanitaria e sociale.....	25
1.6.5. Modalità assistenziali	25
1.6.6. Spesa compartecipata	26
1.6.7. Il personale delle Rsa.....	27
1.6.8. Costo di gestione e tariffe.....	28
1.6.9. I familiari dei residenti nelle Rsa.....	28
1.6.10. Informazione e partecipazione.....	29
1.6.11. Valore, qualità e rischi.....	30
1.7. Riflessioni conclusive del capitolo	35
2. Le conseguenze derivanti dall'emergenza Covid-19.....	37
2.1. L'impatto sul Sistema Sanitario Nazionale	37
2.2. L'assistenza domiciliare	47
2.3. La situazione emergenziale nelle Rsa.....	56
3. Domanda, contesto, metodo e processo, finalità della ricerca.....	71
3.1. Benessere emotivo e resilienza, quale consapevolezza delle proprie capacità di fronteggiamento	71
3.2. Disegno e domande di ricerca	76
3.3. Gli strumenti di ricerca	79
3.3.1. Le interviste	79
3.3.2. I questionari	81
3.3.3. I gruppi di sostegno	82
3.4. Caratteristiche principali del contesto oggetto d'indagine	84
3.5. Interviste agli operatori.....	92
3.5.1. Perché rivolgersi agli operatori.....	95
3.6. Questionari rivolti ai familiari dei residenti.....	97
3.6.1. Perché rivolgersi ai familiari	103
3.7. Gruppi di lettura rivolti ai residenti	103
3.7.1. Perché partire da un brano	104
3.7.2. Brani scelti.....	107

3.7.2.1.	Brano 1	107
3.7.2.2.	Brano 2	110
3.7.2.3.	Brano 3	113
3.7.2.4.	Brano 4	116
3.7.3.	Perché rivolgersi ai residenti	118
4.	Letture e analisi dei dati raccolti.....	120
4.1.	Risultati emersi dalle interviste rivolte agli operatori della Rsa.....	120
4.1.1.	Dati a confronto.....	136
4.2.	Risultati emersi dai questionari somministrati ai familiari dei residenti della Rsa	138
4.2.1.	Dati a confronto.....	148
4.3.	Risultati emersi dai gruppi di sostegno rivolti ai residenti della Rsa.....	149
4.3.1.	Primo incontro	151
4.3.2.	Secondo incontro	154
4.3.3.	Terzo incontro.....	157
4.3.4.	Quarto incontro.....	159
4.3.5.	Dati a confronto.....	162
4.4.	Sintesi delle informazioni raccolte	165
4.4.1.	Il ruolo degli operatori interni alla Rsa.....	165
4.4.2.	La relazione tra operatori, familiari e residenti.....	167
4.4.3.	Nuovi mezzi di comunicazione	168
4.4.4.	Benessere emotivo	170
4.4.5.	Conferma del risultato atteso	171
4.4.6.	Il concetto di Resilienza	172
4.5.	Criticità ed elementi da migliorare della ricerca.....	173
4.6.	Riflessioni conclusive.....	177

Introduzione

L'elaborato vuole essere il resoconto dell'esperienza di tirocinio magistrale presso una struttura residenziale per anziani del territorio veneziano, riportando risultati e riflessioni derivanti da una ricerca attuata sul campo, che ha previsto la partecipazione di tutte le figure coinvolte all'interno della Rsa.

Tale ricerca, realizzata grazie a interviste, questionari e gruppi di sostegno, è stata condotta con la finalità di trovare una risposta a un quesito molto frequente, specie durante il periodo emergenziale, ovvero: "Cosa si può fare per aumentare il benessere all'interno di una Rsa?".

In particolare, si è posta una grande attenzione al benessere oltre che fisico e psichico, a quello emotivo e ai fattori che influiscono su di esso, osservando nello specifico come le interazioni tra professionisti, familiari e residenti possono instaurarsi, mutare e determinare rapporti significativi o meno.

Per comprendere al meglio il contesto in cui è stata effettuata la ricerca, l'elaborato si articola su quattro capitoli.

Il primo contiene la ricostruzione storica delle funzioni, degli obiettivi delle Rsa. Particolare attenzione viene dedicata alla loro evoluzione nel tempo come strumento di politiche sociali, in relazione alla qualità, ai servizi e alle funzioni, a seconda del concetto di cura riservata all'anziano.

Nel secondo capitolo vengono affrontati gli aspetti critici riguardanti la gestione delle Rsa nel contesto emergenziale odierno. Il Covid-19 ha determinato un forte cambiamento nella gestione della cura, portando le Rsa ad essere viste come un luogo di protezione ma anche come sede di focolai.

La seconda parte del lavoro ha un impianto meno teorico e si concentra sull'analisi dei dati raccolti sul campo. Attraverso la raccolta dei risultati forniti da interviste ai professionisti e dipendenti della struttura, da questionari dei familiari e dalla partecipazione a gruppi di sostegno degli stessi residenti, si analizzano le interazioni di tali figure, la loro condizione di benessere e le problematiche emerse con possibili soluzioni.

Si sottolinea l'importanza, a partire dal concetto di salute, di un benessere non solo fisico, ma anche psicologico ed emotivo di cui deve essere tenuto conto per tutelare e garantire i diritti del residente.

La ricerca vuole inoltre dedicare uno spazio al concetto di resilienza, in quanto il codice deontologico degli assistenti sociali indica come compito in capo al professionista la sua diffusione e una presa di consapevolezza da parte di operatori, familiari e residenti interni alla Rsa.

Infine, vengono ripresi gli aspetti di fragilità emersi nel settore residenziale per anziani, per analizzarli e avviare delle riflessioni finalizzate nel trovare nuove proposte come soluzioni alle criticità a cui hanno portato.

1. Un quadro sintetico sui servizi assistenziali

1.1. Premessa

Con l'avvento del Covid-19 il settore delle strutture residenziali riscuote una grande visibilità e attenzione anche al di fuori della cerchia di persone direttamente coinvolte.

I mass media sembrano riservare ad ogni servizio almeno uno spazio per guardare ad esso, ma divulgando dal loro punto di vista l'idea che le Rsa siano il luogo di focolai e diffusione del contagio, in quanto le persone anziane, maggiormente colpite dal virus, costituiscono la popolazione delle residenze.

Un altro pensiero diffuso riguarda il considerarle erroneamente come enti autonomi che dunque operano senza le indicazioni di soggetti esterni e le decisioni intraprese, che hanno prodotto effetti negativi, siano imputabili solamente a loro stesse, tanto da considerarle in alcune circostanze *'capro espiatorio perfetto'*.¹

In realtà scelte e politiche organizzative, che le hanno chiamate in prima persona a rispondere, sono il frutto di enti che si occupano di politiche sanitarie, come le regioni, le quali hanno adottato linee differenti, portando a conseguenze di impatto sul territorio di diversa intensità. Tali decisioni sono comunque da intendersi come prodotti dei regimi di welfare e, di conseguenza, della rete dei servizi ospedalieri e territoriali.²

Molta enfasi si è poi posta nel parlare di eroismo degli operatori sociosanitari che necessitano di una formazione specifica per poter lavorare all'interno delle residenze rispetto al loro ruolo nel territorio e negli ospedali.³

Si è ampliato, inoltre, il dibattito sugli investimenti sulla residenzialità, considerati eccessivi e sfavorevoli ad un'assistenza domiciliare considerata come alternativa migliore. Il pensiero di fondo è che questa maggiore residenzialità abbia portato ad un aumento dei contagi.⁴

Inutile dire, dunque, quale sia stata l'idea percepita dall'opinione pubblica davanti a queste idee prevalentemente diffuse. Le Rsa sono diventate dei luoghi pericolosi e focolai stessi del virus e sono state identificate come tali proprio nel periodo in cui sono state particolarmente prese di mira.

¹ Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2020.

² Ibidem.

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

Di fronte a queste idee, il contesto residenziale non è stato più considerato un contesto privato e di interesse degli attori coinvolti, ma pubblico, e quindi argomento di conversazione di chi precedentemente non lo aveva mai conosciuto.⁵

Essendo diventate le protagoniste del dibattito politico e sociale generale, le Rsa si ritrovano a gestire pressioni interne derivanti da operatori e residenti e pressioni esterne da familiari che vorrebbero entrare nonostante le direttive. Possono dirsi anche coinvolte in un dibattito etico che riguarda il negare o garantire la relazione tra residenti e familiari nel pieno di un'emergenza sanitaria e la cui scelta ricade anche sugli operatori.⁶

Il sistema residenziale, pertanto, necessita di essere riesaminato non solo alla luce di toni accusatori rivolti ad esso, ma per dedicarne la considerazione che merita trovando per esso uno spazio tra l'assistenza fornita in ospedale e nel territorio.⁷

1.2. Un breve quadro storico sull'assistenza

L'assistenza alle persone bisognose, dapprima fornita attraverso opere caritatevoli e religiose, diviene con il tempo un diritto fondamentale dell'uomo. Fin dall'antica Grecia sono esistite azioni pubbliche di sostegno ai più bisognosi, anche se non sempre tale aiuto è stato fornito con il solo intento di prendersi cura dell'altro, ma per garantire uno *status quo* o l'ordine pubblico.⁸

In tutti i paesi, come Francia e Inghilterra, c'è traccia di un avvio verso la nascita di opere assistenzialistiche, anche se non finalizzate prettamente in modo positivo alla carità verso il prossimo, fino all'istituzione di confraternite e fondazioni vere e proprie. Rimane però, l'Illuminismo, il periodo storico in cui l'assistenza viene concepita come un dovere dello stato e le opere che fino ad allora l'avevano fornita subiscono una forte laicizzazione anche per porre fine all'accumulo di beni e ricchezze. Nello specifico si verifica quando dal sistema feudale-patriarcale si passa a quello capitalistico che porta la trasformazione dei territori, l'industrializzazione e la crescita del movimento operaio.⁹

⁵ Op.cit. p. 4.

⁶ Op. cit. p. 4.

⁷ Op. cit. p. 4.

⁸ Istituto Romano di San Michele, *La storia dell'assistenza*, <https://www.cislpiemonte.it/pensionati-fnp/newsletter/breve-storia-delle-rsa/?cn-reloaded=1>.

⁹ Ibidem.

A livello legislativo sono susseguite più leggi per disciplinare unitariamente le organizzazioni che fornivano assistenza, specie sul piano gestionale.

Con la Legge Rattazzi¹⁰, l'insieme eterogeneo delle istituzioni e delle forme di carità e beneficenza venne contrassegnato con il termine di 'Opere pie'¹¹, e si cercò di istituirne il regime economico, governativo e delle tutele per il loro funzionamento e limitarne soprattutto una serie di privilegi. Infatti, istituendo Congregazioni di carità presso ogni comune, trasformate poi nel 1837 in Enti Comunali di Assistenza al fine di controllarne maggiormente la gestione amministrativa, si pensava di poter avere un maggiore controllo sui beni donati dai cittadini, ma essendo composta da componenti eletti dal consiglio comunale si accentuarono i favoritismi.¹²

Di conseguenza pur fornendo un elenco di fini ai quali le Opere pie dovevano tendere, quali il soccorso delle classi meno agiate e la loro assistenza, non si riuscì a limitarne libertà d'azione e indipendenza.

Con la legge 2248 del 1865 il Ministero dell'Interno fu designato come artefice di un primo intervento pubblico, attribuendo ad esso le competenze per salvaguardare la salute pubblica e gestire le cure ospedaliere riservate alle Opere pie.¹³

Nel 1880 si avviò un'inchiesta su di esse per rilevarne il numero, così come quello degli assistiti, delle offerte e infine il patrimonio. Tra il 1880 e il 1888 furono registrate 21.819 opere pie che comprendevano luoghi dedicati al culto, ma anche convitti, ospedali, asili e vari istituti. Sempre dall'inchiesta risultarono in possesso di una grande quantità di risorse private, frutto di donazioni gestite dalla chiesa.¹⁴

Sempre nel 1888 venne attivata la Direzione Generale di Sanità Pubblica che operava mediante uffici sanitari provinciali e comunali.

Nel corso del secolo anche lo stato iniziò a mostrare interesse verso le classi più svantaggiate e il suo ruolo neutrale venne superato per mezzo della Legge Crispi¹⁵, con la quale le istituzioni pubbliche di beneficenza vennero laicizzate, limitando così il potere della Chiesa.¹⁶

¹⁰ n. 735 del 1862.

¹¹ F. Cava, L. Brizzi, *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*.

¹² Ibidem.

¹³ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

¹⁴ Istituto Romano di San Michele, op. cit.p.6.

¹⁵ N. 6972 del 17 luglio 1890.

¹⁶ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

Tale legge accelerò la trasformazione delle opere pie da istituzioni private in pubbliche.

Le istituzioni di pubblica beneficenza (Ipb), nome assegnato alle precedenti Opere pie, vennero sottoposte a nuovi vincoli da parte del Ministero dell'Interno attraverso la costituzione delle prefetture, tramite le quali si concretizzava la partecipazione dello stato.¹⁷

Con il regio decreto 214/1923 e l'introduzione del termine assistenza, le Ipb divennero Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (Ipub) e a ridosso del primo dopoguerra furono rese obbligatorie le attività previdenziali e assistenziali, avviando la nascita del sistema mutualistico statale attraverso gli Enti nazionali, possessori di una propria amministrazione e autonomia gestionale e di un'organizzazione centralizzata sul campo degli infortuni mediante l'Inail¹⁸, della previdenza con l'Inps¹⁹, delle malattie tramite l'Inam²⁰.

Venne inoltre introdotto l'istituto del domicilio di soccorso, tramite il quale a seguito del dpr 616/1977, i comuni assunsero l'onere del ricovero delle persone residenti da almeno 5 anni e anche le funzioni e i beni delle Ipub, escludendo quelle che si occupavano solamente di attività di culto, come sancito dai Patti Lateranensi del 1929. Da allora le Ipub aumentarono i settori delle tipologie di intervento consolidando un numero cospicuo di strutture e risorse.²¹

Nel 1904 la Legge Giolitti²², oltre a regolamentare la materia psichiatrica, crea le Commissioni provinciali di assistenza e beneficenza e un consiglio per le azioni a livello nazionale per colmare le lacune riguardanti il coordinamento del sistema e poter fronteggiare i numerosi mutamenti sociali dell'epoca riguardanti la classe operaia. In sostanza la legge portò a rafforzare il ruolo dello stato che si ritrovò in una situazione di forte conflittualità con le opere pie che caddero in un dissesto finanziario durante il periodo bellico.²³

Un cambiamento importante si riscontra nell'assunzione dell'assoluto monopolio della materia da parte dello stato. Esso, dunque, non porta avanti solo un'azione di controllo, ma interviene nell'iniziativa assistenzialistica concependola come risposta concreta alle esigenze dei cittadini.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.

¹⁹ Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

²⁰ Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie.

²¹ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

²² N. 36 del 1904, in vigore fino al 1978.

²³ Istituto Romano di San Michele, op.cit. p. 6.

Inoltre, nello stesso periodo vennero riconosciuti al fianco degli enti di assistenza altri organismi di risparmio e di previdenza.

L'assistenza pubblica iniziò ad ampliarsi anche grazie ad enti come Onmi²⁴, Enaoli²⁵, Onig²⁶, Onog²⁷ che operavano erogando misure assistenziali esclusivamente per quelle categorie che ne alimentavano, con i propri contributi, la sussistenza. Il notevole proliferare di iniziative, seppur destinate a specifiche categorie di bisogni, implementò un sistema di protezione diversificato e complesso con prestazioni che riuscivano a risarcire danni ed eventi legati a malattie, infortuni, vecchiaia, perdita del lavoro ma anche a prevenirne l'insorgenza in modo negativo.²⁸

Con l'avvento della democrazia e la costituzione del 1948 si riaffermò il principio di assistenza come diritto sociale universale.

*“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singoli sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.*²⁹

*“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica, e sociale del paese”.*³⁰

Ma è l'articolo 38 a rendere concreto il diritto di ricevere assistenza sociale: *“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera”*³¹.

²⁴ Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

²⁵ Ente Nazionale Assistenza Orfani dei Lavoratori Italiani.

²⁶ Opera Nazionale Invalidi di Guerra.

²⁷ Opera Nazionale Orfani di Guerra.

²⁸ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

²⁹ Art.2 Costituzione.

³⁰ Art. 3 Costituzione.

³¹ Art. 38 Costituzione.

Dagli anni Settanta ad oggi sono susseguite numerose leggi e sentenze, tra cui il decreto 9 del 15 gennaio 1972 che sancì alle regioni le funzioni amministrative statali relative alla beneficenza pubblica. Alcune leggi cambiarono anche l'assetto dell'organizzazione sanitaria.³²

In primo luogo, la Legge Mariotti³³ inserì a pieno titolo le strutture ospedaliere religiose e il personale all'interno del settore della sanità pubblica.

In secondo luogo, la legge n. 382 del 1975 raggruppò le funzioni trasferite alle regioni in settori organici, tra cui ordinamento e organizzazione amministrativa, sviluppo economico, assetto del territorio e servizi sociali.³⁴

Con il dpr 616 del 1977 la materia assistenziale prevede che il comune, inizialmente in una posizione marginale, prenda su di sé la responsabilità del benessere della comunità locale assumendo un ruolo centrale di governo locale.³⁵

Con la legge 833 del 1978 per quanto riguarda la materia sanitaria, viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale, *“estendendo a tutti i cittadini la globalità delle prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione con eguaglianza di trattamento e nel rispetto dell'unicità della persona umana. E smantellando l'organizzazione mutualistica e gli enti nazionali di assistenza”*.³⁶

Anche il concetto stesso di beneficenza pubblica venne ridefinito e vi si comprese *“tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate”*³⁷, trasferendo ai comuni le funzioni, il personale e le risorse delle Ipub appartenenti alle regioni.

Le prestazioni previdenziali, sotto la responsabilità degli enti nazionali, vennero riconosciute distinte dalle prestazioni assistenziali, sotto la responsabilità di enti locali, a loro volta suddivise tra sanitarie e sociali. La Legge Crispi, invece, continuò a disciplinare le Ipub infra-regionali.

Soltanto nel 1990 con la *“Direttiva alle Regioni in materia di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a carattere regionale ed*

³² Istituto Romano di San Michele, op. cit. p. 6.

³³ N. 130 del 1969.

³⁴ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

³⁵ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Istituto Romano di San Michele, op. cit. p. 6.

infra regionale”³⁸ si garanti l’uniformità sul territorio nazionale disciplinando le procedure per riconoscere come personalità giuridica le Ipab che ne avessero fatto domanda.

La Legge 328 dell’8 novembre del 2000 portò a migliorare il coordinamento e l’integrazione tra servizi per creare una rete solida e garantire standard per prestazioni omogenee. Terzo settore, organizzazioni non profit e volontariato ne diventano i principali erogatori.³⁹

Con tale legge, inoltre, nel caso di ricoveri stabili presso le strutture residenziali, si prevede che il comune di residenza si occupi dell’integrazione economica. Ogni funzione assistenziale, precedentemente in mano alle province, viene trasferita ai comuni.⁴⁰

La disciplina di riordino delle Ipab prevista da questa legge si concretizzò solo nel d.l. 207/2001 che ha dettato *“disposizioni per la loro trasformazione in persone giuridiche di diritto privato, quali associazioni o fondazioni senza fine di lucro, ovvero in aziende pubbliche di servizi alla persona nel caso svolgessero già direttamente attività di erogazione di servizi assistenziali per il patrimonio, inserimento dei servizi sociali, personale che può accedere al trattamento previsto dai contratti di lavoro dei pubblici dipendenti”*.⁴¹

Un’altra importante modifica avvenne nel 2001 nei confronti del Titolo V della Costituzione con una conseguente ripartizione delle competenze legislative tra stato e regioni. Si tratta del principio di sussidiarietà verticale, secondo il quale la gestione amministrativa delle politiche pubbliche viene affidata all’ente più prossimo al cittadino relegando agli enti di livello superiore le funzioni che l’ente locale non può assolvere per ragioni organizzative e/o di competenza territoriale.⁴²

Tale modifica porta a una grande spinta anche verso al decentramento delle funzioni tra stato ed enti locali, rimarcando la necessità di offrire garanzie di omogeneità attraverso i LEA⁴³ previsti dalla 328/2000.

La stessa legge prevede l’inserimento delle ex Ipab, ora Aziende di Servizi alla Persona (Asp) all’interno della rete dei servizi sul territorio, nella programmazione regionale e nella partecipazione e

³⁸ Ibidem.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ F. Cava, L. Brizzi, op. cit. p.6.

⁴¹ Ibidem.

⁴² P. Rossi, *Organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*.

⁴³ Livelli essenziali di assistenza che il SSN è chiamato a erogare a tutti i cittadini.

programmazione dei Piani di zona⁴⁴, prevedendo anche la possibilità della loro trasformazione in associazioni o fondazioni di diritto privato tramite l'assunzione di requisiti specifici.

Tuttavia, la legge ha avuto un'applicazione piuttosto disomogenea. Ciò a causa principalmente della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, che ha affidato la materia alla potestà legislativa regionale. Così mentre alcune regioni si sono attenute scrupolosamente al dettato della legge, altre hanno valutato le disposizioni come meri orientamenti.⁴⁵

1.3. La storia delle Rsa

Con la sigla Rsa, oggi diffusa attraverso le reti televisive e strettamente legata all'emergenza Covid-19, si intende la categoria di Residenze Socio Assistenziali che comprende numerose e diverse tipologie di strutture residenziali per anziani.

Esse nascono inizialmente sottoforma di enti pubblici religiosi, per poi essere formalizzate attraverso la legge Finanziaria del 1988 e, negli anni Novanta, essere maggiormente delineate con l'attribuzione di ruoli e compiti ben definiti. Con il Progetto Obiettivo Tutela degli Anziani (POSA), del 1992, la visione delle strutture residenziali si amplia in favore di un regime integrato sociosanitario e con l'obiettivo di attivare percorsi non solo ai fini di offrire una medicina tradizionale, ma anche una medicina geriatrica per un'ottimizzazione della qualità della vita. La concezione di vecchiaia esce infatti da una visione strettamente medica e si apre verso aspetti psicologici, socio-culturali, economici e anche relazionali.⁴⁶

In particolar modo si sancisce che una Rsa è una struttura extra ospedaliera⁴⁷ per persone non autosufficienti e che deve perseguire standard di qualità e dimensioni ottimali come indicato dalla propria carta dei servizi, oltre a essere priva di barriere architettoniche e posizionata in un punto non isolato del paese.⁴⁸

Le Rsa sono strutture appartenenti alla rete dei servizi sul territorio.

Vengono nello specifico descritte come *“presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello*

⁴⁴ Progetti per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi.

⁴⁵ Istituto Romano di San Michele, op. cit. p. 6.

⁴⁶ Cisl Piemonte Pensionati Fnp, *Breve storia delle Rsa*, <https://www.cislpiemonte.it/pensionati-fnp/newsletter/breve-storia-delle-rsa/?cn-reloaded=1>.

⁴⁷ Le residenze sanitarie assistenziali sono strutture residenziali extra ospedaliere caratterizzate dalla integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari (D.M. n.321/1989).

⁴⁸ Cisl Piemonte Pensionati Fnp, *Breve storia delle Rsa*.

medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome".⁴⁹

La storia delle residenze sanitarie assistenziali inizia formalmente con la Legge Finanziaria del 1988⁵⁰ con la quale lo stato riserva una quota di risorse in un piano decennale per strutture sanitarie residenziali extra ospedaliere.⁵¹

L'anno successivo con il Decreto del Ministro della Sanità⁵² si promuove la realizzazione di strutture destinate ad anziani non autosufficienti e a disabili, mentre con il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri⁵³ si stabiliscono gli standard del settore residenziale, tra cui i requisiti di non autosufficienza per i residenti.⁵⁴

Queste disposizioni sono solo l'inizio di un lungo e numeroso elenco che costituisce la storia e l'istituzione delle residenze per anziani come le conosciamo oggi. È importante, dunque, seppur in modo molto sintetico, rivedere le tappe fondamentali che hanno costruito questo settore.

Nel 1991 con il Protocollo di intesa⁵⁵ viene costituito un gruppo a cui prendono parte Ministero, regioni e sindacato confederale dei pensionati per individuare strumenti, obiettivi e competenze volti a tutelare la popolazione anziana. Nel documento viene inoltre previsto che nelle Rsa possano soggiornare anche ospiti autosufficienti e che la quota di posti letto non sia superiore a 60, termini che verranno riformulati nel tempo.⁵⁶

Il documento redatto da questo gruppo di lavoro inserito all'interno del Ministero della Sanità⁵⁷ va a costituire nel 1992 le linee di indirizzo per Uls⁵⁸ e regioni per attuare risoluzioni parlamentari e il

⁴⁹ D.P.R. 14/1/1997.

⁵⁰ art. 20 L.67/1988.

⁵¹ F. Pesaresi, *Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale*, in Agenzia sanitaria italiana n. 22/1997, Roma Edizioni A.S.I.

⁵² Decreto Ministero della Sanità n.321 del 29/8/1989 - "Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell'art. 20 della L. 67/1988".

⁵³ Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989 - "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali."

⁵⁴ F. Pesaresi, 'Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale'.

⁵⁵ Protocollo di intesa del Ministero della sanità - Sindacati confederali dei pensionati Accordo del 11/1/1991.

⁵⁶ F. Pesaresi, *Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale*.

⁵⁷ Ministero della Sanità - schema di linee guida per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani. Gruppo di lavoro sulla tutela della salute degli anziani (doc. del 31/5/1991).

⁵⁸ Unità Sanitaria Locale, oggi aziendalizzate.

Progetto Obiettivo Anziani⁵⁹. Esso introduce importanti criteri riguardanti l'organizzazione della Rsa, tra cui l'unità valutativa geriatrica necessaria per l'accesso, l'integrazione sanitaria e socioassistenziale, l'inserimento della Rsa all'interno della rete dei servizi territoriali, lo standard di personale e infine viene abbozzata una divisione della spesa compartecipata tra i diversi soggetti.⁶⁰

Successivamente Camera e Senato approvano il Progetto Obiettivo della Salute degli Anziani (POSA)⁶¹ prevedendo 30.000 posti letto nelle Rsa nell'arco del triennio 1991/93 gestiti a livello sanitario dal personale ospedaliero coordinato da un dirigente dei servizi infermieristici.⁶²

Nel medesimo anno il Ministero della Sanità⁶³ assume il potere di direzione sul POSA nei confronti dell'attività organizzativa regionale con l'obiettivo di creare un modello organizzativo uniforme caratterizzato da pari condizioni di accesso ai servizi territoriali nazionali. Sottolinea come il residente si debba ritrovare a soggiornare in un ambiente consono alla sua degenza anche per lungo tempo ed escludendo sempre di più l'ipotesi di un residente bisognoso di cure riabilitative specifiche per un tempo limitato.⁶⁴

Nel gennaio 1993 il Ministero della Sanità⁶⁵ costituisce un ulteriore gruppo tecnico per fornire nuove indicazioni utili all'identificazione delle tipologie di utenza che può soggiornare nelle Rsa, individuando un'assistenza mirata a condizioni cronico degenerative e un'assistenza rivolta a condizioni di demenza senile.⁶⁶

Inoltre, nel 1994 sempre il Ministero⁶⁷ ribadisce l'importanza nell'area di competenza delle regioni la gestione dei servizi di residenzialità extra-ospedaliera ponendo delle linee di indirizzo affinché il livello di assistenza sia uniforme sul territorio. Esso ritorna a porre attenzione sugli standard assistenziali del personale e sulla gestione dei costi guardando alle normative precedenti.⁶⁸

⁵⁹ Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani (approvato da Camera e Senato con deliberazioni del 30/1/1992).

⁶⁰ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁶¹ Si veda nota 59.

⁶² F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁶³ Ministero della Sanità: Linee guida relative al progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani" (7/8/1992).

⁶⁴ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁶⁵ Ministero della Sanità 1993. Gruppo di lavoro del 1993 su "La gestione delle RSA: modelli e costi" pubblicato nella collana "rapporti" del Centro studi del Ministero della Sanità.

⁶⁶ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁶⁷ Ministero della Sanità. Linee guida n.1/1994 del 30/3/1994. "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali.

⁶⁸ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

Nello specifico, con il Decreto del 15 aprile 1994⁶⁹, esso determina i criteri per le tariffe per le prestazioni assistenziali riabilitative ospedaliere ed extra ospedaliere anche se limitatamente alla sfera sanitaria.⁷⁰

Con la Legge finanziaria 1995⁷¹ viene sospeso il D.P.C.M. del 1989 sugli standard delle Rsa per cinque anni, fino a che il Governo non definisce i nuovi requisiti dimensionali che deve avere una residenza socio assistenziale.⁷²

Successivamente, tra il 1995 e il 1996 il Ministero⁷³ approva due decreti sugli indicatori di efficienza e di qualità del servizio sanitario nazionale, specie in riferimento a costi, personale e attività interni alle Rsa. Vengono inoltre identificati gli indicatori per permettere una continuità assistenziale, tutela dei diritti e informazione.⁷⁴

Finalmente con il D.P.R. 14 gennaio 1997⁷⁵ il Governo approva i requisiti delle Rsa che dovranno essere recepiti dalle regioni in quanto titolari della disciplina delle autorizzazioni in materia. Si delineano inoltre i requisiti minimi organizzativi e strutturali delle Rsa (min.20 – max.120 posti letto).⁷⁶

Infine, con Provvedimento 7 maggio 1998⁷⁷ si indirizzano le regioni nel considerare anche le Rsa come erogatrici di interventi riabilitativi definendo tipologia di assistiti e durata delle cure.⁷⁸

⁶⁹ Decreto Ministero della Sanità 15 aprile 1994. “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”.

⁷⁰ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁷¹ Legge finanziaria 1995 (Art. 3 comma 4 della L. 23/12/1994, n.724 così come modificato dall’art. 1 della legge 18 luglio 1996, n.382) “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.

⁷² F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁷³ A) Decreto Ministero della Sanità 24 luglio 1995 “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale”.

B) Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996 “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie”.

⁷⁴ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁷⁵ Decreto Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.

⁷⁶ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

⁷⁷ Provvedimento 7 maggio 1998 della Conferenza permanente per i rapporti fra Stato e Regioni vengono approvate le “Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione”

⁷⁸ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

1.4. Rappresentazioni sociali delle Rsa

Nel corso degli ultimi 50 anni il numero dei destinatari del sistema residenziale è profondamente cambiato. Negli anni Settanta gli anziani autosufficienti cominciarono a diminuire e negli anni Ottanta la domanda di ricovero iniziò a salire, specie nel Nord Italia.⁷⁹

La non autosufficienza, assieme a una condizione di pluripatologie, iniziò a richiedere la necessità di ottenere regolamenti che potessero garantire standard gestionali e strutturali.⁸⁰

Per non autosufficienza si intende *“la condizione di chi ha limitazioni dell’autonomia che rendono incapaci di compiere gli atti della vita quotidiana senza l’aiuto di altre persone. Bisogni che non riguardano azioni e professioni solo sanitarie, o solo sociali, ma l’area socio-sanitaria integrata”*.⁸¹

Inoltre secondo l’International Classification Of Functioning, disability and health (ICF), sostenuto dal Ministero della Salute e dall’Istat *“disabilità e non autosufficienza sono le definizioni più comuni per indicare la condizione delle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l’aiuto di altri”*.⁸²

Man mano che le cure per mantenere una certa autonomia della popolazione più anziana iniziavano ad essere richieste in modo cospicuo, la presenza di demenze e problemi psichici dei residenti necessitava di interventi mirati. La soluzione si è presentata sotto forma di costruzione dei veri e propri nuclei interni alle Rsa che potessero essere adibiti per i soggetti che presentavano questo tipo di quadro clinico. Con l’avanzare dell’emergenza tali nuclei si sono rivelati i più difficili da gestire in quanto i residenti, essendo fragili già per le loro condizioni, convivono con altre persone senza poter evitare la loro vicinanza, a meno di non ricorrere a contenzioni fisiche e farmacologiche. Le loro condizioni sono peggiorate anche in seguito alla mancanza di dispositivi di protezione individuale (dpi) per gli operatori e di tamponi nella prima fase dell’emergenza.⁸³

⁷⁹ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Così definiti dai LEA, capo IV dpcm n.1572017.

⁸² Ministero della salute 2013, Istat 2014 Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione.

⁸³ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

La diffusione del contagio non si è soltanto abbattuta nei confronti di questi nuclei specializzati per le demenze, ma verso tutte le Rsa. Viene sostenuta l'idea che uno dei fattori che ha inciso maggiormente sulla diffusione del virus all'interno delle Rsa sia quello dovuto alla gestione strutturale e organizzativa degli spazi. Essendo delle residenze destinate ad accogliere più persone e a farle relazionare insieme, è previsto che ci siano numerosi spazi comuni, rendendo di conseguenza difficile l'isolamento. Da un lato, dunque, si dovrebbe guardare alla creazione di spazi che permettano una maggiore privacy per il residente, ma dall'altro i costi per mantenere delle stanze singole risultano esser difficilmente sostenibili.⁸⁴

In molti paesi ora viene prevista una percentuale di stanze singole, ad esempio, in Germania, dal 2019 essa è pari all'80%. Mentre in Italia in nessuna regione esiste una prescrizione o un incentivo per la trasformazione delle Rsa in strutture che prevedono almeno una percentuale di stanze singole.

Il rapporto tra condivisione e isolamento non è però l'unica relazione da citare per apportare un cambiamento.⁸⁵

Un aspetto importante consiste nella presenza di personale e diffusione del contagio. La loro carenza numerica ha reso difficile la gestione ordinaria interna alla Rsa, diminuendo il controllo di prevenzione del contagio e mettendo a dura prova la garanzia di ricevere continuità assistenziale.⁸⁶

I disagi sono stati vissuti anche dai familiari dei residenti, i quali non potendo più avere contatti diretti hanno portato a una mancanza di fiducia e di collaborazione. L'assenza del proprio familiare durante il periodo emergenziale ha aumentato la criticità della situazione per il residente.

*“Le residenze, occorre ribadire, non forniscono ‘posti letto’ ma il sostegno a ‘progetti di vita’ nel momento della loro massima crisi: questo vuol dire che l’intera ‘biografia’ della persona, compresa la sua rete di relazione, è importante quanto la storia clinica delle sue patologie”.*⁸⁷

Un'altra similitudine utilizzata dall'opinione pubblica riguarda l'identificare le Rsa come dei contenitori dentro i quali le persone anziane devono essere accolte, specie dagli ospedali. Le Rsa, quindi, non sarebbero dei luoghi di cura, ma di collocazione, sui quali gli ospedali possono letteralmente contare.⁸⁸

⁸⁴ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Ibidem.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem.

1.5. Le diverse tipologie di servizi assistenziali

La Legge n.328 dell'8 novembre 2000, il Decreto Legislativo n. 2017 del 4 maggio 2001 e le leggi regionali hanno trasformato gli istituti pubblici assistenziali e di beneficenza (Ipab) in aziende pubbliche di servizi alla persona (Apsp) oppure in associazioni o fondazioni di diritto privato.⁸⁹

Siano dunque esse appartenenti al settore pubblico o privato, oggi si stanno diversificando, tralasciando la parte prevalentemente sociale a favore dell'adozione di un impianto sanitario e assistenziale. L'obiettivo, che coincide con quello di regioni, aziende locali e comuni, risiede nel rispondere alle esigenze della popolazione anziana per mezzo di una nuova organizzazione caratterizzata da qualità della prestazione ed efficienza. Si tratta dunque di considerare anche l'aspetto dell'efficacia, ovvero valutazioni qualitative su lungo periodo e l'aspetto dell'efficienza, una visione quantitativa ed economica finanziaria.⁹⁰

In Italia i servizi sono polarizzati tra servizi domiciliari e istituzionalizzazione, a differenza di altri paesi europei che hanno sistemi più articolati nel settore LTC⁹¹. C'è una carenza, dunque, di soluzioni per colmare il settore dell'assistenza. Negli ultimi anni però, ci sono stati alcuni tentativi. Si sono avviate politiche per la riqualificazione delle abitazioni volte a renderle maggiormente idonee sia a livello strutturale sia a livello gestionale. Esse hanno guardato anche a tipologie di residenze indipendenti con l'idea di creare spazi di vita comunitari e infine a strutture o servizi volti ad assistere la persona anziana per un tempo limitato, nel quale si supporta la famiglia per superare temporanei problemi assistenziali.⁹²

Sono degli esempi di scenari residenziali di dimensioni diverse e che forniscono tipologie differenti di assistenza. È possibile dunque avviare un cambiamento che guardi allo sviluppo di servizi di comunità più piccoli e adattabili. Ciò però incontra degli ostacoli, quali il poco interesse degli enti gestori e un nuovo modello di governance. È chiaro però che ogni cambiamento deve guardare al garantire una migliore rete di relazioni e opportunità che possa fornire nuovi servizi e tutelare gli anziani.⁹³

Inizialmente l'assistenza agli anziani non era sottoposta a differenziazioni di intensità di intervento a seconda dei gradi di autosufficienza e autonomia della persona. Oggi invece il settore assistenziale

⁸⁹ S. Modena, *Organizzazione e controllo nelle Rsa. Residenze Sanitarie Assistenziali*, FrancoAngeli, Milano, 2020.

⁹⁰ Ibidem.

⁹¹ Long Term Care: "ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita", OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

⁹² Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

⁹³ Ibidem.

ha visto un'organizzazione che è stata soggetta a un alto grado di diversificazione. Per questo motivo risulta difficile poter classificare le numerose strutture esistenti con criteri che possano avere una valenza nazionale, in quanto inoltre ogni regione adotta modalità organizzative proprie, riguardo, ad esempio, a distribuzione e destinatari. Manca dunque la possibilità di avere una visione globale sull'intera organizzazione del settore residenziale, di un bilancio che sia più attento nell'equilibrare risorse derivanti dai gestori delle strutture, dai familiari stessi e dai contributi della regione.⁹⁴

Le politiche pubbliche costituiscono però solo una parte coinvolta nell'assistenza, poiché, quella maggiore è inserita nel mercato privato. Esistono intrecci tra il mondo pubblico e quello privato su cui interagiscono molti attori, tra cui famiglia, stato e terzo settore.

La famiglia negli ultimi anni si è sempre di più sostituita a fronte della riduzione della spesa pubblica allo stato, assumendosi un alto carico assistenziale.⁹⁵

Quando però si manifestano situazioni di urgenza o criticità, le famiglie italiane continuano a rivolgersi al SSN ed in particolare alla rete ospedaliera, come unico luogo sempre accessibile e dove l'assistenza è disponibile h24 con garanzia di qualità e presa in carico. Esse ricorrono dunque all'ospedale in mancanza della risposta del settore LTC per oltre il 50% dei casi.⁹⁶

Inoltre, per gli anziani che riescono ad avere accesso ai servizi assistenziali si ritrovano ad essere in carico per il 64% all'area sociosanitaria e per il 36% in carico all'area sociale. Nel 2015 la percentuale di prevalenza consisteva nel numero di anziani residenti in strutture dove il 95,0% prevedeva integrazione sanitaria e nel numero di anziani aventi diritto a servizi domiciliari dove l'ADI⁹⁷ era richiesta per l'81,2% degli utenti.⁹⁸

Gli interventi previsti dal sistema di LTC italiano possono essere suddivisi in due macro-categorie: le prestazioni a carattere monetario e i servizi reali appartenenti alla sfera extra ospedaliera.

⁹⁴ Auser, *Le case di riposo in Italia*, <http://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/Auser-ricerca-case-riposo.pdf>.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ Egea, *L'innovazione e il cambiamento nel servizio della Long Term Care. Primo rapporto Osservatorio Long Term Care*, disponibile a <https://welforum.it/wp-content/uploads/2018/10/1%C2%B0RapportoLTC.pdf>.

⁹⁷ Assistenza Domiciliare Integrata.

⁹⁸ Egea, *L'innovazione e il cambiamento nel servizio della Long Term Care. Primo rapporto Osservatorio Long Term Care*.

I primi vengono erogati in base a requisiti specifici, come ad esempio, l'Indennità di Accompagnamento (Ida), erogato dall'Inps sia agli anziani over 65 non autosufficienti che agli invalidi d'età inferiore ai 65 anni.

Nel caso degli anziani, l'idoneità è legata all'esistenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età che si traduce nell'impossibilità alla deambulazione autonoma e alla mancanza assoluta di autosufficienza. Anche i comuni hanno la possibilità di erogare assegni di cura o voucher. Si tratta di risorse finalizzate a sostenere l'assistenza per le persone non autosufficienti ed erogate in base, generalmente, al reddito.⁹⁹

“La spesa pubblica complessiva per LTC ammonta all'1,8% del PIL nel 2016, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente quasi il 90% della spesa complessiva per LTC, con quote sostanzialmente equivalenti. La parte residuale, poco più del 10%, è rappresentata dalle altre prestazioni assistenziali”.¹⁰⁰

Complessivamente, la spesa pubblica per interventi sociali e sociosanitari in ambito LTC è data principalmente da tre componenti, ovvero: una quota della spesa sociale dei comuni, la spesa per la componente sanitaria erogata dalla LTC e la spesa stanziata dai fondi nazionali da parte del Ministero delle Politiche Sociali, somma molto variabile di anno in anno.

A queste si aggiungono la spesa Inps per indennità di accompagnamento, i fondi stanziati dalle regioni e la spesa sostenuta dalla famiglia.¹⁰¹

La seconda tipologia di servizi, invece, si concreta in servizi extra ospedalieri, divisi tra servizi domiciliari e residenziali.

I primi verranno trattati nel secondo capitolo e comprendono servizi che offrono la possibilità di distribuire pasti a domicilio per permettere all'anziano di risiedere nella propria abitazione con un aiuto in più, oppure un'assistenza a ore per fornire bagni assistiti, attività fisioterapiche o riabilitative.¹⁰²

Qui di seguito, invece, verrà trattato il settore residenziale che si divide a sua volta in semi residenziale e residenziale.

⁹⁹ Egea, op. cit. p. 19.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² S. Modina, op. cit. 18.

Per prestazione residenziale e semi-residenziale si intende l'insieme delle attività sanitarie e socio-sanitarie erogate all'interno di strutture protette, per soggetti non autosufficienti e che non sono assistibili a domicilio.¹⁰³

Un esempio di struttura semi residenziale si realizza nel centro diurno, un servizio di cura e igiene, terapeutico e riabilitativo inserito all'interno della residenza sanitaria. La persona anziana può dunque usufruirne per l'arco della giornata, trascorrendola in un contesto di socializzazione e animazione.¹⁰⁴

L'assistenza residenziale, invece, si concretizza in un insieme di varie tipologie di assistenza, diversificata in base ai gradi di necessità, quindi alla dipendenza della persona, ai tempi di degenza. Esistono, inoltre, strutture specifiche per la riabilitazione dei soggetti affetti da minoranza fisica, psichica e sensoriale che vengono sottoposti a prestazioni diagnostiche e terapeutiche riabilitative.¹⁰⁵

Secondo le definizioni dell'Istat (2006) si possono distinguere:

Residenze Assistenziali: *“presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali”.*

Esse si possono individuare ad esempio negli alloggi protetti. Si tratta sostanzialmente di mini appartamenti che consentono al residente di mantenere la propria autonomia, ma essendo collegati ad una struttura residenziale o ad un servizio assistenziale, sono inseriti in un contesto protetto e specializzato.¹⁰⁶

Residenze Socio-Sanitarie: *“presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria”.*

Gli Hospice accolgono persone malate terminali e offrono loro percorsi individuali per mezzo di cure palliative.

¹⁰³ Auser, op. cit. p. 19.

¹⁰⁴ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁰⁵ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

¹⁰⁶ S. Modina, op. cit. p. 18.

Residenze Sanitarie Assistenziali: *“presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L’assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera”.*

Rientrano in questa categoria le Rsa.

1.6. Le Rsa e le loro specifiche caratteristiche

Le Rsa erogano prevalentemente assistenza sanitaria permettendo al residente di essere accudito da un’equipe medica professionale, ma comprendono dei servizi che si occupano del benessere anche psicologico e cognitivo. Offrono soggiorni a tempo indeterminato oppure periodi di sollievo limitati, inserendo il residente, costantemente assistito, in un clima di vita comunitario protetto.¹⁰⁷

1.6.1. Ubicazione, dimensione, organizzazione strutturale ed interna

Le Rsa per essere maggiormente integrate sul territorio sono preferibilmente costruite in zone urbanizzate e ben collegate tra loro, al fine di evitare isolamento.¹⁰⁸ In quanto a dimensioni essere sono chiamate a contenere un minimo di 20 e non oltre 120 posti letto.¹⁰⁹

All’interno delle Rsa un modello organizzativo comune prevede la divisione della struttura in nuclei, permettendo di attuare un’azione di cura personalizzazione e migliorare il benessere. Questo raggruppamento delle persone anziani in piccole cerchie aumenta la qualità di vita e la qualità di lavoro degli operatori. Inoltre, aiuta i familiari, figure centrali e necessari al sistema di assistenza, ad orientarsi facilmente all’interno della Rsa e a riconoscere l’organizzazione del nucleo in cui è inserito il proprio caro e i professionisti che se ne prendono cura.¹¹⁰

Un altro tipo di divisione interna viene effettuata secondo il metodo *Rugs (Resources Utilization Groups)* per mezzo del quale si individuano dei gruppi di anziani in base al loro consumo giornaliero di risorse. È stata, infatti, individuata una relazione che intercorre tra le risorse consumate e le disabilità: più il quadro clinico del residente è complesso, maggiori sono le risorse da utilizzare per il suo benessere.¹¹¹

¹⁰⁷ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁰⁸ F. Pesaresi, op. cit. 13.

¹⁰⁹ DPR 14/1/1997.

¹¹⁰ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹¹¹ Ibidem.

Per ogni spazio, poi, devono essere osservate le indicazioni ministeriali che descrivono in modo dettagliato i requisiti da osservare.

Nell'area destinata alla residenzialità possono esserci camere singole fino a quelle contenenti quattro persone. All'interno di ciascuna deve essere comunque garantita la privacy e l'accesso con tutte le tipologie di ausili e da standard minimi si prevede che ci sia un bagno autonomo. Devono essere presenti servizi igienici attrezzati, locali adibiti al controllo del personale, ambulatori, spazi comunitari come soggiorni o saloni il più confortevoli possibile, un deposito per attrezzature e lavanderia.¹¹²

Devono essere previsti spazi idonei ad erogare attività ambulatoriali e destinati anche ad attività riabilitative come locali e palestre con attrezzature.¹¹³

Gli spazi dedicati alla vita collettiva devono essere costruiti in modo tale che siano centrali all'intera struttura, affinché possano essere dei punti di riferimento per gli stessi residenti e spazi in cui sia favorita la socializzazione.

È importante il ruolo anche di aree di supporto come portineria, uffici di amministrazione, cucina e magazzini, utili alla buona gestione e organizzazione della struttura.

Molto rigidi sono gli standard previsti per le dimensioni da rispettare: *“superfici 40/45 mq. per ospite; una superficie netta minima (bagno escluso) delle camere di mq. 12, 18, 26, 32 rispettivamente per 1, 2, 3 e 4 ospiti; per il servizio igienico (ogni due camere e fino ad un massimo di 4 ospiti) da 4 a 5 mq con bagno e antibagno; le restanti aree di attività e di servizio dovranno essere dimensionate nel computo complessivo dei 40-45 mq. per ospite. nel caso di utilizzo di strutture preesistenti, sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% rispetto agli standard di riferimento”*.¹¹⁴

Ogni area o spazio deve essere comunque fruibile al fine di garantire la maggior autonomia possibile al residente. Nel caso di diagnosi di demenze senili, inoltre, devono essere garantiti maggiori percorsi e spazi messi in sicurezza, controllando chiusure di sicurezza e recinzioni.¹¹⁵

1.6.2. Utenza della Rsa

“Le Rsa sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità permanenti,

¹¹² F. Pesaresi, op.cit. p. 13.

¹¹³ Ibidem.

¹¹⁴ Linee guida n.1/1994 del Min. Sanità.

¹¹⁵ F. Pesaresi, op. cit. 13.

*di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSN”.*¹¹⁶

All'interno di uno spazio comunitario è importante riconoscere le condizioni e le necessità di ogni residente per garantire un'assistenza mirata. L'universo della non autosufficienza è stato dunque suddiviso in due grandi tipologie distintive ad elevato livello di non autonomia: le forme cronico degenerative (es. sclerosi e morbo di Parkinson) e le forme di demenza senile (es. condizioni che prevedono un deterioramento mentale, oppure iperattività notturna).¹¹⁷

Una quota pari al 15% circa di residenti comprende coloro che hanno bisogno di essere ricoverati per degenze riabilitative o terminali e non trovano posto nei reparti ospedalieri.¹¹⁸

Oggi le Rsa accolgono persone anziane, per la maggior parte donne. Il 75% ha più di 80 anni, mentre il 78% di questi non sono autosufficienti.¹¹⁹

Recentemente si è verificata una contrazione dei ricoveri nel periodo 2009-2016 con una conseguente crescita della gravità delle condizioni degli ospiti. Di conseguenza aumentano i rischi di cadute importanti, compromissioni cognitive, la fragilità fisica e psichica del soggetto.¹²⁰

Confrontando i dati riguardanti i residenti delle strutture in Italia e all'estero, emerge come nel nostro paese ci siano maggiori profili sanitari e assistenziali complessi dal punto di vista della salute mentale, demenze, funzionalità e depressione.¹²¹

I residenti sono dunque sempre più fragili e portano a un carico assistenziale intenso e differenziato. Pertanto, in primo luogo le strutture hanno bisogno di maggiori risorse per coprire i costi dell'assistenza richiesta. Le quote sanitarie dovrebbero aumentare in favore di un supporto economico per la famiglia e garantire un'assistenza maggiormente fruibile.

In secondo luogo, la crescita dei bisogni richiede una maggiore formazione e un riconoscimento da parte della professione di cura.

Terzo, è chiaro come all'aumentare delle richieste si debbano pensare risposte che prevedano tipolo-

¹¹⁶ DPR14/1/1997.

¹¹⁷ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ Ibidem.

gie di intervento diverse tra Rsa e servizi domiciliari per consolidare e incrementare la rete territoriale.¹²²

1.6.3. Modalità di accesso

L'accesso presso Rsa viene consentito dopo essere stati sottoposti ad un'unità valutativa geriatrica (UVG). Si tratta di una équipe di professionisti che si occupa di valutare a livello medico, cognitivo-funzionale e sociale le condizioni della persona anziana, al fine di trovare attraverso un progetto personalizzato il sistema assistenziale adatto. Da questo tipo di valutazione multidimensionale deve essere analizzato il grado di non autosufficienza, il tipo di assistenza richiesto e la rete familiare, attraverso un procedimento formale che si conclude nella redazione della S.Va.M.A.¹²³

1.6.4. Integrazione sanitaria e sociale

Sanitario e sociale si integrano a livello istituzionale attraverso i protocolli d'intesa tra Usl e altri attori, quali enti privati o senza scopo di lucro o di volontariato, all'interno del dibattito nazionale e regionale. È necessaria una stretta connessione fra Rsa, ospedale di riferimento e gli altri servizi sul territorio per avere una continuità assistenziale e che miri al benessere della persona.¹²⁴

1.6.5. Modalità assistenziali

La Rsa deve utilizzare un modello organizzativo che garantisca una valutazione multidimensionale per mezzo di strumenti validi e indirizzati ad analizzare problemi e bisogni dell'anziano da effettuarsi periodicamente. Essa deve inoltre guardare alla partecipazione e al coinvolgimento di tutti gli attori prendono parte al progetto personalizzato della persona, quali familiari e l'insieme di tutti gli operatori.¹²⁵

Dopo aver ricevuto l'approvazione per l'ingresso in struttura, il residente viene sottoposto a un periodo di osservazione all'interno del quale l'équipe compila una valutazione multidimensionale per il piano individualizzato di assistenza. Tale valutazione viene ripresa con cadenza periodica, al fine di indirizzare le azioni di cura per soddisfare i bisogni della persona. Nelle Rsa, infatti, uno degli obiettivi primari rivolti all'anziano riguarda il mantenimento delle sue capacità residuali attraverso continuità assistenziale e il rispetto dei suoi ritmi quotidiani.¹²⁶

¹²² Ibidem.

¹²³ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ Ibidem.

¹²⁶ Ibidem.

1.6.6. Spesa compartecipata

In merito alle questioni economiche, le spese, stabilite dagli enti che gestiscono le Rsa e dal comune di riferimento, sono in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in parte a carico del comune e in parte a carico dell'utente e della sua famiglia, a seconda dei livelli di reddito.¹²⁷

In base agli ultimi dati pubblicati dall'Istat nel "Rapporto sulla coesione sociale", in Italia nel 2008, la spesa complessiva per le strutture residenziali per anziani ammonta a più di 439 milioni di euro. La spesa media per utente è di quasi 3.800 euro ad anziano.¹²⁸

Il costo economico richiesto alle famiglie per il soggiorno degli anziani in una Rsa è molto elevato. Le tariffe si aggirano verso i 1.500 euro e possono anche oltrepassare i 3000 euro. Dipende dall'ubicazione della struttura poiché il prezzo sale avvicinandosi al centro città, dalla tipologia di residenza e dalla presenza o meno di una convenzione.¹²⁹

La ricerca di Auser¹³⁰ sullo sviluppo condotto su 400 Rsa sottolinea inoltre come ci sia una sostanziale differenza tra le zone d'Italia. Nel Sud e nelle isole, infatti, i costi sono al di sotto della media nazionale, al centro tendono ad essere contenuti, mentre al Nord sono più elevati.¹³¹

Le regioni possono prevedere che la gestione delle Rsa sia affidata ad organismi pubblici, privati o misti¹³². Il possesso dei requisiti previsti, però, non permettono alle strutture private di ottenere sia l'esercizio dell'attività sanitaria sia l'accreditamento per il quale sono necessari ulteriori requisiti.

"Le strutture non appartenenti al Servizio sanitario nazionale per poter lavorare per esso dovranno essere accreditate ed essere titolari di un contratto di fornitura di prestazioni sanitarie".¹³³

¹²⁷ Auser, op. cit. p. 19.

¹²⁸ Ibidem.

¹²⁹ Ibidem.

¹³⁰ Associazione di volontariato fondata nel 1989 da Enzo Costa con lo scopo di favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e valorizzare il loro ruolo nella società.

¹³¹ Auser, op. cit. p. 19.

¹³² L. 724/1994.

¹³³ DPR 14/1/1997.

1.6.7. Il personale delle Rsa

La Rsa deve garantire che il lavoro degli operatori interni alla struttura sia erogato in un'ottica assistenzialistica secondo logiche e modalità dell'equipe multidisciplinare sia a livello sanitario sia a livello sociale. Le regioni possono prevedere che la gestione delle Rsa sia affidata ad organismi pubblici, privati o misti, disciplinando le modalità di controllo della qualità delle prestazioni e del servizio reso.¹³⁴

All'interno di questi servizi, in particolar modo nelle Rsa, tutti gli operatori sono chiamati a intervenire con azioni assistenzialistiche e sanitarie nei confronti del residente sottostando a protocolli specifici. Pertanto, le modalità con cui viene erogata la prestazione di cura sono verificate e riformulate periodicamente a seconda delle esigenze in continua evoluzione dei destinatari. La valutazione di questa avviene sia dal punto di vista biologico e sanitario sia dal punto di vista psico-sociale per definire poi la programmazione degli interventi individuali del piano di assistenza individuale (PAI), delle attività erogate dalla struttura e delle stesse politiche d'azienda. L'etica di fondo è che nessuna prestazione venga erogata senza considerare obiettivi e processi assistenzialistici definiti sulla condizione del residente, al quale deve essere garantita un'azione di cura che permetta il recupero o il mantenimento delle sue capacità residue.¹³⁵

Nel nostro paese le persone che lavorano all'interno del sistema residenziale sono poche rispetto agli altri Paesi europei per via del numero inferiore di servizi. Basti pensare che gli infermieri che lavorano nei servizi residenziali corrispondono allo 0,2 su ogni 100 anziani in Italia, 1,1 in Irlanda, 1,5 in Olanda e 3 in Svizzera.¹³⁶ Risulterebbe molto alto quindi il potenziale di sviluppo occupazionale all'interno del settore *Long Term Care* se solo l'Italia volesse dargli maggiore spazio di crescita.¹³⁷

Un recente report dell'OECD del 2020 fornisce un quadro dettagliato dei lavoratori presso tali servizi a livello internazionale.

“In particolare, in quasi tutti i paesi esaminati emerge un divario tra le competenze degli operatori e i bisogni assistenziali e di cura dei pazienti. Inoltre, due terzi del paese, i compiti degli operatori sanitari vanno ben oltre le prestazioni legate alla vita quotidiana e prevedono la collaborazione con altri professionisti. In più di tre quarti del paese, gli infermieri lavorano nel settore LTC svolgono

¹³⁴ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

¹³⁵ S. Modina, op. cit. 18.

¹³⁶ Oecd, 2020.

¹³⁷ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

*attività di gestione dei casi, pur non avendo competenze di geriatria e formazione per la gestione delle relazioni interpersonali”.*¹³⁸

Molto forte rimane il fenomeno dei turn- over a causa della retribuzione e tipologia di contratti e a mansioni sottoposte a fattori di rischio. È bene ricordare anche che esiste un divario di salario anche tra il settore LTC e ospedaliero, specie se si considerano gli OSS¹³⁹. Secondo l’OCSE in Italia un operatore LTC guadagna 9 euro lordi, mentre uno ospedaliero 14.

La condizione lavorativa degli operatori è centrale in quanto la soddisfazione degli ospiti e dei familiari è legata all’atmosfera di benessere che gli stessi operatori sanno creare.¹⁴⁰

1.6.8. Costo di gestione e tariffe

Le regioni determinano le tariffe delle prestazioni di assistenza in base ai criteri ministeriali quali remunerazioni massime da corrispondere ai soggetti erogatori pubblici e privati. Per individuare la quota di costo è necessario guardare ai costi sanitari, compreso personale e farmaci, costi non sanitari riferibili a quelli alberghieri, infine a ulteriori costi che non appartengono a nessuna delle due categorie precedenti. Il costo standard di produzione per ogni prestazione viene calcolato sulla base dei costi rilevati nell’ambito del servizio sanitario nazionale del territorio regionale negli ultimi anni.¹⁴¹

Le regioni provvedono ad aggiornare le tariffe periodicamente, tenendo conto di una serie di cambiamenti relative alle prestazioni o all’uso di tecnologie. Dall’altro lato tutti i soggetti erogatori delle prestazioni, siano essi soggetti privati o pubblici, sono tenuti a informare la propria regione sui costi di produzione per attestare la veridicità e la corrispondenza.¹⁴²

1.6.9. I familiari dei residenti nelle Rsa

Le strutture si sono impegnate a trovare soluzioni alternative per mantenere la relazione tra residente e familiare, parte integrante del benessere dell’anziano, attraverso visite in sicurezza e l’utilizzo maggiore della tecnologia. Secondo i dati Iss (2020), il 68,6 % delle residenze ha adottato un sistema di telefonate e videochiamate programmate.¹⁴³

¹³⁸ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹³⁹ Operatori Socio Sanitari.

¹⁴⁰ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹⁴¹ F. Pesaresi, op.cit. p. 13.

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ Ibidem.

I familiari, però, tendono a sentirsi spesso esclusi nonostante la loro volontà di continuare a far parte della vita del residente e questo ha un impatto negativo sulle strutture residenziali che dovrebbero puntare a un maggior legame con essi, specie nei primi giorni di contatto. Bisogna investire su una maggiore comunicazione e sulla qualità di essa, che vada al di là di fornire costantemente aggiornamenti sul quadro clinico del residente.¹⁴⁴

Sempre più spesso, però, il coinvolgimento dei familiari avviene quando sorge un problema rispetto alle volte in cui viene richiesto per una semplice condivisione di opinioni. *“Di fronte ai drammi, la condivisione non si trasforma in un conflitto solo se l’alleanza è già stata solidamente costruita”*.¹⁴⁵

Durante l’emergenza si è evidenziata una contrapposizione tra il personale delle Rsa e i familiari dei residenti, per mezzo di episodi di critiche verbali o segnalazioni giudiziarie che hanno interessato o singoli familiari o l’insieme di essi. Questi fatti sono i sintomi del disagio provato durante la pandemia, dell’impossibilità di avere un contatto diretto con i propri cari e a volte con gli stessi operatori. Un grande disagio si è manifestato nel vivere un lutto, riscontrando difficoltà nel poter stare accanto a un parente morente a cui non poter dare l’ultimo saluto.

I familiari hanno un ruolo importante nella cura e continuano ad essere un supporto emotivo anche dopo l’ingresso del loro caro nella struttura, ma non vengono considerati nella progettazione residenziale. Bisogna tener conto però che, così come possono contribuire al benessere del residente, possono anche essere fonte di stress o malessere. Per questo serve un maggiore contatto con essi, un’inclusione che permetta un maggiore riconoscimento in un’impostazione oggi troppo burocratica e attenta per la maggior parte al quadro clinico. Significativo è il momento dell’ingresso del residente, in cui l’accoglienza in struttura dovrebbe segnare anche l’inizio di un rapporto con la rete familiare.¹⁴⁶

1.6.10. Informazione e partecipazione

Ogni Rsa è chiamata a far conoscere sul territorio e agli utenti interessati la tipologia di prestazioni erogate, il personale addetto e i costi. Predisporre dunque materiale informativo e avvia attività di segretariato sociale per sviluppare condivisione e partecipazione nei confronti della popolazione del proprio distretto.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹⁴⁵ Cit. Vitali 2006, da Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹⁴⁶ A. Guaita, *I familiari come parte essenziale del progetto di cura*, in Riv. *I luoghi della cura del Network Non Autosufficienza (NNA)*, 2021.

¹⁴⁷ F. Pesaresi, op.cit. p. 13.

1.6.11. Valore, qualità e rischi

Le Rsa vengono costruite in risposta alla domanda del quadro demografico e divengono un valore per la popolazione assistita e tutti i soggetti che ne traggono dei vantaggi, come azionisti, management, personale, fornitori e finanziatori.¹⁴⁸

A loro volta, tali strutture, creano valore attraverso delle attività classificate in primarie e secondarie. Quest'ultime riguardano gli approvvigionamenti, lo sviluppo delle tecnologie e delle risorse umane; mentre le prime sono quelle che il cliente può percepire e con le quali può interagire, come ad esempio le attività collegate all'iter di ingresso di un residente, compresi i materiali sanitari ricevuti sottoposti a un controllo qualità, attività di marketing e quelle finalizzate a mantenere un contatto tra territorio e i familiari dei residenti.¹⁴⁹

La richiesta di strutture residenziali per anziani è determinata dal cambiamento del contesto sociale, in primo luogo dai mutamenti demografici e familiari.¹⁵⁰

Nel 2020 il 23% della popolazione italiana ha più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita è di 78,3 anni per gli uomini e di 84,6 per le donne. In termini relativi, aumenteranno soprattutto i grandi vecchi con età superiore agli 80, ad oggi oltre 4.330.000, di cui 200.000 ricoverati nelle Rsa.¹⁵¹

In secondo luogo, vi è in corso una forte competizione tra il settore privato e pubblico delle strutture residenziali, che si manifesta nella grande opera di diversificazione della loro offerta sul mercato per soddisfarne maggiormente i bisogni. Questa azione aumenta la complessità della gestione e dell'organizzazione interna, e in seguito anche delle procedure dei controlli e gli strumenti da poter utilizzare.¹⁵²

Gli *stakeholders*¹⁵³ del settore residenziale per anziani sono senz'altro molteplici, ma senza ombra di dubbio sono i clienti stessi, a cui fornire importanza e attenzione prima di tutti. Ed essi, in quanto inseriti maggiormente all'interno di una rete familiare, portano con i loro parenti, aspettative, richieste e interessi che devono essere considerate alla base delle decisioni. Gli stessi familiari dei residenti possono far parte anche del consiglio di amministrazione delle Rsa.¹⁵⁴

¹⁴⁸ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁴⁹ Ibidem.

¹⁵⁰ Ibidem.

¹⁵¹ Istat.

¹⁵² S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁵³ Intesi come portatori di interesse.

¹⁵⁴ S. Modina, op. cit. p. 18.

Comuni, regioni e aziende sanitarie, invece, prendono posto nel processo direzionale. I primi stabiliscono ad esempio la programmazione degli interventi sociali sul territorio, definendone le modalità di gestione dei servizi assieme ai rapporti con gli utenti. La regione si occupa dei requisiti che autorizzano la struttura ad erogare i servizi assistenziali e della regolamentazione delle tariffe in base alle prestazioni. Infine, l'azienda sanitaria per mezzo dell'unità valutativa multidisciplinare (UVM) stabilisce i requisiti per l'ammissione e la dimissione del residente, mantiene e vigila sui rapporti con i medici interni alla Rsa e gestisce le forniture di farmaci.¹⁵⁵

Altri due rapporti all'interno del procedimento direzionale devono essere presi in considerazione per la loro importanza. Il primo riguarda le associazioni di volontariato che possono collaborare con le Rsa attraverso progetti co-costruiti riguardanti cicli di attività ludiche o, ad esempio, servizi di trasporto. Mentre il secondo guarda al coinvolgimento dei fornitori di farmaci e presidi che nella maggior parte dei casi sono erogati dall'Asl, ma molto spesso, cucina, lavanderia, manutenzione e pulizie sono servizi gestiti da organizzazioni esterne.¹⁵⁶

Il settore delle strutture residenziali e dei servizi assistenziali è chiamato a costruire un'organizzazione che si adatta all'anziano e non viceversa, in un regime in continua evoluzione poiché le esigenze cambiano in modo costante verso la necessità di una sempre più maggiore assistenza. Inoltre, un'attività assistenziale efficace risulta essere più economica, in quanto un miglioramento generale delle condizioni di salute degli ospiti determina un maggiore livello di autonomia e quindi un minor bisogno di assistenza.¹⁵⁷

In quest'ottica le Rsa sono pertanto chiamate a redigere un progetto organizzativo per realizzare la loro *mission* aziendale. Esso serve per determinare la struttura organizzativa, le aree di competenza e responsabilità. Definire la struttura è particolarmente rilevante ai fini di un buon funzionamento in termini di efficienza ed economicità ed è utile per questo sviluppare l'autonomia del personale tramite formazione e meccanismi di incentivazione.¹⁵⁸

Ad occuparsi della realizzazione di un sistema che produca qualità, sempre all'interno del settore delle strutture residenziali, sono le amministrazioni pubbliche. Esse si devono occupare di accrescere

¹⁵⁵ Ibidem.

¹⁵⁶ Ibidem.

¹⁵⁷ Ibidem.

¹⁵⁸ Ibidem.

il valore qualitativo per il cliente, quindi agli interventi effettuati per la sua assistenza che deve coincidere da un lato con il suo gradimento e dall'altro all'efficacia dei risultati. Per perseguire tale obiettivo le norme pongono i requisiti strutturali e gestionali minimi da garantire, come ad esempio il numero di operatori per residente.¹⁵⁹

Il concetto di qualità è multiforme e le aziende, di conseguenza, devono guardare a numerosi aspetti per garantirlo.

Si parla di qualità della struttura quando si considera il luogo dov'è costruita, la sua progettazione e gestione, criteri di bellezza estetica e in che modo essa offre confort e sicurezza.

Con qualità dell'organizzazione è da intendersi l'insieme delle capacità professionali degli operatori secondo il loro grado di responsabilità ai quali non si devono attribuire errori derivanti dalla progettazione del sistema. Risulta importante per questo che ogni singolo membro conosca la propria professione e riconosca il suo ruolo all'interno del sistema di cura affinché si senta responsabile del proprio operato.¹⁶⁰

¹⁵⁹ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁶⁰ *Figura Erronea. Solo documento principale. Esempio Organigramma Rsa*

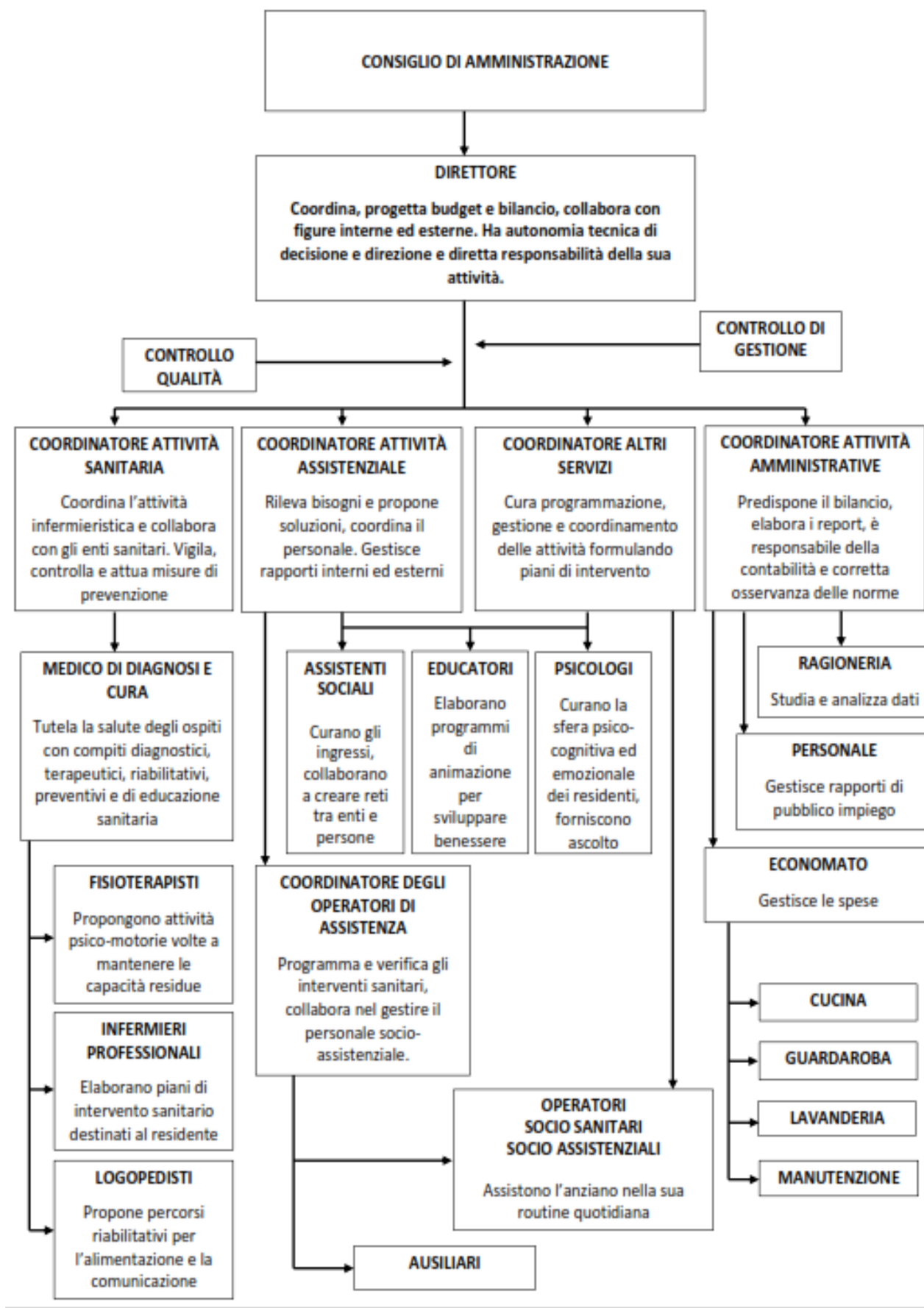


Figura 1 Esempio Organigramma Rsa

La qualità del processo, invece, è collegata alla conoscenza e al rispetto dei protocolli di comportamento e dipende dall'insieme di tutti i processi coinvolti. I processi di qualità, infatti, consentono di minimizzare costi e tempi oltre a generare prodotti e servizi di qualità.¹⁶¹

Anche il servizio della prestazione è soggetto ad una valutazione secondo gradi di efficacia, tempestività, personalizzazione e modalità di realizzazione e la sua qualità è misurabile attraverso molteplici indicatori.¹⁶²

Non è da sottovalutare, ad esempio, la qualità percepita dal residente e dai familiari che dipende dalle aspettative e dalle proprie attese e da un confronto del servizio con altri sul territorio. Per questo nel processo qualitativo residenti e famiglie vengono chiamati a partecipare ad indagini di gradimento per le rilevazioni complessive del servizio, oltre a segnalare reclami o suggerimenti.¹⁶³

La qualità del servizio offerto e delle prestazioni realizzate è misurabile anche attraverso gli indici di *outcome* che pongono in relazione la salute dei residenti con le attività assistenziali erogate e tengono conto del grado di benessere bio-psico-sociale degli anziani in base alla riduzione delle disabilità o anche all'alleviamento dei disturbi.¹⁶⁴

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività. Ogni anno ciascuna struttura organizzativa effettua o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità chiedendo la partecipazione di tutto il personale. Le regioni assicurano l'integrazione di attività per la verifica della qualità e impongono l'individuazione di un responsabile di controllo in ogni organizzazione interna.¹⁶⁵

Il Servizio Sanitario Nazionale a questo scopo ha adottato una serie di indicatori per valutare l'efficienza gestionale e i risultati delle attività sanitarie. Essi vengono rilevati annualmente e inseriti in un rapporto in modo tale da poter essere analizzati.¹⁶⁶

La valutazione delle Rsa non deve tener conto solo del processo del lavoro svolto, ma anche degli esiti ottenuti allo stato di benessere dei residenti.¹⁶⁷

¹⁶¹ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁶² Ibidem.

¹⁶³ Ibidem.

¹⁶⁴ Ibidem.

¹⁶⁵ F. Pesaresi, op. cit. p. 13.

¹⁶⁶ Ibidem.

¹⁶⁷ Ibidem.

Se da un lato, dunque, è importante guardare alla qualità del servizio, altrettanto rilevante è considerare e arginare i rischi. Il rischio economico è presente in ogni impresa e non può essere assunto come carattere specifico delle Rsa, le quali ne devono affrontare di tipici e molteplici. La loro copertura implica dei costi e pertanto si cerca di prevenirli nel tempo. Nelle Rsa si effettuano ad esempio interventi strutturali, si tiene conto della gestione delle risorse umane affinché il personale mantenga la propria posizione o si possa prevedere anticipatamente una sua possibile sostituzione per evitare situazioni di necessità e mancanza della presenza di ruoli scoperti.¹⁶⁸

Le Rsa inoltre non devono incorrere a una perdita di fiducia nei confronti del territorio e dei familiari in quanto dotate di una certa reputazione. Questo rischio di mercato è secondario poiché è determinato in seguito a scelte negative o errori. Non è raro, comunque, che una determinata reputazione nasca anche dalla mancanza di conoscenza e non si basi su fatti concreti ma sulla percezione o un'idea comune. Pertanto, è necessario mantenere un contatto stretto con il territorio e la comunità.¹⁶⁹

Sussistono poi rischi legati al processo assistenziale che sono interni quando insorgono dalla gestione delle risorse; rivolti verso l'esterno quando derivano dai rapporti con regione e asl e provenienti dall'esterno come rischi biologici, vedi Covid-19.¹⁷⁰

1.7. Riflessioni conclusive del capitolo

La richiesta di un mercato nel settore di servizi per anziani in continua espansione, grazie ad una società che invecchia per cure mediche sempre più avanzate, da alimentare con maggiori e continui investimenti, mette in difficoltà le stesse strutture sanitarie orientate a brevi degenze, i familiari davanti a un bivio nella scelta tra tipologie sempre più diverse di assistenza e anziani stessi.¹⁷¹

Le novità a livello normativo e regionale hanno modificato il sistema assistenziale rivolto alle persone anziane. Oggi potendo risalire a una descrizione precisa, seppur disomogenea, delle caratteristiche delle Rsa, viene evidenziata la possibilità per le regioni di poter compiere scelte autonome potendo guardare a un modello nazionale di riferimento.¹⁷²

¹⁶⁸ S. Modina, op.cit. p. 18.

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Ibidem.

¹⁷¹ S. Modina, op. cit. p. 18.

¹⁷² F. Pesaresi, op.cit. p. 13.

La competenza relativa all'organizzazione delle Rsa rimane in capo alle regioni che la esercitano tenendo conto delle compatibilità economiche e normative complessive. Infatti, la materia della organizzazione dei servizi sanitari residenziali extra-ospedalieri rientra nelle competenze regionali. Questo significa che gli atti esaminati non forniscono delle indicazioni vincolanti per le regioni, se non vengono riconosciuti da esse per garantire un livello assistenziale omogeneo sul territorio nazionale.¹⁷³

Nell'ultimo decennio nell'agenda pubblica si è trovato spazio per l'innovazione sociale come strumento per far fronte alla crisi del 2008. Essa vuole valorizzare le risorse per prevenire e rispondere ai nuovi rischi sociali e consiste in nuove idee che possano soddisfare le esigenze sociali per mezzo di collaborazioni al fine di migliorare la società e il suo agire.¹⁷⁴

Essa mira a modificare gli strumenti di innovazione, le funzioni e le modalità di dare informazioni e orientare le persone, fornire una maggiore continuità ospedaliera territorio, fornire più servizi alla domiciliarità per arricchire gli interventi e renderli più specializzati in casi di situazioni specifiche quali demenze, e nuove figure professionali, maggiore offerta residenziale come co-housing e strutture per chi non ha perso del tutto l'autonomia, sostegni economici.¹⁷⁵

Nonostante i tentativi di innovazione sociale siano stati tanti per le regioni ad essere messi in atto, l'Italia è ancora lontana dal presentare una valutazione degli esiti delle esperienze innovative. Pertanto, si prosegue su due strade: si continua con quelli tradizionali e anche con quelli sperimentali poiché questi ultimi non modificano quelli precedenti.¹⁷⁶

L'attivazione di nuovi servizi è senza dubbio positiva in termini di diversificazione dell'offerta e delle risposte, ma si rischia di perdere in organicità e di favorire una proliferazione continua di azioni senza un disegno strategico d'insieme.¹⁷⁷

¹⁷³ Ibidem.

¹⁷⁴ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ Network Non Autosufficienza, op. cit. p. 4.

¹⁷⁷ Ibidem.

2. Le conseguenze derivanti dall'emergenza Covid-19

2.1. L'impatto sul Sistema Sanitario Nazionale

Molti sono stati i tentativi attraverso ricerche, indagini, studi, per trovare risposta alle cause scatenanti dell'epidemia da Covid-19.

L'emergenza sanitaria rappresenta un elemento di forte sollecitazione del SSN. Ha messo alla prova il sistema sanitario, ma anche quello territoriale e ha evidenziato delle fragilità che vengono accentuate dal dibattito italiano odierno, secondo una diversa scala valoriale.

In particolar modo, i mass media si sono concentrati fortemente sul dirigere l'attenzione verso i tagli praticati alle risorse finanziate del SSN, in particolare nell'ultimo decennio, e su quello dei posti letto per le strutture sanitarie. Tale riduzione però, era già stata avviata negli anni Ottanta del Novecento per poi progredire progressivamente fino ad oggi.¹⁷⁸

Un fronte comune afferma che tale taglio sarebbe stato troppo eccessivo, privando le terapie intensive e i reparti interessati della possibilità di gestire, con maggiore facilità, l'afflusso di nuovi pazienti Covid-19. Tale causa, però, non è da intendersi come quella principale e nemmeno l'unica su cui poter indirizzare la nascita di tutte le criticità emerse a seguito della pandemia.¹⁷⁹

L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha portato inoltre a rivedere l'organizzazione del sistema sanitario nazionale (SSN)¹⁸⁰, che si diversifica tra regione e regione, per comprendere come poter gestire la pandemia, ma soprattutto poter scoprire su quali punti si è dimostrata impreparata, per poter in futuro dimostrarsi pronta a fronteggiare un'emergenza. L'idea comune maggiormente veicolata oggi afferma che il SSN non è riuscito ad assorbire gli elevati numeri di pazienti Covid-19, portando a numerose conseguenze. che hanno delineato i punti deboli di un sistema già incrinato.

I fattori incriminati come cause più rilevanti del fenomeno risiedono nell'inadeguato numero di posti letto, del personale medico e infermieristico, della terapia intensiva e delle misure di sicurezza.

“Il sistema sanitario è stato colpito fortemente in prima linea in riferimento alla dotazione inadeguata di posti letto. Nel 2017 la dotazione di posti letto ospedalieri in Italia (3.50 per 1.000

¹⁷⁸ G. Vicarelli, G. Giarelli (a cura di), *Libro Bianco. Il servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano, 2021.

¹⁷⁹ Ibidem.

¹⁸⁰ istituito con la legge n.833 del 23 dicembre 1978.

abitanti) è appena oltre la metà di quelli esistenti in Francia (5.98 per 1.000 abitanti) e quasi tre volte meno che in Germania (8 per 1.000 abitanti)".¹⁸¹

Considerando che nel 2019 vivevano 703 milioni di persone di età pari o superiore a 65 anni nel mondo e che rappresentavano il 9% della popolazione globale, si stima che nel 2050 costituiranno il 16%.¹⁸²

Dal punto di vista dei tassi di ospedalizzazione ogni 1.000 abitanti, il secondo e il terzo posto sono detenuti, rispettivamente, dagli ultra settantacinquenni e la fascia di età tra 65 e 74 anni, entrambi preceduti dai neonati.¹⁸³ Gli ultra settantacinquenni quindi sono l'età con il maggior numero di ricoveri che monopolizza oltretutto il settore della riabilitazione.

Le fasce di età più avanzate, infine, sono caratterizzate non solo da ricoveri acuti ma anche per aver riportato dei traumi che richiedono pochi giorni di trattamento e che invece vengono allungati, portando l'ospite a pesare sul sistema ospedaliero in assenza di alternative.

*“Circa il 75% delle persone con 75 anni o più, funzionalmente indipendenti al ricovero in ospedale da casa, non sono più funzionalmente autonomi alla dimissione; il 15% delle persone ultra settantacinquenni è dimesso con ausili di complicata gestione”*¹⁸⁴. Di conseguenza alla dimissione si guarda o a una struttura residenziale o alla possibilità di prendersi cura dell'anziano nella propria abitazione con un'assistenza. Le differenze dei servizi consistono nell'intensità di assistenza sanitaria necessaria.

La deospedalizzazione è collegata all'aumento dei costi sanitari e all'invecchiamento della popolazione, fattori che hanno portato alla necessità di istituire dei servizi territoriali che potessero prevedere delle alternative al ricovero ospedaliero. I paesi europei, dunque, hanno investito nelle reti di questi servizi per avere una continuità assistenziale, alleggerendo dall'altro lato i servizi ospedalieri.

*“Mentre infatti, sia in Francia che in Germania la spesa sanitaria pro-capite per servizi non ospedalieri e per servizi long-term care”*¹⁸⁵ *ha avuto una tendenza sensibilmente positiva nel periodo 2012-17 (+30 % la spesa non ospedaliera in Francia, +40% la spesa long-term care in Germania), in Italia la riduzione della spesa ospedaliera (-7.3% in 5 anni) non è stata compensata dall'aumento, peraltro, molto modesto della spesa non ospedaliera (+1.7%) e di quella long-term care (+3.7%).*

¹⁸¹ M. Arlotti, C. Ranci, Laboratorio di Politiche Sociali - Politecnico di Milano, Progetto In-Age, *A volte ritornano. Pandemia, politiche di welfare sanitario e territorio per la gestione della riapertura*, 2020.

¹⁸² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019).

¹⁸³ Istat.

¹⁸⁴ V. Albanesi, *Anziani deportati*, Redattore Sociale, 20/05/2020.

¹⁸⁵ Abbr. LTC: insieme dei servizi destinati all'assistenza a lungo termine per la vecchiaia, la disabilità e non autosufficienza.

Negli ultimi vent'anni quindi la sanità territoriale non è stata oggetto di investimento nel nostro paese."¹⁸⁶

Per mezzo di dati nazionali e internazionali dell'Istat e del Ministero della Salute, si denota come Italia, Regno unito e Spagna abbiano in dotazione un Servizio Sanitario Nazionale, a differenza di Francia e Germania che usufruiscono di un sistema sanitario organizzato in forma mutualistica. Per quanto riguarda il numero dei posti letto, poi, in Italia si evidenzia come essa sia stata più forte nel periodo 1980-2000 rispetto all'ultimo ventennio, periodo nel quale non si deve limitare la ricerca delle cause epidemiologiche.¹⁸⁷

In quel periodo, infatti, in Italia si è verificato un periodo di drastici cali dell'incidenza di malattie infettive e ad un aumento delle malattie croniche, che hanno iniziato ad essere curate maggiormente a domicilio o in settore ambulatoriale. Questo ha portato allo spostamento di risorse dall'ospedale al territorio giustificando la contrazione dei posti letto. Inoltre, il progresso tecnologico ha portato a far diminuire le prestazioni erogabili solo mediante un ricovero ospedaliero e a sviluppare attività di prevenzione e promozione sul territorio.

I piccoli ospedali sono stati chiusi e riconvertiti sia per ridurre la capacità produttiva sia per concentrarla in strutture di dimensioni maggiori. Un ospedale di grandi dimensioni si ritiene essere più efficiente in quanto in grado di ridurre costi su grande scala e di poter garantire una qualità maggiore, potendo sfruttare risorse più cospicue e in modo continuo.¹⁸⁸

Le politiche ospedaliere, dunque, si sono rivolte nel concentrare posti e risorse in grandi strutture per razionalizzare l'organizzazione. Con il sopraggiungere dell'epidemia questo assetto ha portato a una maggiore diffusione del contagio al suo interno e privando il territorio di un sistema adeguato di cure di prossimità. Ciò può risultare evidente guardando le condizioni delle zone di provincia rispetto alle grandi aree urbane, anche se l'emergenza ha portato l'aumento di bisogni in tutto il territorio.¹⁸⁹

Le politiche di deospedalizzazione si sarebbero dovute mettere in atto contemporaneamente alla costruzione e al rafforzamento di un sistema di servizi territoriale e domiciliare, guardando ai bisogni della popolazione, ma, al contrario, essi sono stati penalizzati a causa anche di una ristrettezza di risorse finanziarie. Su questo fattore ha avuto una grande influenza anche la configurazione

¹⁸⁶ M. Arlotti, C. Ranci, op. cit. p.39.

¹⁸⁷ G. Vicarelli, G. Giarelli, op. cit. p. 38.

¹⁸⁸ Ibidem.

¹⁸⁹ Ibidem.

organizzativa dei distretti, riuniti all'interno di aziende ospedaliere indipendenti dalle aziende sanitarie, spingendo i sistemi regionali a preferire una assistenza ospedaliera.

Allo stesso modo di sarebbe dovuto pensare anche alla gestione di cure intermedie e non solo per patologie acute, fornendo servizi e centri per garantire un'assistenza di ricovero di bassa intensità.

Purtroppo, lo sviluppo di tali forme di assistenza ancora oggi rimane limitato e concentrato solo su alcune regioni.¹⁹⁰

Questo mancato sviluppo di un sistema territoriale ed esterno al mondo ospedaliero ha portato all'incapacità di fronteggiare l'emergenza, pesando sulle strutture di ricovero. Al di là del numero esiguo di posti letto, però, deve essere tenuto conto anche delle forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero che non sono state sviluppate in modo sufficiente.

Di conseguenza al potenziamento delle dotazioni ospedaliere è necessario avviarne uno in favore della rete dei servizi territoriali. È insufficiente, infatti, aumentare il numero di terapie intensive, come dimostra il ministero della salute dal 2000 al 2010, senza il supporto del territorio.

Inoltre, perché il sistema di cure primarie possa essere efficiente deve prevedere la dotazione strutturale adeguata con una dipendenza fortemente legata alla stessa assistenza territoriale.

Dunque, una possibile soluzione potrebbe essere investire maggiormente nelle cure extra ospedaliere, apportando però contemporaneamente dei cambiamenti significativi nell'organizzazione dei servizi sanitari pubblici.¹⁹¹

Una nuova attenzione deve essere posta poi nei confronti del MMG¹⁹², figura chiave per l'accesso alle cure del cittadino. La politica sanitaria si era preposta l'obiettivo di integrare la medicina generale e l'organizzazione del distretto sanitario, principio sottolineato anche dall'accordo collettivo nazionale e a quelli integrativi regionali, riscontrando tuttavia difficoltà di fronte all'eterogeneità dei modelli regionali frammentati. Prendendo in analisi il caso italiano si può notare come dal 2000 la tendenza del numero dei MMG si sia ridotto rispetto a quello medio europeo, mettendolo in relazione con l'andamento demografico del paese che ha visto un aumento della popolazione anziana e di conseguenza della domanda di assistenza e cura sanitaria. Questa drastica riduzione è un dato strutturale che ha impoverito il sistema sanitario, portando all'amplificazione del disagio in molte regioni che si sono rivelate maggiormente vulnerabili.¹⁹³

¹⁹⁰ G. Vicarelli, G. Giarelli, op. cit. p. 38.

¹⁹¹ Ibidem.

¹⁹² Medico di Medicina Generale.

¹⁹³ G. Vicarelli, G. Giarelli, op. cit. p. 38.

Storicamente all'istituzione del SSN si è susseguita una fase di incremento in termini numerici di personale e trasformazioni istituzionali e organizzative per poi assistere dal 2019 in poi una riduzione significativa. Infatti, i trent'anni che susseguono alla nascita del SSN al 2008 si caratterizzano per una crescita costante della sanità, mentre dal 2019 si avvia una decrescita collegata al ridimensionamento del welfare italiano. A caratterizzare tale decrescita si presenta una svalorizzazione dello stesso personale medico testimoniato da nuove condizioni contrattuali e una maggiore flessibilità.¹⁹⁴

Agli inizi del 2020 il SSN, pertanto, si ritrova con un numero inferiore di personale e ad una carenza che si acuisce davanti alla nascita dell'emergenza. Si ricorre da parte del governo a procedure straordinarie per potenziare il sistema e riempire i reparti ospedalieri per la necessità sanitaria. Una procedura tra queste, per esempio, risulta essere il conferimento dell'incarico a specializzandi degli ultimi anni di università. Con il decreto Cura Italia (d.l n. 18 del 17 marzo 2020, convertito in L. n.27 del 24 aprile 2020) vengono assunti più di 20.000 lavoratori. Ovvero entrano a far parte del sistema più della metà di coloro che erano usciti dallo stesso negli ultimi dieci anni per mezzo di contratti indeterminati e determinati. Gli anni precedenti in cui non si è favorito un riconoscimento economico e di legittimazione sociale ai professionisti di questo settore hanno portato a diventare un punto di fragilità del SSN che si è dimostrato, anche per questo, incapace davanti alla situazione emergenziale.¹⁹⁵

È anche vero che lo stesso Sistema Sanitario Nazionale è stato l'unico e il primo strumento di fronteggiamento dell'emergenza, specie attraverso la somministrazione di test sanitari utilizzati anche come dispositivi di tracciamento per arginare il contagio e ha risentito dalla nascita dell'epidemia una grande pressione.

In secondo luogo, bisogna ricordare che la prima risposta all'emergenza Covid-19 è stata sanitaria con l'istituzione delle USCA¹⁹⁶ attraverso l'art. 8 del d.lgs.14/2020 in tutte le regioni. Esse nascono in presenza di un'unità preesistente assistenziale ogni 50.000 abitanti per gestire le cure domiciliari di pazienti positivi al virus. Sono normate da medici di varia competenza per assistere i pazienti a domicilio e sollevare da questo onere i medici di base. Esse sono il risultato nato dalla necessità di provvedere a iniziative di carattere urgente per prevenire e monitorare la diffusione del virus sul

¹⁹⁴ G. Vicarelli, G. Giarelli, op. cit. p. 38.

¹⁹⁵ Ibidem.

¹⁹⁶ Unità Speciali di Continuità Assistenziale.

territorio. Si sono rivelate uno strumento utile anche per avere un quadro più preciso della situazione emergenziale e controllare il flusso negli ospedali.

I nominativi dei pazienti positivi al Covid-19 vengono comunicati dai pediatri e dai medici di base all'unità assistenziale. Tutte le regioni italiane in tempi brevi sono riuscite a deliberarle, ma perché potessero essere operative effettivamente sul territorio, i tempi si sono allungati in quanto hanno riscontrato molte difficoltà, tra cui mancanza di adesioni, di dpi¹⁹⁷ e mezzi di trasporto. Esse sono state attivate quando gli ospedali si trovavano già sotto la pressione emergenziale.

*“Il Veneto, invece di una Usca ogni 50.000 abitanti, ha previsto delle sub-dimensioni ogni 8.500 abitanti per favorire un rapporto più stretto con i MMG e le loro articolazioni. Uno dei forti limiti dell'iniziativa è dato dalla esigua retribuzione garantita fissata in 40 euro per ogni ora di attività svolta. Il panorama regionale è abbastanza differenziato ma a aderire sono soprattutto i medici di continuità assistenziale (medici di guardia medica) ed altri medici che stanno spesso completando il loro percorso formativo.”*¹⁹⁸ Il peso della lacuna è stato risentito sul carico assistenziale degli MMG che sono stati incaricati della salute di più di mille pazienti e di pari passo l'assistenza sanitaria domiciliare integrata (ADI¹⁹⁹) ha subito una riduzione dell'intensità di cura.

Vi sono state significative differenziazioni regionali per quanto riguarda le strategie adottate nell'affrontare la pandemia, a cui sono susseguiti esiti fortemente legati ai modelli sanitari di riferimento.²⁰⁰

In particolare, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto essendo state precocemente soggette alle conseguenze del virus possono essere considerate le tre regioni epicentro del Covid-19.

In Lombardia l'emergenza si è combinata per mezzo di una gestione domiciliare dei casi positivi e di una somministrazione dei tamponi limitata ai ricoveri in ospedale. Ha attuato una politica individuale destrutturando il sistema e portandone a un indebolimento generale a favore di scelte ospedaliere il cui peso ha portato al collasso dello stesso sistema sanitario.²⁰¹

¹⁹⁷ Dispositivi di protezione individuale.

¹⁹⁸ F. Pesaresi, *Covid-19. Le unità speciali di continuità assistenziali (Usca)*, Welforum, 29/04/2020.

¹⁹⁹ Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), prestazioni domiciliari erogate da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate (medico, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) competente per territorio.

²⁰⁰ G. Vicarelli, G. Giarelli, op. cit. p. 38.

²⁰¹ Ibidem.

Inutile ribadire, dunque, come anche in questa regione, il sistema sanitario si sia ritrovato ad essere la prima risposta all'emergenza. L'incidenza degli isolamenti domiciliari rimane infatti più bassa fino a che non subisce un cambio di tendenza con l'introduzione delle USCA.

In Veneto la gestione domiciliare è andata di pari passo con quella dei tamponi. Tali test somministrati precocemente non solo alla persona che presentava i sintomi da Covid-19, ma anche alla lista dei suoi contatti, ha permesso la prevenzione della diffusione del contagio, attivando fin da subito le strutture sanitarie territoriali e permettendo al sistema sanitario di avere appoggio e sostegno, pur essendo sotto pressione. Il Veneto ha guardato, inoltre, a una politica pubblica portando il sistema a porre in primo piano la prevenzione pubblica e un modello sanitario che potesse così integrare servizi territoriali e ospedalieri.²⁰²

In Emilia-Romagna, invece, la gestione dell'emergenza guarda al modello lombardo per i tamponi che vengono effettuati solo in presenza di sintomi e strettamente alla persona che li manifesta, e al modello veneto per aver puntato al trattamento domiciliare rispetto a quello ospedaliero.

*“Quantità, velocità e sequenzialità hanno influito in modo rilevante sui tassi di mortalità ma soprattutto sugli interventi ospedalieri. La reazione dei sistemi sanitari regionali ha sostanzialmente riprodotto il modello di sanità pubblica preesistente.”*²⁰³

Nonostante questo quadro, gli ospedali, anche di recente costruzione, non sono pensati con attenzione gerontologica. Le procedure di accesso, di permanenza e di dimissione non sono impostate secondo una medicina con elementi specifici geriatrici. Ciò crea problemi negli interventi e di conseguenza ai pazienti stessi disperdendo risorse significative. Se già dalla formazione medica non si imposta la visione reale dei futuri pazienti anziani, è molto difficile inventare modi e risorse adeguate ai nuovi scenari.

Davanti alla consapevolezza di questo scenario vi è una tendenza a preferire un'assistenza domiciliare per ricevere le cure necessarie alle proprie condizioni di fragilità. Occorre però una garanzia maggiore di organizzazione sia medica che di sostegno.

Purtroppo, la certezza dell'ADI non è garantita e oscilla a seconda delle sensibilità e delle disponibilità finanziarie.

²⁰² G. Vicarelli, G. Giarelli, op.cit. p. 38.

²⁰³ M. Arlotti, C. Ranci, op. cit. p. 39.

Le famiglie sono costrette a ricorrere ad un personale non sempre formato e affidabile, sostenendone il costo con il proprio reddito, in parte o del tutto, in quanto la pensione della persona anziana che ne ha bisogno non è sempre sufficiente.

La vita dell'anziano ha percorsi facilmente prevedibili: gli ultimi dieci anni di vita vanno monitorati e integrati in un sistema sanitario e sociale capace di offrire, a seconda delle condizioni, riferimenti, interventi, risposte efficaci. In alternativa all'assistenza domiciliare vi è la possibilità di rivolgersi alle strutture residenziali.²⁰⁴

Pur condividendo gli stessi valori, tra cui l'universalità, l'accesso a cure di buona qualità, equità e solidarietà, i sistemi sanitari in tutta l'Ue differiscono sostanzialmente riguardo l'assistenza a lungo termine sia per una questione finanziaria sia per la diversificazione delle funzioni mediche.

"A fronte di un aumento della popolazione anziana e del numero di persone non autosufficienti, il sistema delle residenze ha conosciuto, in controtendenza, una contrazione significativa nel numero dei ricoverati. La contrazione dei ricoveri è coincisa con una focalizzazione delle residenze verso l'alta intensità sanitaria (che assorbivano il 26% nel 2009 e assorbono il 36% dei ricoverati nel 2016) con il conseguente aumento dei ricoverati in strutture ad elevata intensità e con età superiore ad 80 anni (dal 72% al 75%)".²⁰⁵

L'aumento della componente sanitaria ha comportato un aumento progressivo dei costi di gestione e di personale e un incremento della quota di spesa a carico delle famiglie o dei comuni.

"Anche se a livello nazionale non si è assistito ad un taglio del personale, nondimeno la progressiva sanitarizzazione delle strutture è avvenuta congiuntamente ad un netto taglio (pari al 15%) del personale medico, compensato da un aumento di pari proporzioni nel personale adibito alla cura delle persone e alla sostanziale stabilità del personale infermieristico".²⁰⁶

L'istituzionalizzazione²⁰⁷ diventa quindi una necessità per chi non ha modo di rimanere in ospedale, non ha una rete familiare o pur avendola non ha accesso a un'assistenza domiciliare, o infine si trova in una situazione di totale abbandono.

²⁰⁴ Si diversificano per tipologia: Rsa (residenze sanitarie assistenziali a nucleo chiuso o aperto), Hospice (strutture che supportano l'anziano nel fine vita attraverso cure palliative), mini alloggi, appartamenti protetti.

²⁰⁵ V. Albanesi, op. cit. 39.

²⁰⁶ Ibidem.

²⁰⁷ Da intendersi come 'Processo di inserimento, nell'ambito delle procedure assistenziali, di persone in stato di bisogno in strutture a loro dedicate a fini educativi e riabilitativi (case di riposo, hospice, comunità per tossicodipendenti)', Trecani (2010).

Dai vecchi ricoveri per anziani, nel tempo, sono stati indicati i criteri di accreditamento delle strutture per anziani, facendo riferimento, per i numeri di posti letto, alla percentuale calcolata per mille abitanti: il cosiddetto “fabbisogno” stabilito dalla regione competente. Il limite maggiore dei criteri di regolamentazione è il riferimento allo schema ospedaliero.

La tendenza è di creare grandi numeri per la cosiddetta “economia di scala” impostando le strutture residenziali per anziani come dei veri e propri ospedali alternativi anche se la finalità è completamente diversa. Negli ospedali l’obiettivo è quello di rimettere in salute il paziente, nelle residenze, invece, dovrebbe essere quello di garantire una vita dignitosa fino alla sua fine.²⁰⁸

Urge quindi una nuova modalità di cura per le persone più fragili per prevenire e limitare danni ulteriori, conseguenze che non devono essere analizzate solo dal punto di vista statistico, ma anche etico e sociale. La presa in carico del familiare bisognoso di cure, infatti, è in prima linea gestita da una rete familiare, se esistente, pesando economicamente su di essa. Ciò genera povertà e solitudine.

La pandemia ha messo a nudo gli elementi di maggiore fragilità e inefficienza del sistema sanitario e assistenziale, a partire dei servizi erogatori di cure assistenziali e mediche.

“L’assenza di un filtro territoriale che identificasse i casi, i conviventi e i contatti, intervenendo e curando a domicilio e inviando solo quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali.”²⁰⁹

Serve un maggior riconoscimento dei servizi territoriali attraverso logiche di prossimità e multidisciplinarietà, garantendo spazi di socializzazione e buona informazione.

“Ancor oggi la territorialità, specialmente quella sanitaria non si è del tutto affrancata da una cultura clinica e da un approccio diagnostico per sintomi patologici del malessere con la conseguenza che gli aspetti sociali e ambientali e di prevenzione paiono residuali. Ciò rende difficile la vera presa in carico della persona “fragile” in una logica di complementarità di tutti i fattori concausa del disagio e di tutti gli attori della rete che, con pari dignità, concorrono al benessere della persona anziana.”²¹⁰

²⁰⁸ V. Albanesi, op. cit. p. 39.

²⁰⁹ G. Maciocco, *Cure primarie e medicina di famiglia. Il vecchio e il nuovo*, Welforum, 28/07/2020.

²¹⁰ M.C. Novelli, M. Totis, B. Bruno (a cura di), (2020), *Anziani e pandemia: lo strappo nel cielo di carta*, Welforum, 22/10/2020.

La necessità di affrontare l'emergenza abbandonando un approccio *patient centered* per adottarne uno *community centered* ha portato a evidenziare come questa fragilità e inefficienza non siano caratteristiche negative tipiche unicamente del territorio, ma siano una questione nazionale. Si tratta infatti di rimediare in tempi rapidi ad un'arretratezza sia culturale sia scientifica, attribuita da anni al settore delle cure primarie quali la medicina generale ma anche il settore assistenzialistico.

Di conseguenza sono coinvolti e sono da coinvolgere numerosi attori e interessi che difficilmente trovano accordo ed equilibrio, per porre le fondamenta di un sistema stabile e che possa essere di supporto per il miglioramento del servizio sanitario pubblico attuale. Tale cambiamento richiede delle tempistiche molto lunghe, di tempo che davanti all'emergere e al divagare del contagio odierno da Covid-19 non ci si può permettere. L'intero sistema è diventato l'obiettivo della necessità del potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale.²¹¹

Esso avrebbe dovuto essere un obiettivo a cui si sarebbe dovuto guardare costantemente, ma al contrario, esso è stato soggetto a un definanziamento lungo gli anni. I soldi che erano inizialmente stati riservati ad esso sono stati dirottati su altro portando a un ridimensionamento del sistema sanitario nonostante la crescita della sua spesa, che pur essendoci stata, è rimasta inferiore al tasso di inflazione. Di conseguenza rispetto alla media dei paesi europei la spesa per la sanità italiana risulta essere molto bassa.²¹²

Il calo di risorse ha intaccato sia le infrastrutture che hanno visto la riduzione del circa 30% negli ultimi dieci anni sia il numero del personale su cui è pesato un blocco dei turnover senza bandi e una serie difficoltà per accedere ai corsi post laurea di medicina. Conseguenze che hanno influito molto su un sistema sanitario oggi perennemente sotto stress e che ha reso il quadro nella situazione emergenziale davvero drammatico. È così che si è evidenziata una fuoriuscita di personale verso l'estero portando l'Italia ad avere meno infrastrutture, meno posti letto e anche meno personale qualificato per reggere e gestire l'emergenza.²¹³

Inoltre, l'età media di medici e infermieri presenti è superiore alla media europea e per il loro ricambio saranno necessarie numerose risorse e nuove modalità di assunzioni che possano rivalutare le figure che lavorano nel settore sanitario e rivedere la distribuzione dei loro ruoli e compiti all'interno dell'organizzazione complessa, ma di vitale importanza della sanità.²¹⁴

²¹¹ G. Maciocco, *Cure primarie e medicina di famiglia. Il vecchio e il nuovo*, Welforum, 28/07/2020.

²¹² Ibidem.

²¹³ Ibidem.

²¹⁴ Ibidem.

In particolare, è di cruciale rilevanza rivedere il ruolo del medico di base affinché possa essere riconosciuto come un elemento di monitoraggio e prevenzione di nuove epidemie per mezzo del contatto diretto con la popolazione. La sua figura potrebbe rilanciare un nuovo sistema di gestione delle cure ottenendo una maggiore tempestività nel dare informazioni e protezione. Bisogna infatti tener conto che la diffusione repentina del contagio ha portato al collasso il sistema sanitario con l'affollamento dei posti letto già carenti in terapia intensiva e semintensiva, pesando molto sui bisogni di persone con patologie pregresse il cui diritto alla salute è stato limitato.²¹⁵

Secondo il pensiero di Ranci Ortigosa²¹⁶ occorrerà *“reinvestire in modo netto in sanità” sia dal punto di vista strutturale che del personale poiché il Sistema sanitario nazionale è una “spina dorsale” insostituibile*. Pertanto, serviranno nuovi percorsi di formazione e anche di assunzione e retribuzione.

Nel breve termine si possono aumentare le assunzioni al fine di ottenere un tracciamento dei casi per isolarsi e prevedere un supporto e sostegno a chi è contagiato attraverso l'assunzione di figure sanitarie. Poi si dovrà riorganizzare il sistema di cure guardando alla nascita di gruppi multidisciplinari che non solo possano intervenire in casi di emergenza ma possano prevenirne in tempi precoci.

Queste sono le maggiori fragilità emerse durante la pandemia che si è cercato di tamponare aumentando le assunzioni di personale e imponendo un regime di controllo severo delle strutture residenziali per anziani senza però andare ad intervenire veramente sul problema.

La soluzione a lungo termine che si dovrebbe adoperare ad attuare sembrerebbe risiedere nel coinvolgimento di maggiori attori possibili al fine di rafforzare lo stesso territorio e i suoi servizi.

Infine, è necessario apportare un rinnovamento culturale e scientifico guardando soprattutto ai livelli della professione del medico di base e alla sua valorizzazione.²¹⁷

2.2. L'assistenza domiciliare

Ammontano a 4,4 milioni gli anziani che vivono da soli, su un totale di 13,8 milioni in Italia²¹⁸ e il 52% di essi non gode di nessun aiuto.²¹⁹

²¹⁵ G. Augello (a cura di), *Covid-19-Ranci Ortigosa: “Sanità pubblica essenziale. Reinvestire è priorità”*, Welforum, 11/03/2020.

²¹⁶ *Ibidem*.

²¹⁷ G. Maciocco, *Lettera aperta al Ministro della salute*, Welforum, 28/04/2020.

²¹⁸ S. Pasquinelli, *Solitudini*, Welforum, 23/03/2020.

²¹⁹ Istat, *Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita*, 2016.

Significa che anziani anche con problemi cognitivi e demenze sono accuditi e assistiti interamente dai loro familiari che si dividono tra la cura della casa e del proprio nucleo familiare e la cura del proprio parente.

L'invecchiamento della popolazione che interessa fortemente l'Italia comporta il coinvolgimento quasi necessario della rete familiare per il supporto delle cure necessarie.

Analizzando i risultati emersi della banca dati SHARE²²⁰ sulle condizioni economiche, familiari, sociali e di salute degli individui con un'età maggiore di 50 anni provenienti da diversi Paesi europei, *“è facile osservare come il nucleo familiare abbia una funzione primaria nel fornire le cure ai propri membri, specie in società familistiche presenti in Europa del nord rispetto all'Europa del Sud. Il gradiente geografico sottolinea infatti una netta separazione tra il nord dove le percentuali relative al carico di cura sulle spalle dei figli sono molto alte rispetto al centro e al sud.”*²²¹

Dalla ricerca condotta su tale tematica emerge che sono i figli i primi a farsi carico delle cure dei propri parenti, compresi generi e nuore, seguiti da vicini di casa e amici. Questo dato è avvalorato dal legame stretto che coesiste tra il *caregiver* e la persona presa in carico e dalla distanza che intercorre tra luoghi di vita. I congiunti sono una risorsa importante in quanto fungono da ponte tra l'ambiente del quotidiano e l'ambiente disorientante, sconosciuto e complesso dell'ospedale. Nei contesti strutturati di tipo multidimensionale (che riguardano non solo gli aspetti medico-clinici, ma anche quelli psicologici e sociali), i membri della famiglia divengono parte integrante dell'équipe coinvolta nella cura.²²²

*“In Italia il 60% degli anziani abita nello stesso comune del figlio. In particolare, il 20,9% vive con i figli, il 15,1% nello stesso caseggiato e il 25,8% entro 1 km. Solo lo 0,9% ha figli lontani all'estero, il 5% a più di 50 km. Gli anziani che vivono soli e non hanno figli sono l'8,9%. Tra quelli che vivono da soli e hanno figli, il 56,4% è abituato a vedere i figli giornalmente, più le donne che gli uomini (60,5% contro 43,4%). Fra le persone di 75 e più che vivono da sole, due su tre hanno almeno un nipote. Abitando nello stesso comune, per il 74% di questi anziani la distanza abitativa con il nipote più vicino è decisamente contenuta e nel 40% dei casi i contatti sono settimanali.”*²²³

²²⁰ E. Brenna, *Legami familiari e cura degli anziani in Europa. Aggiornamenti da SHARE*, Welforum, 27/10/2020.

²²¹ Ibidem.

²²² V. Albanesi, op.cit. p. 39.

²²³ Ibidem.

“Si conferma la visione familista dell’Italia, dove da secoli la famiglia si fa carico sia dei bisogni assistenziali dei soggetti più fragili, che dei bisogni abitativi/economici dei figli adulti, che frequentemente vengono aiutati dai genitori per l’acquisto della propria abitazione, oppure scelgono la vicinanza dei genitori per consentire un aiuto reciproco.

Inoltre, all’aumentare dell’età dei rispondenti, come prevedibile, i figli assumono un peso via via crescente nella cura dei genitori, mentre si assottiglia la percentuale delle altre possibili fonti di supporto.”²²⁴

Di conseguenza aumenta la frequenza del supporto e della cura da parte del figlio nei confronti del genitore e viene ampliata anche la tipologia di cura fornita. Dallo sbrigare pratiche burocratiche si passa alle faccende domestiche fino a occuparsi di tutte le azioni quotidiane che per assenza di autonomia non vengono più svolte, comprese quelle di igiene quotidiana. Tale situazione ha un impatto fisico, emotivo e sociale su chi si fa carico della cura.

I legami familiari sono senza dubbio un supporto alla rete di servizi di cura, se non addirittura la base stessa, e per questo non abbastanza tutelati e aiutati.

“Tuttavia, nel 2017, si è assistito a una tendenza in calo dei numeri dei caregivers che suggerisce che le esigenze di cura all’interno della sfera familiare si sono fatte meno pressanti negli ultimi dieci anni. Dal momento che la domanda di assistenza è andata aumentando a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, il calo evidenziato suggerisce un possibile incremento di cure formali nei confronti delle persone anziane.”²²⁵

Sul piano finanziario la gran parte delle persone anziane vive di pensione.

Le pensioni in Italia sono oltre 17,8 milioni e valgono 208,8 miliardi di euro di cui 187 miliardi sostenuti dalle gestioni previdenziali. 13.862.598 sono di natura previdenziale, derivanti da contributi (vecchiaia, invalidità e superstiti), versati durante l’attività lavorativa. Le rimanenti sono costituite dalle prestazioni erogate dalla gestione degli invalidi civili (comprehensive delle indennità di accompagnamento), prestazioni per sostenere una situazione di invalidità congiunta, a situazione di reddito basso. Il 61,3% delle pensioni ha un importo inferiore a 750 euro.²²⁶

²²⁴ E. Brenna, op. cit. p. 49.

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ Osservatorio sulle pensioni erogate dall’Inps (2020) in riferimento al 2019.

Se poi l'aiuto necessario richiesto alla badante è a livello orario contenuto (fino a 5 ore a settimana), oltre la metà dei pensionati attuali può permetterselo (il costo annuo è di circa 2.000 euro), ma se l'assistenza richiesta è maggiore e le ore diventano 25 a settimana, il costo supera i 10.000 euro e la percentuale di anziani capaci di sostenerlo autonomamente non arriva al 20%. Se poi subentra una condizione di non autosufficienza, e il bisogno assistenziale si fa dunque ancora più consistente, sono ben pochi gli anziani che con la loro sola pensione riescono a far fronte a questa necessità.²²⁷

*“Il peso ricade così nuovamente sulle famiglie: oltre 561.000 quelle che hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi, vendere l'abitazione, o indebitarsi, per pagare l'assistenza a un non autosufficiente.”*²²⁸

Chi invece non è sostenuto da una rete familiare vive un dramma prima di tutto umano ma anche psicologico e sociale. In tempi emergenziali molti servizi si sono attivati per mezzo di iniziative di vicinato e associazioni che si sono prestate per fare la spesa o portare i pasti a domicilio. Per questi progetti non è previsto nessun fondo governativo o regionale, eppure generano un sostegno e una soluzione immediata. Un altro aiuto proviene da tutte le organizzazioni di volontariato sempre messe sullo sfondo politico e sociale nonostante abbiano un ruolo rilevante durante le emergenze.²²⁹

È inutile inoltre aggiungere come l'emergenza abbia messo in ginocchio settori come il commercio e il turismo così come il mondo delle cooperazioni sociali ma soprattutto del settore del lavoro di cura. Mentre per i primi ambiti infatti c'è la possibilità di ricorrere alle casse integrazioni o ad una nuova modalità di lavoro come lo *smart working* per le assistenti domiciliari è sempre più frequente la chiusura del rapporto lavorativo per evitare il contatto diretto, fonte di contagio e diffusione del virus. E anche se proprio per necessità alcuni di tali rapporti vengono riconosciuti e regolarizzati, rimane di gran lunga maggiore il numero dei rapporti estinti.²³⁰

Secondo l'indagine di Italia Longeva, un'analisi dettagliata per comprendere l'organizzazione dei servizi di assistenza a domicilio in dodici aziende sanitarie presenti in undici regioni italiane distribuite in modo bilanciato in tutta Italia, afferma che solo il 2,7 % e di conseguenza solo 370.000 ultra settantacinquenni su un totale di 3 milioni di persone non autosufficienti riceve assistenza domiciliare in modo continuativo.²³¹

²²⁷ Rapporto Domina – Moressa basato su dati Istat e Mef, Dipartimento delle Finanze.

²²⁸ V. Albanesi, op. cit. p. 39.

²²⁹ Ibidem.

²³⁰ S. Pasquinelli, op. cit. p. 48.

²³¹ Redattore Sociale, *Anziani, la "Babele" dell'assistenza: solo 3 su 100 curati a domicilio*, <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/anziani-la-babele-dell-assistenza-solo-3-su-100-curati-a-domicilio>.

È facile comprendere quindi come tale tipologia di assistenza possa essere vista ancora come un privilegio riservato anche nel Nord Europa al solo 20% degli anziani. E chi riesce ad usufruirne gode comunque di un numero di ore di assistenza limitato.²³²

I dati Istat dimostrano che il numero delle età della popolazione italiana è già elevato e soprattutto in continuo aumento. A fronte di questo fenomeno è necessario che il dibattito riguardante la *long term care* verta sulla nascita di un modello alternativo per far fronte alle richieste di servizi di assistenza, nonostante oggi siano meno di tre anziani su cento a usufruirne a domicilio. Questo dovrebbe essere un punto rilevante di cui tener conto per evitare e arginare il prima possibile il peso destinato alle strutture ospedaliere.²³³

Soffermandoci sui servizi di assistenza domiciliare italiani emergono poi numerose disomogeneità territoriali. Esistono aree geografiche, infatti, che presentano più servizi di altre o zone totalmente prive di essi. Una discrepanza risiede oltretutto nelle ore di assistenza fornite dalle Asl a ciascun paziente, in ogni caso sempre inferiori alla necessità.

Tale situazione evidenzia come l'Italia non riesca a dare una risposta univoca e che possa essere condivisa per gestire un'emergenza demografica oltre che epidemiologica.²³⁴

Nonostante le molteplici differenze tra un sistema sanitario regionale e l'altro permane in tutti, nessuno escluso, l'adozione di un approccio che pone al centro le strutture ospedaliere senza offrire un ampliamento o una diversificazione dell'offerta sanitaria in alternativa alla necessità di assistenza. La carenza di integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari che si riscontra maggiormente nell'assenza di un'assistenza domiciliare, porta la rete familiare ad essere la prima e spesso unica soluzione per la presa in carico della persona malata. Indifferentemente dal fatto che sia sostenuta e supportata da un servizio domiciliare o meno.²³⁵

Esso sembra essere un settore ancora appartenente a un welfare invisibile e che di conseguenza è ben poco favorito da tutele e riconoscimenti.

²³² V. Albanesi, op. cit. p. 39.

²³³ Ibidem.

²³⁴ Redattore Sociale, op. cit. p. 51.

²³⁵ Ibidem.

Ecco perché il sistema di cura domiciliare deve essere rivisto e riorganizzato guardando a tre aspetti fondamentali. Prima di tutto i *caregivers* devono trovare spazio nei progetti di assistenza effettuati dai servizi assistenziali e sanitari, e in essi il personale deve rivelarsi qualificato nel lavoro di cura, oltre ad essere sostenuto negli oneri burocratici, amministrativi ed economici dello stesso rapporto di lavoro.

Inoltre, non si deve guardare all'assistenza socioassistenziale solo come soluzione in risposta alla saturazione dei posti letto ospedalieri, ma come un servizio da potenziare, in quanto essenziale per il miglioramento della qualità di vita di famiglie e anziani.

Si necessita, pertanto, di una contrattazione che miri a creare un sistema, una *governance* che offra risposte e risorse da integrare all'interno della rete sanitaria e nella più piccola rete familiare per favorire una continuità assistenziale fornita anche da servizi diversi.

Per favorire tale innovazione si dovrà guardare a una maggiore flessibilità nelle prestazioni e nelle procedure, ma anche nella conciliazione di vita e lavoro e nelle modalità di prese in carico.²³⁶

Il welfare pubblico deve trovare soluzione, da un lato, alla necessità di potenziare la sanità anche sul livello domiciliare per garantire il *continuum* della presa in carico e, dall'altro, alla necessità di garantire per mezzo di essa una vita dignitosa a seconda della condizione fisica e psichica di ogni anziano.

È chiaro, dunque, che se le cure al proprio domicilio possono essere una parte della soluzione, esse possono anche non rispondere alle esigenze della parte restante della popolazione che necessita di maggiore assistenza dovrà rivolgersi sempre agli ospedali o alle Rsa²³⁷.

Qualunque sia la via da percorrere il sistema sanitario necessita di essere potenziato al fine di garantire i diritti fondamentali di ogni persona secondo la normativa che sancisce i Lea, i livelli essenziali di assistenza, rivisti con il DPCM del 12 gennaio 2017. Essi consistono nella definizione delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini. Vengono pertanto definite le attività, i servizi e le prestazioni in modo dettagliato assieme agli elenchi delle malattie per le quali si ha il diritto di avere esenzioni che devono essere finanziate con i fondi stabiliti. Si pongono tre grandi obiettivi che riguardano la prevenzione della collettività e la sanità pubblica, l'organizzazione territoriale dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria e anche quella ospedaliera.²³⁸

²³⁶ A. Geria, R. Lodigiani, *La contrattazione sociale di prossimità per la non autosufficienza oltre l'emergenza. Perché l'infrastruttura del welfare territoriale conta*, Welforum, 19/05/2020.

²³⁷ Residenze sanitarie assistenziali.

²³⁸ M. Motta, *Come potenziare l'assistenza domiciliare per i non autosufficienti?*, Welforum, 22/10/2020.

I Lea permettono di porre le fondamenta su cui è regolato il SSN sia a livello di obiettivi che di normativa. Sono soggetti a verifica annuale affinché siano stanziati le risorse adeguate ad ogni regione, ma risultano essere ancora troppo deboli nei confronti dell'assistenza domiciliare.

“Ciò che va potenziato sono soprattutto le prestazioni sociosanitarie per la tutela del non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana: per la cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, usare il bagno, muoversi in casa e fuori) e per la cura dell'ambiente (fare la spesa, cura della casa). Tutele senza le quali è inutile anche una buona assistenza sanitaria al domicilio, come ben sa qualunque operatore sanitario.”²³⁹

Non si parla di poche ore settimanali fornite dall'ADI piuttosto che dal SAD²⁴⁰ in quanto le persone non autosufficienti richiedono un'assistenza quotidiana che non può essere limitata a una quantità temporale stabilita a priori perché ce ne possa prendere cura in modo adeguato. In realtà è proprio così che accade e ciò che i turni di un operatore sociosanitario non riescono a coprire viene incentivato ad essere fornito e soddisfatto da un ricovero ospedaliero o in Rsa in mancanza di una rete familiare o della stessa assistenza domiciliare.

Se l'obiettivo poi è quello di creare un welfare territoriale potenziato non è sufficiente elargire contributi ai nuclei familiari che potrebbero utilizzare per secondi fini oppure rivelarsi ad ogni modo inadeguati all'assistenza necessaria.²⁴¹

Servono progetti individualizzati stipulati tramite una valutazione multidisciplinare che possa individuare il grado di assistenza necessaria, il budget richiesto per farne fronte da parte del SSN, dell'utente e del comune e così attuare l'intervento pensato come migliore soluzione.

Il budget pertanto deve essere poter speso su più offerte differenziate ritenute idonee a far fronte al bisogno specifico, come ad esempio assegni per assumere un assistente domiciliare, per la stessa famiglia che ne può far fronte, ricoveri di sollievo e altri tipi di prestazioni.

È importante che il budget derivi dalle risorse del sistema sanitario e dallo stesso utente o dalla famiglia di esso o da enti chiamati a coprire la quota, qualsiasi sia la risposta alla propria necessità per evitare qualsiasi convenienza economica. Si parla di un budget partecipato

²³⁹ M. Motta, op. cit. p. 53.

²⁴⁰ Servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.), ha l'obiettivo di aiutare la persona nello svolgimento delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, preparazione dei pasti, igiene della persona, trasporto, ecc.).

²⁴¹ M. Motta, op. cit. p. 53.

indipendentemente dalla scelta di assistere la persona malata a casa, in una Rsa o con l'aiuto dell'assistenza domiciliare.

Gli interventi a favore della tutela dei non autosufficienti devono essere a titolarità primaria del SSN con una sua compartecipazione finanziaria assieme a quella di familiari e comuni per due ragioni fondamentali. Il costo della residenza in una Rsa è per circa la metà a carico del sistema sanitario in caso di convenzione ed esso copre non solo le prestazioni sanitarie ma tutte quelle necessarie a condurre una vita dignitosa. Non è così nel caso di assistenza domiciliare, sia nel caso di compartecipazione finanziaria sia di integrazione delle cure prestate alla persona in questione. Questa visione porta dunque a scegliere ciò che è maggiormente conveniente incentivando al ricovero.²⁴²

Inoltre, sul piano finanziario il “SSN oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per 60 giorni in attesa del ritorno al domicilio o dell’inserimento in Rsa); e per degenze spesso inappropriate, “posteggi” in attesa di un posto in Rsa o in assistenza domiciliare. E il sistema sanitario spende intorno ai 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in Rsa (il 50% del costo totale). Con spesa molto minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso SSN?”²⁴³

Una evidente criticità che precede il momento della scelta da prendere come soluzione di assistenza consiste nella difficoltà di ricevere adeguate informazioni sulle possibilità e offerte del territorio riguardo ai servizi accessibili e sul come richiederli. L'accesso ad essi, infatti, non comporta delle complessità solo nella scelta del servizio in base all'offerta conosciuta o meno, ma anche nelle procedure da attuare, spesso multiple e frammentate, per ottenerlo.²⁴⁴

È da considerarsi come obiettivo primario l'individuazione di luoghi dedicati per supportare i familiari nella ricerca e nella scelta del servizio assistenzialistico adatto alla loro situazione. Essi, pertanto, non dovranno solo fornire la prenotazione in Uvg/Uvmd²⁴⁵ o rimandare a servizi ospedalieri o sociali, ma a tutti gli attori e servizi attivi nel territorio informando anche sul piano finanziario le possibili agevolazioni e riduzioni di costo. I caregivers, dunque, non saranno lasciati soli nell'accesso ai servizi di cura e da uno stesso sportello oltre a ricevere tutte le informazioni necessarie potranno

²⁴² M. Motta, op. cit. 53

²⁴³ Ibidem.

²⁴⁴ Ibidem.

²⁴⁵ Unità Valutative geriatriche/unità valutative multidisciplinari: sono strumenti che permettono di formulare un percorso personalizzato.

essere rimandati con facilità e tramite appuntamenti programmati a visitare o conoscere direttamente i servizi che ritengono adeguati a effettuare la scelta migliore.

Il Ministero della salute ha presentato una lista di circa venti progetti da poter avviare tramite i 68 miliardi stanziati dall'unione europea con il Recovery fund²⁴⁶.

L'obiettivo principale è integrare la rete sanitaria con quella territoriale al fine di sostenere il servizio sanitario nazionale e le situazioni emergenziali. Per attuarlo si guarda a una nuova definizione degli standard assistenziali, alla formazione del personale e all'utilizzo di tecnologie che possa agevolare i servizi.

Nello specifico si prevede la riorganizzazione di tutti i locali adibiti al sistema delle cure domiciliari come magazzini o locali di monitoraggio da remoti al fine di una gestione digitalizzata. L'assistenza domiciliare integrata permetterà un monitoraggio dei pazienti a distanza fornendo loro un'assistenza continuativa a domicilio permettendo loro di affrontare la malattia e di avere un quadro chiaro con informazioni e dati utili a previsioni future. Nonostante l'elemento innovativo della digitalizzazione pare non esserci un disegno predefinito per l'assistenza domiciliare. Anzi, un progetto vede la creazione di presidi a degenza temporanea, ovvero strutture che possano porsi tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero e fornire le cure necessarie per periodi temporanei. La creazione di esse permetterebbe di ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione fornendo ai familiari un posto sicuro nell'attesa di adattarsi alla nuova situazione dopo ad esempio un ricovero ospedaliero.

Per l'assistenza domiciliare, dunque, non ci sono dei veri e propri cambiamenti previsti, ma anzi sembra che si passi direttamente a piani diversi piuttosto che migliorare un servizio già esistente.

Diversamente da quanto accade con il Cura Italia²⁴⁷. Esso propone una novità riguardo al personale occupato nell'assistenza domiciliare.

Propone infatti di “regolarizzare il lavoratore, chiedendo al datore di lavoro domestico di dichiarare la sussistenza da almeno tre mesi del rapporto di lavoro, provvedendo a regolarizzare dal punto di vista contrattuale e previdenziale la situazione pregressa e versando anticipatamente un anno di contributi (non rimborsabili, anche nel caso di interruzione del rapporto), così da evitare finte regolarizzazioni meramente opportunistiche. Una proposta ancora esigua per apporre un vero

²⁴⁶ Nuovo strumento di politica europea per stanziare e investire fondi al fine di garantire una ripresa economica.

²⁴⁷ DL n. 18 del 17 marzo 2020 - "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19".

*cambiamento alle cure domiciliari che dovrebbero essere sottoposte a una rivisitazione legislativa dopo averne evidenziato le numerose fragilità nel contesto emergenziale.”*²⁴⁸

L'idea di domiciliarità è legata al concetto di casa, luogo solitamente di affetti e contesto di vita quotidiana. Essa non perde significato anche quando all'arrivo della malattia può diventare un luogo sconosciuto o pieno di ostacoli. Da essa si può trarre una sorta di forza terapeutica legittimata attraverso anche all'esistenza di servizi domiciliari.²⁴⁹

*Questo è un indirizzo che va nella direzione di un rinnovamento della cultura dei servizi a favore degli anziani, poiché la struttura residenziale va accolta e presentata come la risorsa che entra in campo quando il domicilio non è più un luogo idoneo a soddisfare i bisogni e quindi la qualità di vita dell'anziano. Non va vissuta quindi in contrapposizione alla domiciliarità ma, al contrario, come supporto al lavoro di cura del familiare che potrà continuare così a dare la sua presenza affettiva e come sostituto invece quando, per varie ragioni, la rete familiare non c'è fisicamente e/o affettivamente.*²⁵⁰

2.3. La situazione emergenziale nelle Rsa

Il legame tra la diffusione del Covid-19 e le strutture residenziali risiede nell'elevato numero dei residenti delle stesse Rsa che, superando i settant'anni d'età ed essendo soggetti a numerose patologie, risultano maggiormente a rischio di infezione.

A maggior ragione tali strutture avrebbero dovuto offrire una condizione di particolare tutela sanitaria guardando a procedure, dispositivi, prevenzione. Invece, nonostante i piani emergenziali messi in atto, sono state luoghi di contagio, veri e propri focolai, colpendo non solo gli anziani, ma anche il personale addetto.

Il mondo dei servizi residenziali per anziani è stato fortemente colpito dall'evento emergenziale e, se da un lato le istituzioni sociosanitarie hanno cercato delle soluzioni da adottare il prima possibile, dall'altro i mass media hanno portato avanti l'idea che le Rsa devono cessare di esistere, a favore di una cura dell'anziano a domicilio per salvaguardarne la dignità e la salute. Tale visione e punto di vista non è per niente nuovo, ma il diffondersi del virus non ha fatto altro che sottolinearla ed

²⁴⁸ S. Lepri, *Cosa urge per la protezione dei fragili*, Welforum, 1/05/2020.

²⁴⁹ F. Perocco, P. Basso (a cura di), *Per un invecchiamento pienamente attivo. un'indagine sulla condizione e le attività degli anziani a Cavallino Treporti, Marcon e Quarto d'Altino*, disponibile a https://www.unive.it/pag/fileadmin/user_upload/dipartimenti/filosofia/doc/laboratori/laris/library/invecchiamento-pienamenteattivo.pdf.

²⁵⁰ Ibidem.

evidenziarla dandole spazio e maggiore stabilità attraverso la paura e preoccupazione di chi ha dovuto limitare i suoi contatti con un familiare all'interno della struttura.

Così come in nome della salute si sono giustificati approcci assistenzialistici, standardizzati e segreganti, non dignitosi, verso la persona, è ora di rivedere accanto all'ideologia dell'assistenza a domicilio anche quella residenziale. Non ci si deve soffermare su quale sia la migliore tra le due, ma per quali destinatari dovrebbero sussistere.²⁵¹

Non tutti gli anziani, infatti, possono essere curati e assistiti a casa, sia per motivi legati alla rete familiare in cui sono inseriti sia per fattori assistenziali veri e propri. Possiamo però chiederci come le Rsa possono prendersi a carico l'anziano affinché abbia le cure assistenzialistiche necessarie e possa condurre ugualmente una vita dignitosa.

Per la società italiana di geriatria e gerontologia le Rsa in quanto residenze devono avere una connotazione il più possibile domestica per permettere privacy e socializzazione a chi vi risiede, deve garantire interventi infermieristici e riabilitativi per mantenere o cercare di recuperare l'autonomia degli anziani e promuovere un benessere totale attraverso un supporto individualizzato. Fondamentale è il raggiungimento degli standard qualitativi stabiliti per garantire una vita dignitosa per l'anziano.²⁵²

Da un'indagine pubblicata dall'Istituto Superiore di Sanità risulta che l'86% delle strutture indagate abbia riportato "difficoltà nel reperimento di Dispositivi di Protezione Individuale", il 36% abbia riferito "difficoltà per l'assenza di personale sanitario a causa di malattia", e il 27% dichiarato di "avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19".

In Italia nel 2016 ci sono 12.500 strutture residenziali che ospitano il 2,1% dell'intera popolazione over 65²⁵³. Ci sono forti differenze tra regioni, tra cui l'evidente migliore copertura di posti letto nel Nord che supera di ben tre volte quella del Sud e di due rispetto alle regioni centrali.

Rispetto ai paesi avanzati la distanza è notevole. Negli ultimi dieci anni paesi come Polonia, Spagna e Corea hanno raddoppiato la disponibilità di posti letto mentre in Italia non vi è stato alcun aumento. L'investimento politico e finanziario, pertanto, rimane oltre che storicamente, anche recentemente basso.²⁵⁴

Dagli anni '90 le strutture residenziali per anziani hanno iniziato ad essere viste sempre di più non come luoghi di cura a cui poter affidare il proprio caro per motivi legati alla solitudine o

²⁵¹ R. Franchini, *Le Rsa: se, per chi, come...*, Welforum, 26/11/2020.

²⁵² Ibidem.

²⁵³ Istat.

²⁵⁴ M. Arlotti, C. Ranci, *Un'emergenza nell'emergenza: cosa è accaduto alle case di riposo?*, in *Riv. Sossanità*, 2020.

all'impossibilità di rimanere nella propria abitazione, ma come un'alternativa all'ospedale, essendo gli anziani sempre più bisognosi di cure sanitarie e assistenziali. Infatti, oggi le persone che vi risiedono sono molto anziane, non autosufficienti, per la maggior parte donne e con elevate fragilità e scarsissima autonomia.

Gli ingressi temporanei o periodi cosiddetti di sollievo si tramutano poi sempre di più in ingressi definitivi, portano le strutture residenziali ad assumere le sembianze di strutture sanitarie di lungodegenza.

Rispetto agli altri paesi l'Italia però si dimostra avere un sistema limitato, sottoposto a una costante pressione e ad elevato contenuto sanitario. Diversamente dagli altri paesi europei, inoltre, l'offerta abitativa proposta è destinata ad anziani che hanno ormai perso del tutto o in buona parte la propria autonomia e non a chi, pur in buona salute e con poche necessità assistenziali, potrebbe ricercare un'offerta abitativa diversa. Tale aspetto è legato alla visione dell'anziano appartenente in modo radicato alla famiglia, e quindi come individuo che deve essere sostenuto dalla rete familiare con tutte le vie possibili al posto di abbandonarlo in strutture socio residenziali.²⁵⁵

Nel periodo 2009-16 il numero dei ricoverati però è diminuito, sia di persone autosufficienti che di non autosufficienti. Nonostante l'aumento della popolazione anziana, il sistema delle residenze è stato soggetto a una controtendenza. La diminuzione dei ricoveri ospedalieri si è verificata di fronte al maggiore assorbimento delle residenze che, dovendo occuparsi di anziani fragili e bisognosi di cure ad alta intensità sanitaria, sono state indirizzate a divenire delle strutture somiglianti agli stessi ospedali. Si evidenziano dunque due tendenze: da una parte la progressiva sanitizzazione delle strutture e dall'altra l'ulteriore fragilizzazione della fascia anziana.²⁵⁶

Ciò ha comportato una nuova ed emergente tensione per l'aumento dei costi di gestione e personale. Con la specializzazione delle strutture e la loro richiesta di personale qualificato per gli standard medici sempre più elevati è aumentato anche il costo pro capite per utente. Secondo l'Istat la spesa sociale dei comuni è aumentata del 50%.

I ricoveri vengono finanziati dal SSN tramite regioni solo per una quota che deve essere interamente coperta poi dall'utente o dal familiare di questo. Le quote sanitarie con l'aggravarsi della situazione

²⁵⁵ M. Arlotti, C. Ranci, op. cit. p. 58.

²⁵⁶ Ibidem.

e l'invecchiamento della popolazione non sono aumentate e l'aumento del costo in realtà è pesato interamente sulle spalle degli utenti. Davanti alle tariffe che aumentano la quota sanitaria è in molti casi inferiore al 50% previsto dalla legge.

Tale aspetto deriva inoltre da un'emergenza di sostenibilità finanziaria da parte dei gestori delle strutture per fronteggiare l'aumento dei costi per i quali si denota inoltre un'a forte riduzione del personale e dell'assistenza.²⁵⁷

Davanti, quindi, al fenomeno della sanitarizzazione delle strutture e dell'aumento dei ricoveri, si è inoltre assistito al taglio del personale qualificato e di conseguenza anche all'intensità assistenziale. Una riduzione quantitativa e una maggiore fragilizzazione dei ricoverati hanno coinciso indubbiamente anche nella riduzione complessiva della qualità assistenziale. Tale evoluzione negativa della situazione fa pesare maggiormente il mancato investimento di risorse del SSN nel settore che racchiude le strutture finalizzate all'assistenza sanitaria.²⁵⁸

Un altro elemento che ha influito sulla gestione delle strutture residenziali è certamente la presenza di strutture private sia non profit che profit in numero maggiore rispetto quelle pubbliche.

Il settore è stato fortemente privatizzato portando a una maggiore efficienza gestionale e ad una riduzione dei costi attraverso nuove tipologie di contratti stipulati con il personale, meno onerose ma anche meno tutelanti.

*“In conclusione, si è costruito un mercato misto pubblico-privato delle strutture residenziali, in cui le tensioni derivanti dal mancato investimento delle politiche pubbliche vengono “scaricate” sull'incremento delle rette e su una tendenza marcata alla riduzione degli standard e dei costi, inclusa la compressione del personale, che si traduce in un decremento sostanziale della qualità assistenziale. Le condizioni strutturali di questo sistema non hanno favorito l'applicazione di standard qualitativi elevati finalizzati alla tutela sanitaria e assistenziale di anziani e operatori. Gli standard bassi che non sono supportati da investimenti politici e amministrativi portano al deterioramento del sistema.”*²⁵⁹

²⁵⁷ M. Arlotti, C. Ranci, op. cit. p. 58.

²⁵⁸ Ibidem.

²⁵⁹ Ibidem.

La maggior parte delle criticità emerse durante l'emergenza sanitaria erano già fragilità presenti nel sistema organizzativo delle residenze per anziani. Esse si sono acuite in modo evidente con la comparsa del Covid-19 portando alla necessità di risposte e soluzioni immediate.

L'isolamento causato dal Covid-19 ha fatto sì che le Rsa subissero maggiormente un distacco dalla rete ospedaliera e territoriale diventando da una parte delle vere e proprie fortezze autogestite e dall'altro dei focolai da contenere. Pertanto, in mancanza di linee guida regionali allo sfociare dell'epidemia si sono ritrovate a doversi organizzare autonomamente.²⁶⁰

La loro trasformazione in reparti Covid a sé stanti, lontani dagli enti ospedalieri, ha portato a una carenza di personale e di dispositivi di protezione da tamponare rapidamente guardando alla disponibilità di organizzazioni locali. La difficoltà di reperire il materiale necessario per contrastare il contagio ha esposto ad un alto rischio gli operatori delle strutture. Le attività di screening, infatti, si sono effettuate tardi e in maniera disomogenea impedendo di avere un chiaro quadro dei contagi.

In totale autonomia, dunque, le Rsa si sono coordinate al fine di condividere delle buone prassi per gestire l'emergenza superando vincoli istituzionali e organizzandosi al meglio per creare gruppi di confronto, specie per il personale per nulla qualificato a gestire l'emergenza.²⁶¹

Le Rsa si ritrovano a pagare il prezzo di un'emergenza che ha iniziato ad essere gestita molto tardi rispetto alla sua emersione segnando criticità specie a livello territoriale e un disallineamento tra sistemi di finanziamento, gestione delle domande e qualità delle cure.

L'idea generale che si sta diffondendo è che la situazione descritta nelle Rsa porterà maggiori famiglie a rivolgersi ad esse solo come ultima opzione, portando tali strutture a una maggiore sanitarizzazione e trasformandole quindi in hospice. Anche se tale tendenza è già in atto, le Rsa dovrebbero essere chiamate a riadattarsi per venire incontro ai bisogni dei cittadini. Prima di tutto, infatti, viene loro richiesto di diventare dei punti di maggior riferimento sul territorio attraverso un progetto di comunità per fornire maggiore aiuto e sostegno non soltanto sottoforma di informazione. Perché ciò avvenga si necessita di una maggiore apertura verso il settore residenziale e maggiori incentivi alla qualità.²⁶²

²⁶⁰ M. Arlotti, C. Ranci, op. cit. p. 58.

²⁶¹ Ibidem.

²⁶² S. Pasquinelli, *Dopo la strage. Come ricostruire il futuro delle Rsa*, Welforum, 4/05/2020.

Inoltre, gli anziani ospiti nelle strutture sono per il 20% ancora autonomi da poter soggiornare in strutture di tipologie diverse come in appartamenti per una o due persone o alloggi diversi dalle camere di una residenza.

Tali alternative sarebbero inoltre meno costose e complesse rispetto alle Rsa. Il terzo settore troverebbe un'innovazione organizzativa per far fronte con più soluzioni alle domande del territorio per valutare attentamente i singoli casi e indirizzarli verso la struttura più coerente. Tale diversificazione permetterebbe anche un calo di assistiti differenziali per patologie e una specializzazione di gruppi per problematiche presenti. Di conseguenza i professionisti sarebbero maggiormente qualificati ad esempio a fronteggiare l'Alzheimer e potrebbero diventare esperti nella sua gestione attraverso anche nuove tecnologie. Bisogna investire sulla loro formazione sia al punto di vista assistenziale verso l'ospite sia psicologico e di supporto verso il familiare.²⁶³

In una Rsa gli assistenti sociali devono guardare alla salute dell'anziano che è la figura che effettivamente prendono in carico in quanto residente della struttura, ma interagiscono in maniera molto più significativa con i loro familiari. Essi sono sempre stati considerati come un'interferenza nell'organizzazione e nella presa in carico anziché essere considerati come risorse. Gli stessi operatori si ritrovano a svolgere il loro lavoro di infermieri o operatori sociosanitari anche in situazioni di grave disagio fisico e motorio della persona che si prendono a carico in modo, comunque, più semplice rispetto alla gestione del rapporto con il familiare. Nasce dunque un conflitto a volte, quando invece l'interesse di entrambe è rivolto alla stessa persona.²⁶⁴

Si pensa dunque che gli operatori della struttura possano lavorare meglio senza la relazione con il familiare, ma questo è fortemente legato al benessere dell'anziano, di conseguenza le esistenze coincidono e devono relazionarsi. La vita nelle Rsa non deve essere 'ghettizzata' infatti nonostante una volta all'interno sia facile ritrovarsi a distinguere in modo netto il mondo interno e il mondo esterno sia per l'anziano che per l'operatore le Rsa devono diventare ed essere un luogo non di limite e confine, ma di incontro. Di conseguenza essendo un luogo cruciale dove si incontrano più persone e servizi l'equilibrio tra tutti deve essere rinforzato.²⁶⁵

²⁶³ S. Pasquinelli, op. cit. p. 60.

²⁶⁴ Ibidem.

²⁶⁵ Ibidem.

Durante la prima fase dell'emergenza Covid-19 le Rsa sono state soggette a provvedimenti che hanno previsto la loro totale chiusura e isolamento verso il mondo esterno e soprattutto nei confronti del coinvolgimento dei familiari. Se non tutti i rapporti tra familiare e anziano sono naturali e avvengono, la maggior parte ha risentito di questa chiusura e i conflitti tra operatori e familiari si sono aggravati. Durante l'emergenza, per ridurre la diffusione dei contagi le strutture residenziali hanno sospeso le visite dei familiari portando gli anziani a vivere in isolamento per tutelare le loro fragilità.

C'è stato dunque una chiusura nei confronti del mondo esterno e una serie di modifiche interne alla struttura. Sono stati sospesi tutti i servizi di riabilitazione e animazione, compresi ovviamente quelli per i quali si prevedeva una collaborazione con associazioni o enti di volontariato esterni.²⁶⁶

A soffrirne maggiormente dunque sono state le relazioni sociali interrotte sia all'esterno completamente, sia all'interno seppur in maniera parziale, portando all'aumento del disagio psicologico, a stress, ansia e paura.²⁶⁷

Tali emozioni hanno avuto un grande e negativo impatto sul declino cognitivo e sul benessere fisico degli anziani.

L'isolamento e il confinamento sociale non sono stati risentiti dunque solo dagli anziani risultati positivi al tampone e tenuti per i giorni stabiliti nelle proprie stanze, ma da tutti i residenti che hanno suscitato molta preoccupazione e le stesse emozioni provate ai loro familiari.

Di conseguenza non solo gli effetti del virus, ma anche quelli derivanti dalle misure di contrasto a esso sono stati portatori di un malessere fisico, poi cognitivo e infine sociale. L'instaurarsi di una nuova situazione interna alla struttura in termini negativi e conflittuali ha fatto sì che il lavoro di sostegno e supporto riservato in prima linea agli psicologici venisse diviso e affrontato da tutte le figure operative all'interno della struttura, aumentandone il senso di frustrazione per il carico emotivo.²⁶⁸

In parte le nuove tecnologie hanno aiutato, ma solo in favore dei residenti in possesso di abilità cognitive e fisiche buone e stabili. Chi era già capace di contattare i propri familiari autonomamente è riuscito a tenersi maggiormente in contatto con essi, ma anche per chi non era in possesso di tali

²⁶⁶ M. C. Novelli, M. Totis, B. Bruno, op. cit. p. 46.

²⁶⁷ Ibidem.

²⁶⁸ Ibidem.

abilità è stato garantito un aiuto da parte degli operatori che alternandosi hanno effettuato delle videochiamate per mantenere il più reale possibile la relazione tra residente e familiare.

La tecnologia, dunque, è stato un valido mezzo nel contrastare l'isolamento sociale, anche se non può essere considerata per nulla un'alternativa ai rapporti sociali. Per un anziano, infatti, la relazione consiste spesso in contatti fisici che non si sono potuti instaurare.

L'isolamento ha avuto un profondo impatto anche nel momento di fine vita. Le persone così in ospedale come nelle Rsa muoiono sole senza poter vedere o sentire i loro cari. Il legame tra familiari e ospiti apparentemente finisce per entrambi, ma in realtà resta per i primi che, non potendo vivere un momento di addio hanno bisogno di un maggiore tempo per il congedo date le conseguenze psicologiche e drammatiche.

Sono anche drammatiche perché secondo “le raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi (TI) e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse” l'accesso alle cure può essere limitato per gli anziani a cui durante il periodo emergenziale viene chiesto di sacrificare la propria vita nei confronti di chi è più giovane o presenta un numero inferiore di patologie in quanto possessore di più probabilità di sopravvivenza. È come se si morisse due volte in quanto non ne soffre solo l'anziano, ma anche il legame creato con la famiglia impossibilitata a stargli accanto.²⁶⁹

L'Istituto superiore di Sanità ha condotto un'indagine sulla mortalità per Covid-19 all'interno delle strutture residenziali per anziani, non solo Rsa dunque, ma anche residenze protette e centri servizi. È stato chiesto ad esse di indicare il numero di decessi complessivi avvenuti per Covid-19 o per sintomi influenzali simili ma non accertati.

Esso corrisponde al 41,2 % di tutti i deceduti dal periodo che va dal primo febbraio al cinque maggio. Secondo la ricerca dell'ISS, il tasso di mortalità delle persone anziane per Covid-19 all'interno delle Rsa corrisponderebbe al 3,8% del totale degli ospiti complessivi residenti nelle strutture stesse. Ipotizzando inoltre che tutte le morti causate da sintomi influenzali siano dovuti al Covid-19, i deceduti all'interno alle Rsa ammonterebbero a 11.192 persone, ovvero al 32,2% di tutti i morti per Covid-19. La fascia della popolazione maggiormente colpita rimane dunque quella più anziana,

²⁶⁹ M. Vannotti, *Morire da soli, morire con gli altri*, Welforum, 15/04/2020.

considerando anche che in Italia la media dell'età delle persone decedute dopo essere state confermate come positive al virus è di 80 anni. Nello specifico il 95,4% aveva un'età superiore ai 60 anni e l'85,3% superiore ai 70 anni.²⁷⁰

Il Covid-19 colpisce gli anziani molto fragili, soprattutto ultrasessantenni con tre o più patologie. Essi risiedono maggiormente nelle loro case, ma anche nelle Rsa che diventano il luogo quasi privilegiato per la diffusione del virus. La criticità emergente, però, risiede nel fatto che la mortalità italiana per Covid-19 degli ultrasessantenni corrisponde allo 0,2%, mentre nelle strutture residenziali ammonta a un numero dieci volte più elevato.²⁷¹

Da qui si è partita la necessità di ricorrere a nuove soluzioni come avviare giornate da dedicare interamente a videochiamate e a telefonate per tenere al corrente della salute dell'anziano i rispettivi familiari e viceversa. L'opposizione alle strutture per le loro chiusure nonostante abbia causato un grande disagio ha comunicato una grande necessità e bisogno di trovare una soluzione immediata e che potesse permettere il ritorno a una situazione più simile alla normalità precedente. Molte, infatti, si sono rivelate le iniziative.

Si è pensato anche di effettuare dei filmati da inviare ai familiari, nonostante le attività ludico ricreative siano state messe alle strette si è trovato lo spazio per realizzare collage, lettere, lavoretti con la finalità di essere mostrate ai familiari, cosa ben gradita rispetto a quelle fatte fine a sé stesse. In alcuni casi le lettere sono state inserite in un progetto per cui venivano lasciate o inviate assieme ad altro ai familiari e questi poi rispondevano agli anziani.

Gli stessi gruppi familiari si sono riuniti su piattaforme digitali per fornire supporto l'un l'altro anche grazie all'aiuto di un professionista. Tale modalità ha quindi permesso la nascita di un gruppo di sostegno familiare rivelandosi una risorsa in periodo emergenziale.²⁷²

²⁷⁰ F. Pesaresi, *Covid-19. La mortalità nelle strutture residenziali per anziani*, Welforum, 7/07/2020.

²⁷¹ Ibidem.

²⁷² P. Vigorelli, *Sul coinvolgimento dei familiari nelle Rsa. Imparare dall'esperienza Covid-19*, Welforum, 24/06/2020.

Sono state pensate e realizzate delle nuove modalità per attuare le visite e dunque nuove postazioni speciali che potessero permettere anche uno scambio di contatto fisico in piena sicurezza. A Castel-Franco Veneto, ad esempio, nel ‘Salone delle Rose’²⁷³ sono state allestite delle pareti di vetro attraverso le quali residente e familiare possono interagire sia parlando con meno barriere sia toccandosi in totale sicurezza.

Inoltre, è possibile anche abbracciarsi tramite l’utilizzo di materiale plastico trasparente morbido. Tale innovazione ha permesso di trovare una soluzione durante il periodo invernale, ha permesso di aumentare contemporaneamente il numero di visite presso la struttura e di ritrovare un buon compromesso tra sicurezza e rapporti umani.

Gli strumenti utilizzati e che hanno riscosso successo nel sostenere la situazione consistono nella trasparenza delle comunicazioni tra ospiti e familiari per mezzo anche della tecnologia e la resilienza degli operatori stessi.

Durante il periodo di *lockdown* in Lombardia è stato condotto uno studio sulle relazioni sociali tradizionali e mediate dalla tecnologia per esplorare il loro benessere psico sociale. Su 68 interviste ad anziani over 65 è emerso che parenti e amici più che ad aver aiutato con spese o farmaci ha contribuito ad alleviare la solitudine con chiamate telefoniche o su piattaforme digitali. Sia familiari che anziani hanno appreso nuove competenze per poter rimanere in contatto.

L’impossibilità di portare avanti le relazioni in modo tradizionale ha fatto sì che acquisissero nuove competenze che hanno portato a un significativo incremento nell’utilizzo della videochiamata. Dinanzi a questa scoperta si è attivata l’iniziativa ‘nonni connessi’, degli incontri pensati per accrescere le proprie competenze nell’utilizzo delle tecnologie per tenersi in contatto con gli altri.

Si tratta di esperienze nate per una necessità emergenziale che sono state inoltre sperimentate per la prima volta e che sono state stimulate da una nuova creatività degli operatori nonostante vessassero in un regime conflittuale da parte dei familiari e di tristezza per gli anziani. Nell’emergenza può nascere innovazione, un cambiamento può portare ad altri specie se si ritrova un clima di collaborazione. Ciò è possibile solo però se si tiene conto che i primi da coinvolgere sono sempre gli anziani, da quelli che presentano un quadro di disturbi grave o lieve.

²⁷³ Redazione Treviso Today, *Nuovi spazi e postazioni speciali per gli abbracci in casa di riposo*, <https://www.trevisotoday.it/attualita/castelfranco-casa-riposo-abbracci-26-ottobre-2020.html>.

Se la relazione familiare-residente si è rivelata maggiormente complessa da affrontare e nonostante l'emergenza ha potuto mantenere una continuità qualitativamente adeguata è merito delle terze figure che subentrano all'interno delle Rsa della presa in carico: professionisti e operatori sociosanitari.

Essi si sono ritrovati a dover compiere numerose e importanti decisioni sul piano gestionale dalla prima fase dell'emergenza, senza indicazioni e dispositivi di protezione. Secondo lo psicologo Maslow nella sua teoria della "gerarchia dei bisogni" ogni individuo nella vita personale, sociale e lavorativa, agisce per soddisfare diversi bisogni classificati secondo una scala precisa. Sul primo gradino si trovano quelli fisiologici come la fame e la sete per poi passare ai successivi dove intercorrono il bisogno di sicurezza, di amore e accettazione e poi di autodeterminazione.

I carichi di lavoro di questi operatori hanno inciso inizialmente proprio sui bisogni fisiologici, poi hanno inciso con la mancanza di dpi proprio su quelli di sicurezza e infine hanno influenzato anche quelli legati alla sfera affettiva dalla quale hanno dovuto effettuare un distacco.

Dunque, il personale che ha affrontato questa epidemia è stato privato della soddisfazione dei bisogni dei primi due gradini e di gran parte del terzo e si è però dato per scontato che potessero esprimere al massimo competenza, dedizione, impegno, empatia che sono propri dei due gradini al vertice della piramide.²⁷⁴

"Il futuro delle Rsa deve passare attraverso un investimento economico strutturale per salvaguardare salute di ospiti e personale. A partire dallo standard del personale, che finora è stato generalmente molto basso. Ci troviamo di fronte a una continua emorragia di personale dalle Rsa verso gli ospedali e le cliniche private: ora, non incentivare il personale sanitario a lavorare nelle Rsa significa togliere la cura a questi malati: personale deve essere presente con uno standard numerico adeguato, ma deve anche essere competente e formato".²⁷⁵

Una criticità emergente consiste nella carenza di personale all'interno delle strutture che ostacola la capacità di garantire l'assistenza necessaria agli anziani. Sono state le stesse associazioni di rappresentanza delle strutture residenziali a evidenziare come i numeri di infermieri e operatori sociosanitari siano stati sempre più indirizzati e assorbiti dagli ospedali. Questo fenomeno viene spiegato attraverso l'analisi della tipologia di contratto offerta dalle due strutture. Nel caso delle

²⁷⁴ C. Beltramello, *La solitudine degli eroi*, Salute Internazionale, 7/05/2020.

²⁷⁵ A. Bernardoni, *Gli eroi dimenticati nell'emergenza Covid-19*, Welforum, 1/04/2020.

residenze, infatti, la percentuale di contratti a tempo determinati è maggiore assieme ai contratti part-time involontari rispetto a quelli offerti dalla struttura ospedaliera. Inoltre, sempre a parità di profili il salario è ridotto dell'8.7% all'interno delle residenze. Ciò penalizza in modo evidente i lavoratori sia sul piano contrattuale che salariale.²⁷⁶

Questi fenomeni derivano comunque da fragilità istituzionali quali il ridotto riconoscimento del settore delle residenze e all'interno della politica sanitaria e la predominanza di attori provati che favorisce la precarizzazione nel mondo lavorativo di questo settore.

Serve un contratto nazionale unico al fine di non concentrare il personale solo nelle strutture ospedaliere o nelle cliniche lasciando le Rsa scoperte. È necessario garantire tutele e diritti di tali dipendenti indipendentemente che lavorino per organizzazioni pubbliche o private. Si deve pertanto contrastare la precarizzazione e il fenomeno dell'appalto nella selezione di vari fornitori guardando maggiormente a procedure di accreditamento e coprogettazione.

Vi è un costante bisogno di servizi per anziani determinato dalla trasformazione della famiglia tradizionale e dall'aumento demografico della popolazione anziana, costituita da persone ammalate e bisognose di cure mediche, ma anche di persone che sono guarite grazie ai progressi della medicina e che continuano a richiedere assistenza.²⁷⁷

Secondo Pesaresi²⁷⁸ sono tre i grandi cambiamenti da apportare.

Primo, la formazione del personale non deve essere sottovalutata e deve essere impartita con cura e continuità. Sono stati i corsi riguardanti l'emergenza Covid-19, specifici su come utilizzare i dpi e portare avanti azioni di igienizzazione che hanno permesso agli operatori di essere e sentirsi più preparati ad affrontare l'emergenza e anche a gestirla nel modo corretto.

Poi bisogna trovare un equilibrio, il gusto compromesso tra prevenzione e precauzione, al fine di attuare le procedure in sicurezza ma senza trasformare le Rsa in vere e proprie fortezze, favorendo l'isolamento e tutte le conseguenze che ne derivano. Non deve mai mancare uno sguardo attento verso

²⁷⁶ M. Arlotti, A. Parma, C. Ranci, *Residenze per anziani e carenza di personale. Un'ulteriore emergenza nell'emergenza pandemica*, Welforum, 30/12/2020.

²⁷⁷ A. Bernardoni, op. cit. p. 66.

²⁷⁸ C. Ludovisi, *Strutture per anziani, le tre "rivoluzioni" imposte dalla pandemia*, Redattore Sociale, 27/07/2020.

le necessità dei residenti. Privarli infatti delle visite e del contatto con i propri familiari significa privarli anche del valore terapeutico che deriva da essi, di un benessere sociale ed emotivo che definisce la qualità della loro vita.

Pertanto, l'isolamento deve essere gestito in modo adeguato. Le Rsa si sono dovute fisicamente riorganizzare trovando nuovi spazi da poter adibire per i casi positivi o per sale sicure dove permettere al personale di vestirsi e svestirsi. Spazi di cui le strutture residenziali sono carenti e di conseguenza fragili nel poter sostenere la circoscrizione della diffusione del contagio.

Tali modifiche e attenzioni devono essere attivate e salvaguardate dal ruolo del servizio sanitario nazionale provvedendo a una maggiore integrazione tra servizi sanitari e assistenziali, a un maggiore supporto e incisività.²⁷⁹

Le Rsa non devono essere viste come strutture ospedaliere di dimensioni ridotte. Tuttavia, non deve avere meno importanza la componente sanitaria, anzi deve essere rinforzata per tutelare la salute dei residenti e sostenere gli ospedali esistenti sul territorio.

Non devono nemmeno essere dei luoghi visti come misura temporanea o definitiva in cui c'è un personale che bada a loro, ma in cui ci si dedica 'al prendersi cura' in tutti i modi possibili. Si deve guardare a una collaborazione di servizi e di professionisti che lavorano all'interno di una equipe per offrire attività e stimoli per tutte gli anziani che presentano gravi demenze o meno attraverso piani individuali.

Le Rsa tendono a essere uniformate e istituzionalizzate con ritmi organizzativi rigidi e precisi senza flessibilità. Così facendo tutto diventa formale senza guardare alle necessità reali della persona.

Le Rsa dovrebbero guardare alla diversificazione dell'ospitalità e di residenzialità al fine di dare maggiore risposta al territorio. Potrebbe diventare un elemento di qualità nelle procedure amministrative e si potrebbe lavorare sulla sua gestibilità. Si pensi al problema tra hospice e Rsa. Le prime sempre piene e le seconde sempre dislocate lontano e poche.

Bisogna rivedere i parametri per le assunzioni del personale per garantire un maggiore servizio di cura dagli oss ai professionisti. Va rivisto anche il modo di valutazione degli ospiti.

²⁷⁹ C. Ludovisi, op. cit. p. 67.

Va rivista inoltre alla presenza medica composta o da medici che si occupano in mood specifico dei residenti o medici di base che hanno in carico anche residenti in struttura. Questi due modelli organizzativo hanno i loro pro e contro, ma il problema che permane è che le aziende sanitarie per facilitare gli accertamenti clinici non hanno abbastanza risorse necessarie a gestire casi di alta complessità.

Non è sufficiente rivedere le Rsa, ma proprio il sistema di cura offerto. Le persone hanno bisogno di un continuum di interventi che mette in secondo piano il divario tra servizi domiciliari e residenziali.

Inoltre, poter ottenere un posto letto convenzionato fa parte dei LEA, ma per poter averlo si viene inseriti in graduatorie molto lunghe che portano i familiari a ricorrere ad altri tipi di cure costose.

Urge una gestione integrata anche su base finanziaria di SSN e Rsa o in più larga scala del sistema di cura portando a un risparmio che possa essere usato flessibilmente.²⁸⁰

L'idea comune è che se le Rsa non chiudono, perlomeno vanno trasformate. L'istituzionalizzazione è stata superata nel settore della psichiatria, dell'infanzia, delle dipendenze tranne per quello della vecchiaia. Forse nel passato poteva risultare un modello vincente, ma con l'emergenza Covid-19 è chiaro che gli anziani hanno ancora oggi bisogno di maggior tutele e cure che non riguardino solo la sfera sanitaria, ma anche sociale, relazionale, assistenziale. La società di oggi tende ad attribuire il valore di ogni persona in base alla sua efficienza produttiva, lavorativa e pare che gli anziani possano essere la parte di popolazione fragile da poter sacrificare. E spesso è così che viene considerato un anziano, una persona sacrificabile così come la famiglia che ne ha il carico di cura.

La vita deve essere preservata anche quando il grado di autonomia declina lentamente attraverso un'assistenza domiciliare o appunto l'ingresso all'interno di una struttura residenziale.

“L'impostazione odierna delle Rsa, però, è di tipo ospedaliero. Hanno la pretesa di essere presidi abitativi, ma sono presidi a schema sanitario. In questi posti alle persone viene imposto il tempo di vita giornaliera (ci si sveglia presto, si va a dormire presto...), il cibo è standardizzato, lo spazio personale è ridotto al minimo e le relazioni sono programmate. Inoltre, contengono più di un

²⁸⁰ P. Landra, M. Motta, *Quali Rsa vogliamo?*, Welforum, 21/07/2021.

centinaio di posti letto ciascuna. Si perde identità e tutto ci che è personale, questo disorienta inoltre chi soffre soprattutto di patologie specifiche come l'Alzheimer."²⁸¹

Le attuali strutture andrebbero trasformate in ambienti più accoglienti, d'altronde non ci sono attualmente molte alternative tra la presa in carico da parte della famiglia o da una struttura residenziale. Nonostante la situazione demografica, la società dimostra di non essere ancora in grado di adattarsi all'esigenza di misure per la vecchiaia.²⁸²

²⁸¹ D. Iacopini, *Anziani. Don Albanesi: "Basta con le Rsa, è il momento di trasformarle"*, Redattore Sociale, 3/07/2020.

²⁸² Ibidem.

3. Domanda, contesto, metodo e processo, finalità della ricerca

3.1. Benessere emotivo e resilienza, quale consapevolezza delle proprie capacità di fronteggiamento

La salute è un diritto dell'individuo, a favore del quale si assegnano agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi, infatti, sono chiamati a individuare e cercare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva per modificarli, promuovendo contemporaneamente quelli favorevoli. La salute è da intendersi come risorsa che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.²⁸³

Essa consiste in *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità. È una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche”*.²⁸⁴

È un concetto polisemico e un diritto fondamentale²⁸⁵ positivo che deve essere costruito in quanto risultato delle azioni, delle scelte e delle risorse e delle condizioni di vita delle persone. Si è in buona salute, dunque, quando si è in grado di interagire al meglio con la società, esercitando pienamente i propri doveri e i propri diritti in ogni ambito della vita lavorativa e affettiva²⁸⁶.

Tale condizione ritrova maggiore difficoltà nell'essere salvaguardata durante la vecchiaia, specie se soggetti a demenza e patologie croniche ed è una conseguenza della modalità con cui si considera la figura dell'anziano.

Nella cultura occidentale, infatti, l'invecchiamento è spesso visto a livello biologico come declino delle funzioni corporee e della salute, a livello sociologico come uscita delle persone anziane dalla produttività e a livello psicologico ci si trova di fronte a un doppio binario tra un momento di crescita e un momento di solitudine. In realtà il fattore età è solo uno dei tanti di cui tener conto e non è un

²⁸³ M. Terraneo, *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, FrancoAngeli, Milano, 2018.

²⁸⁴ OMS, Organizzazione Mondiale della Salute, 1948.

²⁸⁵ Art.32 cost. La Corte costituzionale sancisce che la salute non deve essere intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico. Dagli anni Settanta, inoltre, la giurisprudenza ha evidenziato come un ambiente salubre sia necessario per assicurare tale diritto.

²⁸⁶ M. Terraneo, *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*.

l'unico criterio indicativo da individuare, anche se è la caratteristica principale sulla quale si focalizza l'attenzione delle immagini stereotipate maggiormente diffuse per ritrarre un soggetto anziano.²⁸⁷

Il dibattito sulla vecchiaia e sull'invecchiamento è stato a lungo contaminato dall'ipotesi cosiddetta deficitaria, secondo cui l'età avanzata è essenzialmente caratterizzata dall'impegno ad accettare le perdite in tutti gli ambiti, dal declino fisico e mentale e dalla necessità di adattarsi a nuove situazioni di vita. Questo era il risultato di una visione medico-biologica che rimandava ad un'immagine di invecchiamento associato unicamente alla malattia fisica e psichica.²⁸⁸

Oggi l'interesse nei confronti delle persone anziane non si limita più agli aspetti cognitivi dello sviluppo, ma si rivolge anche agli aspetti emozionali, di socializzazione e di personalità.

In un'ottica che valorizza maggiormente l'individuo inserito nella società, è stato introdotto il concetto di invecchiamento riuscito, ovvero una dimensione in cui l'individuo invecchia mantenendo un buono stato di salute fisica e cognitiva, definita da una percezione di soddisfazione della propria vita, dal sentirsi socialmente integrati, dal possedere buone risorse finanziarie e dal poter godere di sicurezza e di autonomia.²⁸⁹

Erik Erikson²⁹⁰ con la sua teoria psicosociale dello sviluppo e della personalità riconosce il processo di maturazione dell'identità come un processo che dura l'intero arco di vita e la vecchiaia diviene il periodo in cui la persona anziana ha la capacità di integrare i propri significati personali in una visione d'insieme coerente. In psicologia, in modo particolare nell'analizzare i meccanismi insiti nel processo di invecchiamento, emerge che in ogni momento della vita gli individui cercano di dare sempre un senso a ciò che accade loro e a guardare prospettive interiori soggettive ma anche a quelle esteriori ed oggettive ponendole sullo stesso livello, perché utili a interpretare le esperienze vissute con coerenza. L'aspetto fondamentale di questo approccio è quindi quello di considerare l'individuo come costruttore di significati che danno senso al flusso dell'esperienza attraverso il sistema di conoscenza di sé e del mondo. La vecchiaia è in particolar modo un periodo della vita che viene elaborata attraverso le concezioni di corpo, tempo e identità.²⁹¹

²⁸⁷ R. Pezzati, R. Ballabio, L. Curia, V. Molteni, A. Maggi, E. Contento, E. Spolidoro, M. Durante, P. Colombo, *Programma benessere emotivo anziani. Attività e giochi per conoscere, esprimere e gestire le emozioni*, Erickson, Trento.

²⁸⁸ R. Pezzati et alii, *Programma benessere emotivo anziani. Attività e giochi per conoscere, esprimere e gestire le emozioni*.

²⁸⁹ Ibidem.

²⁹⁰ Psicoanalista tedesco naturalizzato negli Stati Uniti e allievo di Freud (1902-1992), ha proposto un modello concettuale sullo sviluppo delle età della vita in cui intercorrono otto stadi diversi dalla nascita alla morte di un individuo.

²⁹¹ R. Pezzati et alii, op. cit. p. 71.

L'invecchiamento del corpo costituisce l'elemento probabilmente più marcante della vecchiaia per le sofferenze e le difficoltà che causa nelle sue trasformazioni. Esso però rimane il veicolo della costruzione storica soggettiva di sensazioni, incontri, esperienze che si susseguono tutta la vita, a volte armonizzandosi e a volte entrando in conflitto. Le persone che stanno invecchiando, in genere, hanno poi l'impressione che il tempo passi più velocemente, probabilmente in funzione del rallentamento dei loro ritmi di vita. La limitatezza temporale della vita ha visto susseguirsi innumerevoli letture di significato. Da un lato la necessità di avere un tempo per prepararsi, per prendere consapevolezza, dall'altro per voler giungere inconsapevolmente alla morte lasciandosi abbandonare ad essa.

L'identità, infine, di un soggetto anziano viene modificata costantemente attraverso relazioni significative, conflitti, condivisioni, interiorizzazione delle risposte socialmente condivise. L'identità sociale è il risultato di un processo nel quale il tempo viene scandito dai gruppi di persone a cui si appartiene, come amici e conoscenti, rimanendo all'interno dei rapporti della rete familiare.²⁹²

Nella storia di ogni persona che invecchia, gli aspetti identitari personali, unici e irripetibili, funzionano come un filtro di lettura del proprio essere nel mondo, orientando le scelte. A sua volta l'aspetto identitario individuale si trasforma continuamente, aderendo a norme collettive oppure distanziandosi. Viene così garantita la possibilità di cambiare pur restando sé stessi, grazie alla coerenza interna data dal filtro di lettura individuale. Questa circolarità tra specificità individuale e appartenenza sociale, presente in ogni età della vita, permette nella persona anziana di indentificarsi all'interno di un periodo storico, in un determinato contesto familiare e sociale che suscita sicurezza per poi integrare in essi tutti i cambiamenti subiti o perseguiti per sviluppare il proprio avvenire.²⁹³

Pertanto, nelle narrazioni delle persone anziane è facile riconoscere quattro aspetti²⁹⁴ che riemergono continuamente:

- la dimensione corpo: aspetti di debolezza e forza fisici vengono percepiti costantemente e questo porta a comprendere in parte l'incapacità di non poter più svolgere certi compiti come prima,
- la dimensione del tempo: acquisendo esperienza si guarda, si percepisce, si ragiona in modo diverso rispetto all'età adulta,

²⁹² Ibidem.

²⁹³ Ibidem.

²⁹⁴ Ibidem.

- la dimensione dei ricordi: riconciliarsi con le memorie, sia con i ricordi belli che con i rimpianti, può aiutare la persona anziana a rivedere il significato della vita come pare di qualcosa di più grande,
- la dimensione delle relazioni: ritrovarsi circondati dalla famiglia e amici o rendersi conto della solitudine sono due condizioni differenti con le quali ci si ritrova a fare i conti con nuove modalità comunicative.

Il riconoscimento di questi aspetti, della differenziazione tra invecchiamento fisico, psichico e sociale e della coesistenza di fattori di forza e fattori di debolezza ha favorito il subentrare di una visione della vecchiaia intesa come un tempo che permette di accettare la propria identità, compresa la sua storia di vita, i suoi legami e il suo ambiente socio-relazionale.

*“L’identità rappresenta l’organizzazione del benessere personale, è l’integrazione dei processi cognitivi ed emotivi che consentono una narrazione dell’invecchiare e illustra come una persona vive, si pensa e si sente vecchia, in equilibrio tra dimensione biologica e culturale”.*²⁹⁵ L’identità costituisce quindi il riferimento di base che permette di chiarire le trasformazioni personali anche complesse, di costruire la storia della persona.

La vecchiaia è il periodo della vita durante il quale si concentrano numerosi cambiamenti e quando la persona anziana sperimenta situazioni di insicurezza o paura di fronte alla percezione di essi dentro di sé o nell’ambiente per i quali non trova risposta, può talvolta sentirsi sola, in assenza di quelle figure significative di riferimento, che spesso non ci sono più o appaiono difficilmente raggiungibili e che potevano garantirgli vicinanza e protezione. L’avvertire in modo più o meno determinante il ruolo delle persone importanti nella propria vita è legato allo stile di attaccamento che la persona anziana ha strutturato e sviluppato nel corso dell’esistenza. Esso è determinante nella capacità dell’individuo di adattarsi in modo positivo perché la presenza di una persona al proprio fianco permette di sviluppare sicurezza e appartenenza e diminuisce il rischio di isolamento.²⁹⁶

Uno degli aspetti centrali di cui tener conto nei processi di invecchiamento, inoltre, riguarda il concetto di fragilità. Essa viene definita come una riduzione delle riserve di cui l’individuo dispone e che lo rende maggiormente vulnerabile all’ambiente e meno capace di assolvere alcuni compiti della vita quotidiana. La fragilità designa un equilibrio messo a rischio da eventi di vita ai quali la persona non

²⁹⁵ R. Pezzati et alii, op. cit. p. 71.

²⁹⁶ Ibidem.

è più in grado di rispondere adeguatamente e frequentemente viene associata a una situazione di isolamento sociale. Per fronteggiarla si deve ricorrere alle competenze individuali necessarie per fronteggiare le difficoltà connesse, detto in altri termini, alla resilienza.²⁹⁷

Per resilienza si intende la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici e di riorganizzare positivamente la propria vita di fronte alle difficoltà, potendo contare su risorse proprie, apprese e sviluppate lungo il corso della vita.

Tale definizione si riscontra con chiarezza nei confronti di tutte e tre le figure a cui è stata destinata la ricerca, quali residenti, familiari e operatori. Per questi ultimi, in particolare, essere resilienti ha inoltre significato avviare un processo attraverso il quale potesse essere possibile costruire progetti e azioni, volti a promuovere salute e qualità della vita all'interno della Rsa, in un contesto perennemente mutevole.

Non è dunque da intendersi come processo di *empowerment*, ovvero la possibilità di accrescere le proprie competenze e abilità per raggiungere un maggior controllo sulla propria vita e ottenere maggiore sicurezza. Anzi, esso può essere considerato come un processo che contribuisce in parte alla resilienza. Infatti, quest'ultima si sofferma sul trauma e sulla sofferenza subita per accettarla e superarla. Quindi la consapevolezza della vulnerabilità assieme all'*empowerment* contribuisce l'inizio di un percorso di vita resiliente per la persona.²⁹⁸

Il concetto di resilienza si diversifica anche dal *coping*. Mentre questo si incentra nel far fronte a una situazione avversa, la resilienza, che comprende già in partenza questa fase della vita, include inoltre le due fasi successive: lo sviluppo delle capacità e delle competenze, anche successivamente all'evento sfavorevole, e il ritorno alla propria vita riorganizzata in modo positivo. Pertanto, la resilienza, che in alcuni casi si crede innata mentre in altri acquisita tramite l'adattamento a eventi tragici, si sviluppa in un contesto dilatato nel tempo.²⁹⁹

Le scienze sociali nel Codice Deontologico prevedono che la figura dell'assistente sociale si adoperi a tal fine, nello specifico: *“deve promuovere opportunità per il miglioramento delle condizioni di vita della persona, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle loro diverse aggregazioni sociali; ne*

²⁹⁷ R. Pezzati et alii, op. cit. p. 71.

²⁹⁸ B. Cyrulnik, E. Malaguti (a cura di), *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento, 2005.

²⁹⁹ Ibidem.

valorizza l'autonomia, soggettività e capacità di assunzione di responsabilità, sostenendole nell'uso delle risorse proprie e della società, per prevenire e affrontare situazioni di bisogno o di disagio e favorire processi di inclusione".³⁰⁰

Inoltre, "deve riconoscere la persona come soggetto capace di autodeterminazione e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l'autonomia e il diritto della persona ad assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri".³⁰¹

3.2. Disegno e domande di ricerca

Da maggio a settembre ho condotto il mio tirocinio presso due residenze per anziani a Spinea (Ve) e ho avuto l'opportunità di vivere una fase del periodo emergenziale in prima persona.

Dopo aver analizzato nei primi capitoli il contesto delle residenze sociosanitarie per anziani dall'esterno e in termini generali, ho ottenuto il consenso per avviare una ricerca i cui dati mi potessero consentire di avere un quadro della situazione emergenziale dal punto di vista interno e di conseguenza maggiormente completo.

Oltre a riconfermare le criticità emerse e descritte in dettaglio precedentemente, l'intento portato avanti dalla ricerca è quello di non soffermarsi soltanto sulle fragilità organizzative e gestionali, ma su come si possa migliorare il benessere psicologico-emotivo delle tre figure fondamentali nel triangolo relazionale all'interno del sistema residenziale, quali operatori, familiari e residenti.

In particolare, mi sono soffermata su come le interazioni di queste tre figure riescano a influenzarsi costantemente e su come l'acquisizione di resilienza sia fondamentale per garantire un clima di benessere anche durante le emergenze.

L'idea nasce dall'esperienza a partire dai primi giorni di tirocinio, entrando nel clima interno alla struttura che poco dopo è diventato subito familiare. In modo particolare la tematica scelta sul benessere emotivo, però, è sorta ironicamente dal dolce del lunedì. In struttura è abitudine portare un dolce da condividere tra professionisti proprio il primo giorno della settimana perché si sa essere quello più difficile da affrontare. L'idea che ci sia un dolce ad aspettarci per pranzo rende il clima mattutino antitetico a quello del pomeriggio a livello emotivo. Mi sono chiesta dunque che se un dolce poteva fare la differenza e portare a una condizione di così tale benessere emotivo, forse una tirocinante avviando un ulteriore cambiamento, adattandosi già a quello in corso causato dal Covid-

³⁰⁰ Codice Deontologico dell'assistente sociale (titolo II, comma 11).

³⁰¹ Codice Deontologico dell'assistente sociale (titolo IV, comma 26).

19, avrebbe potuto dare alla sua presenza un ruolo positivo. Il problema risiedeva nella modalità con cui realizzarlo.

Per riassumere, o meglio, concentrare l'intento della mia ricerca, essa vorrebbe rispondere principalmente alla domanda 'Cosa significa affrontare l'emergenza Covid-19 in una Rsa?' e in un secondo momento alla sotto domanda 'Come migliorare il benessere emotivo delle figure che fanno parte di una Rsa, affinché il clima all'interno delle strutture sociosanitarie migliori?'.

Di conseguenza si è cercato di comprendere il contesto lavorativo nella situazione emergenziale attraverso i fattori che si sono rivelati portatori di criticità e fragilità, ma anche quelli che potessero rivelarsi positivi.

In secondo luogo, si è provato ad apprendere l'importanza di un benessere psicologico-emotivo assieme a quello fisico da sempre considerato di maggiore importanza e di come poterlo sviluppare e valorizzare attraverso la ricerca di soluzioni che potessero alleviare la pressione emergenziale. Soluzioni che potrebbero, inoltre, essere messe in atto e avere ugualmente effetti positivi anche in tempi sereni.

Come fondamento della ricerca vi è la visione di una presa in carico del soggetto anziano, il cui benessere rimane sempre in parte derivante dalle relazioni con i familiari, da parte degli operatori attraverso azioni, percorsi e strumenti per promuoverne la salute e il miglioramento della qualità della vita, ponendo attenzione anche al concetto di resilienza.

'La promozione della resilienza in coloro di cui ci si prende cura incontra necessariamente la resilienza anche di chi deve attuarla e dunque del sistema e delle istituzioni. La nozione di resilienza implica l'instaurarsi di una relazione di aiuto che ricerca la reciprocità, un riposizionamento e un ripensamento del ruolo'.³⁰²

Tale prospettiva permette di riconoscere che l'incontro, la conoscenza e lo scambio con le persone aiutano lo stesso operatore a relazionarsi con i limiti e le fragilità di ciascuno e a individuare le risorse presenti in gruppi da sempre considerati vulnerabili, modificandone gli stili di vita verso la costruzione di comunità sostenibili.³⁰³

³⁰² B. Cyrulnik, E. Malaguti, op. cit. p. 74.

³⁰³ Ibidem.

La tipologia di osservazione condotta dal progetto di ricerca può dirsi etnografica, in quanto per comprendere un gruppo sociale, da intendersi qui come insieme delle figure che si relazionano all'interno della Rsa, bisogna entrare a farvi parte. In più, sempre come in questo caso, il ricercatore deve essere direttamente coinvolto nella raccolta dati senza delegare a terzi.

Tale tipo di osservazione richiede tempi lunghi sia perché il ricercatore deve 'immergersi' nel fenomeno sia per il lavoro di analisi che ne sussegue. La ricerca ha richiesto quasi la totalità dei mesi dedicati al tirocinio, nel periodo da maggio a settembre.

Inoltre, il ruolo da tirocinante, che coincide dunque con il ruolo di ricercatore, ha permesso di inserirmi all'interno del contesto, ma anche di mantenere uno sguardo esterno, quale posizione necessaria per comprendere il fenomeno sociale che si vuole analizzare e condurre la ricerca.

Essa inoltre è stata progettata ponendo una vera e propria domanda di ricerca e poi le sue sotto domande per scegliere l'oggetto da sottoporre all'osservazione. Si sottolinea come questa idea, nonostante sia stato esplicitato precedentemente la modalità con cui è nata sul campo, ha preso poi forma lentamente, obbligando il ricercatore a una scelta dei percorsi migliori da percorrere anche attraverso un precedente studio del contesto.

Prima di tutto si è scelto il luogo in cui avviarla, ovvero prendendo atto che il contesto del tirocinio potesse essere adatto alla ricerca, avendo un confronto al riguardo con la propria tutor e dopo aver raccolto una serie di informazioni e documenti che potessero orientare meglio questa scelta.

Si è poi deciso di partecipare attivamente all'organizzazione della struttura e alla routine lavorativa quotidiana, ricercando un coinvolgimento delle figure che ne facevano parte, tenendo conto delle tempistiche necessarie per l'osservazione.

In seguito, si è *negoziato l'accesso al campo*³⁰⁴, nel senso che nonostante le difficoltà nel poter iniziare da subito un tirocinio in presenza a causa del Covid-19, ed essendo stato avviando per le prime settimane in modalità a distanza, si è riusciti a intraprenderlo in struttura e poi si è richiesto il consenso alla stessa coordinatrice di struttura nel poter attuare il progetto di ricerca con l'affiancamento della psicologa. Dunque, riuscire a lavorare per un periodo all'interno della struttura

³⁰⁴F. Bernardi, *Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare*, Carocci Faber, Roma, 2006.

ha permesso poi di essere maggiormente agevolati nel richiedere la possibilità di avviare un nuovo progetto che vedesse nuove attività.

La conduzione della ricerca è stata precedentemente attuata a livello ipotetico e immaginario, si è pensato prima di tutto alla sua ideazione e alla sua fattibilità, effettuando delle prove pilota per tutti gli strumenti pensati di utilizzare. Essi sono stati quindi sottoposti a una supervisione e a una prova pratica prima di ottenere il consenso del loro utilizzo. In secondo luogo, con l'avvio della ricerca si è potuto decidere di concentrare l'attenzione su aspetti di volta in volta diversi. In corso di ricerca si sono ampliati i numeri degli attori coinvolti e delle tematiche prese in visione, variazioni perennemente soggette a note etnografiche trascritte di volta in volta.

Infine, si è dato del tempo per allontanarsi dal campo e concentrarsi sull'analisi dei dati con la finalità di far conoscere ai partecipanti i risultati riscontrati durante la ricerca e quindi riconoscere anche il loro contributo.

L'intento finale sarà quello di comprendere i fenomeni sociali osservati e di costruire modelli interpretativi tenendo conto del significato attribuito ad essi dagli attori resi partecipi alla ricerca.³⁰⁵

Ci si è rivolti dunque ai dipendenti della struttura attraverso delle interviste, ai familiari dei residenti attraverso un questionario a loro dedicato e infine ai residenti stessi, chiamati a partecipare a gruppi di sostegno. Di seguito verranno specificati gli strumenti utilizzati, il luogo e il contesto e il processo attivato per effettuare la ricerca.

3.3. Gli strumenti di ricerca

3.3.1. Le interviste

Nel periodo emergenziale gli operatori sociosanitari hanno continuato a lavorare dietro a mascherine e visiere, dentro a tute integrali e doppi guanti. Hanno continuato a fornire il loro lavoro di cura nonostante la costante paura di venire contagiati e di diffondere il virus in famiglia. Una parte di essi, come i mass media hanno descritto, hanno 'eroicamente' continuato il proprio lavoro, mentre per altri, sopraffatti dalla situazione, l'emergenza Covid-19 ha portato a effetti negativi come ansia e stress.³⁰⁶

³⁰⁵ F. Bernardi, op. cit. p. 77.

³⁰⁶ P. Vigorelli, *Nuove consapevolezze sviluppate nelle Rsa durante l'epidemia*, Welforum, 9/06/2020.

È chiaro come una buona assistenza abbia bisogno di buone condizioni di lavoro e che il benessere degli anziani è fortemente legato anche a quello degli operatori che hanno bisogno di attenzione, ascolto, ma soprattutto riconoscimento.³⁰⁷

Per questo nel progetto di ricerca non poteva mancare uno spazio dedicato agli operatori della Rsa.

L'intervista, quale forma di interazione molto simile a quelle che si sperimentano nel contesto quotidiano³⁰⁸, si è rivelata un buon strumento nell'ambito di questo progetto di ricerca sociale dopo aver instaurato buone relazioni con l'equipe, nello specifico, dopo aver ottenuto un riconoscimento reciproco dei ruoli. L'elevata flessibilità, permessa anche attraverso un'intervista semi strutturata come in questo caso, ha permesso al ricercatore che ha condotto in prima persona i colloqui, di poter approfondire le tematiche salienti e al partecipante di soffermarsi quasi del tutto liberamente sugli aspetti che lo avevano maggiormente colpito o che si sentiva comunque di condividere per la loro importanza.

In presenza, dunque, di una traccia d'intervista, indispensabile per una buona conduzione di essa, il ricercatore ha potuto cogliere gli aspetti di novità raccontati da ciascun partecipante e trovare uno spazio dove poterli analizzare, specie se ricorrenti e non riconosciuti nei risultati attesi della ricerca. Conoscendo dunque i testimoni privilegiati, non solo rispettivamente al ruolo svolto internamente alla struttura, si sono potuti avviare un confronto e una condivisione di idee riguardo alla tematica principale del progetto di ricerca.

Molte informazioni sono emerse spontaneamente dopo aver avviato il colloquio con le domande iniziali e prima della sua conclusione è bastato puntualizzare sugli aspetti salienti tralasciati.

Non si sono presentate particolari criticità di 'desiderabilità sociale'³⁰⁹, poiché ogni intervistato si è sentito libero di condividere la sua esperienza emotiva e lavorativa durante il periodo emergenziale, esprimendo la propria opinione su aspetti positivi e aspetti negativi, proprio come richiesto, senza nascondere le proprie convinzioni o fornire risposte fatte per farle corrispondere alle aspettative della ricerca.

³⁰⁷ Ibidem.

³⁰⁸ F. Bernardi, op. cit. p. 77.

³⁰⁹ Fenomeno secondo il quale gli intervistati si fidano all'intervistatore solo al fine di presentarsi sotto ad una luce favorevole e rispondendo in base a ciò che credono il ricercatore voglia sentirsi dire.

Si è cercato quindi un vero e proprio spazio per dialogare, un contesto in cui, parlando di resilienza, il partecipante potesse metter in discussione anche la propria, o semplicemente, conoscere e dare importanza al suo significato.

3.3.2. I questionari

Molte Rsa hanno deciso di chiudere completamente le visite ai parenti prima di un lockdown ufficiale e tale decisione è stata vista come autonoma, quando invece è stato il risultato di diverse scelte prese da più enti e responsabili. Inizialmente forti emozioni negative si sono manifestate attraverso l'opinione dei familiari, per poi essere comprese e accettate, in quanto con il rapido diffondersi dell'epidemia, tale scelta si è rivelata coerente e ben accetta per mettere in sicurezza le Rsa.³¹⁰

La tecnologia ha in parte aiutato a trovare un equilibrio, uno stato di sopportazione della mancanza di relazione con il proprio caro, anche se chi non ha mai avuto dimestichezza con le videochiamate, ad esempio, ha avuto difficoltà ad imparare.

È evidente come, anche se l'anziano viene preso in carico dalla struttura, esso non lo sia totalmente, per il reclamo costante del ruolo da parte del familiare. Pertanto, è importante allearsi con le famiglie e non lasciarle in disparte, con dubbi e incertezze. Anche il rapporto con i familiari ha un impatto emotivo e psicologico su operatori e residenti, di conseguenza anche ascoltare la loro opinione nel progetto di ricerca si è rivelato un fattore importante.³¹¹

Non potendo avere un contatto diretto con i familiari a causa delle direttive per la prevenzione del Covid-19 e non avendo loro accesso alla struttura, l'intervista non poteva essere il mezzo adatto, anche se avviata con tutte le precauzioni adatte, per raccogliere informazioni. Era necessario uno strumento che potesse essere gestito autonomamente dallo stesso familiare, ma che soprattutto impiegasse poco tempo per poter essere somministrato prima o dopo una visita al residente, attraverso le vetrate del salone della struttura. Non è stata possibile una divulgazione telematica, ma solo cartacea, dopo una breve presentazione della ricerca prima della consegna del modulo alla persona interessata, per via di autorizzazioni che la struttura avrebbe dovuto ottenere. Inoltre, non conoscendo il grado di abilità nell'uso della tecnologia da parte dei familiari, un breve questionario cartaceo è stato riconosciuto come strumento migliore.

³¹⁰ P. Vigorelli, op. cit. p. 79.

³¹¹ Ibidem.

3.3.3. I gruppi di sostegno

Per poter analizzare i punti di vista dei residenti della Rsa sull'emergenza Covid-19, con l'intento anche di poter in qualche modo parlare di resilienza, i gruppi di sostegno si sono rivelati lo strumento di prima scelta per avviare un ciclo di quattro incontri, in cui si potesse liberamente dialogare di una tematica scelta a partire da un brano.

Nell'ambito di un gruppo di dialogo non è importante giungere a un consenso tra i membri coinvolti, ma analizzare le loro diverse opinioni, poiché sono queste ad essere oggetto di analisi, insieme al contesto e alle interazioni con gli altri soggetti che possono andare a modificarle.

Questa modalità permette di ascoltare più persone che hanno un'esperienza diretta con la tematica della ricerca e di avere vari punti di vista sullo stesso contesto, attraverso un'interazione cognitiva ed emotiva. Infatti, se i partecipanti si ritrovano ad essere coinvolti anche emotivamente è più fattibile poter parlare di concetti come *empowerment* e resilienza.³¹²

Inoltre, secondo Gilligan³¹³ (1997), il funzionamento resiliente si fonda sulla sicurezza di un sentimento di appartenenza, autostima ed efficacia personale.

In primo luogo, dunque, la percezione di appartenere a un gruppo, inteso come famiglia, comunità ma anche un gruppo di persone, crea un sentimento di sicurezza e sviluppa resilienza, poiché permette di essere riconosciuti e di creare sicurezza. Il sostegno della rete e del gruppo dei pari può addirittura sopperire alla mancanza di un sostegno intra-familiare.

L'autostima, invece, si sviluppa attraverso il riconoscimento delle proprie competenze e dei propri meriti ed è proprio quello che si cerca di ottenere durante il momento conclusivo dell'incontro, quello della Restituzione, nel quale si ricorda il contributo dato da ciascuno alla conversazione.

Infine, il sentimento di efficacia personale non è altro che un sentimento di autonomia creatosi nel tempo attraverso esperienze sociali e che può continuare ad essere consolidato tramite il gruppo.

È importante, inoltre, citare la prospettiva di ecologia sociale sviluppata da Bronfenbrenner (1996), secondo la quale un individuo è inserito all'interno di relazioni che si sviluppano a forma di centri concentrici distanziati nello spazio e prevedono l'interazione con il proprio io (ontosistema), con la famiglia (microsistema), con la comunità (exosistema), con cultura e sistema politico (macrosistema).

³¹² F. Bernardi, op. cit. p. 77.

³¹³ B. Cyrulnik, E. Malaguti, op. cit. p. 74.

In particolar modo soffermandoci sull'exosistema è possibile costruire una comunità resiliente. Molti studiosi, però, ammettono che *'la resilienza di una comunità dipende dalla natura dell'evento al quale si deve far fronte. Più l'avversità tocca la sfera intima e crea isolamento, più sarà difficile per il gruppo sviluppare una resilienza comune. Secondo la prospettiva ecologica, non si è, senza eccezioni, resilienti da soli: la famiglia, il quartiere, la comunità, la società, la cultura interagiscono completamente'*.³¹⁴

Ecco spiegate le principali motivazioni che mi hanno indotto a scegliere un'attività di gruppo per la ricerca destinata ai residenti. Essi, infatti, erano già abituati a prendere parte a simili attività, ma queste erano finalizzate a momenti ludico-creativi, a mantenere le proprie abilità funzionali e cognitive, ad attuare colloqui per test psicologici individuali, non erano indirizzate direttamente a costruire uno spazio in cui poter dialogare liberamente sul proprio vissuto e sulle emozioni. Ovviamente questo già accadeva durante quegli incontri, ma come spazi intermedi all'interno dell'attività ideata con la sua precisa finalità.

Parlando di resilienza, poi, si pone l'attenzione sulle caratteristiche personali della persona, ma devono essere prese in considerazione anche le relazioni di sostegno e l'ambiente circostante. È per questo motivo che il concetto di resilienza non si limita solo alla modalità con cui si è superato un certo trauma, ma a quella con cui si rappresenta e racconta l'esperienza vissuta. Un'esperienza che per quanto emotivamente difficile sia da raccontare può essere rielaborata anche attraverso il gruppo stesso. La condivisione di essa permette a ciascun partecipante di esprimersi al riguardo e magari anche aiutare con una parola, con un consiglio o lo stesso vissuto emotivo la persona che lo ha rivelato.³¹⁵

Ciò accade quando si vede l'altro come una persona che vive una condizione di vulnerabilità nella quale però è sempre presente la possibilità di divenire resilienti. *'Intendere la fragilità e la vulnerabilità come condizioni costitutive dell'essere umano, e da qui avviare il processo di resilienza, significa accettare la forza e la debolezza presenti in ognuno, e progettare comunità solidali, capaci di accogliere, rispettare, valorizzare i diritti e i doveri di tutti'*.³¹⁶

³¹⁴ B. Cyrulnik, E. Malaguti, op. cit. p. 74.

³¹⁵ Ibidem.

³¹⁶ B. Cyrulnik, E. Malaguti, op. cit. p. 74.

Un altro aspetto di diversità che caratterizza questa modalità di raccogliere informazioni riguarda anche il ruolo del conduttore del gruppo.

La ricerca nella promozione della resilienza attraverso questi gruppi di sostegno vuole cambiare le prospettive attraverso le quali si attua il lavoro di cura e i punti di vista sulle persone e sui gruppi.

*‘L’idea che qui si suggerisce è quella di fermarsi, sospendere l’immediatezza dell’intervento, l’agire in funzione dell’emergenza, per cercare di rendere consuetudinario un atteggiamento mentale che ascolta, osserva, riflette, si mette in discussione e dialoga per promuovere resilienza’.*³¹⁷

Costruire resilienza implica l’ideazione di un progetto che permetta uno spazio dove il dialogo possa far suscitare emozioni positive, la possibilità di esercitare, in qualità di operatori, un’azione positiva e di aiuto, e dunque la capacità di intessere buone relazioni di aiuto si realizza in funzione di due dimensioni che guardano al lato affettivo relazionale e al lato educativo e di cura che si realizzano nella quotidianità.

Alla base di questo progetto per ogni professionista l’agire deve essere indirizzato ad un approccio rivolto non solo al benessere fisico e cognitivo della persona sul piano sanitario, ma anche al benessere emozionale e funzionale attraverso l’accudimento e le relazioni umane.³¹⁸

3.4. Caratteristiche principali del contesto oggetto d’indagine

I centri Servizi per Anziani (CSA) Villa Althea e Villa Fiorita, siti nel Comune di Spinea in via Murano, gestiti dalla Cooperativa Codess Sociale Onlus, con sede legale nel Comune di Padova, erogano prestazioni di assistenza sociosanitaria e riabilitativa a persone anziane non autosufficienti in regime residenziale. L’organizzazione e le attività residenziali sono improntate a criteri di efficacia, efficienza, economicità, equità e qualità, e sono rivolte ad assicurare l’erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate nel rispetto della personalità e sicurezza psico-fisica dell’assistito.

L’attività si uniforma alla normativa regolamentare organizzativa delle Aziende Ulss, Comuni, Regioni e del volontariato, con i quali mantiene un raccordo funzionale con i rispettivi servizi.

Codess Sociale è una cooperativa sociale nata a Venezia nel 1979, ma opera in tutto il territorio nazionale nel settore socioassistenziale, sociosanitario e educativo. Gestisce residenze, centri e servizi diurni, assistenza domiciliare con referenze certificate presso oltre duecento enti pubblici e due mila ospiti che scelgono tali servizi. Da oltre trent’anni dedica impegno, un modello operativo basato sulla

³¹⁷ Ibidem.

³¹⁸ Ibidem.

co-progettazione, sulla collaborazione con la Pubblica Amministrazione, sulla Responsabilità Sociale, sulla soddisfazione della clientela e delle più complesse esigenze di cura e assistenza.

Per valenza imprenditoriale, commerciale, territoriale ed occupazionale, Codess Sociale risulta attualmente una delle più grandi cooperative sociali del paese.

All'interno di un'area tecnica dedicata e strutturata per competenze professionali specifiche, progetta e gestisce residenze per anziani autosufficienti e non autosufficienti, centri diurni e integrati, assistenza domiciliare, assistenza infermieristica, servizi riabilitativi, servizi e assistenza per le persone in età geriatrica.³¹⁹

I centri servizi Villa Fiorita e Villa Althea sono finalizzati a fornire ospitalità a persone anziane non autosufficienti per le quali non sia possibile il mantenimento nel proprio ambiente familiare e che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Di conseguenza l'accesso è consentito per chi ha una S.Va.M.A. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano³²⁰) che indica la non autosufficienza e per chi solitamente ha più di sessantacinque anni, per una bassa percentuale è consentito l'ingresso anche per chi non ha ancora raggiunto questa età.

Obiettivo prioritario è il recupero e il mantenimento del migliore livello possibile della qualità della vita della persona assistita, in relazione alle autonomie residue in un ambiente residenziale protetto, non è dunque una struttura riabilitativa.

All'interno del servizio la professionalità non intende sostituirsi all'esperienza e al ruolo centrale del residente e della sua famiglia: si desidera aiutare la persona a vivere la propria fragilità, accettandola e sostenendo la propria autostima, garantendo che ogni attenzione sia orientata al suo benessere guardando a valori ispiratori e ai diritti dei residenti. Valori come eguaglianza, partecipazione, diritto di scelta, imparzialità e continuità, efficacia ed efficienza e diritti come quelli alla vita, all'autodeterminazione e al non accanimento terapeutico, alla cura e all'assistenza, di prevenzione e protezione, di parola e di ascolto, di informazione e partecipazione, di espressione e di critica, al rispetto del pudore e della riservatezza, di pensiero e di religione.³²¹

Le strutture poi sono anche organizzate internamente. Villa Althea è divisa in tre nuclei: sole, luna e nuvola. Può ospitare sessantotto ospiti di primo livello e ha un clima più familiare e tranquillo rispetto

³¹⁹ Carta dei servizi e Regolamento interno Rsa Spinea (VE).

³²⁰ È un documento redatto da un'equipe adatta che analizza tutti gli aspetti di vita di un individuo a partire dal suo stato di salute, familiare, economico per definirne il conseguente profilo assistenziale. Si divide nella parte sanitaria, cognitiva-funzionale e sociale.

³²¹ Carta dei servizi e Regolamento interno Rsa Spinea (VE).

a Villa Fiorita che, articolata in quattro nuclei, azzurro, rosa, azzurro e verde, ospita il doppio degli ospiti di Althea e anche di secondo livello³²². Entrambe accolgono persone anziane non autosufficienti con calore e professionalità offrendo standards di qualità elevati, personalizzati, di assistenza medica, infermieristico, riabilitativo e tutelare. Il ricovero presso il centro servizi assume carattere di esclusiva volontarietà da parte del residente o, laddove non sia possibile una scelta autonoma in seguito a problematiche di deterioramento cognitivo di vario grado, da parte del familiare o dell'amministratore di sostegno³²³ richiedente.

Obiettivo fondamentale del lavoro è la promozione della salute degli ospiti, del loro benessere psicofisico per un miglioramento generale della loro qualità di vita. Il tutto in una collaborazione stretta con la famiglia alla quale viene offerto un servizio di ascolto, e con le istituzioni pubbliche e/o la comunità locale. Proprio per questo motivo l'utenza è composta principalmente da familiari, amministratori di sostegno, amici della persona che si cerca di inserire nella struttura.

Le problematiche significative portate dall'utenza sono quelle di trovare un luogo adatto dove il proprio caro può essere seguito con le cure adeguatamente impartite da professionisti e il cui inserimento può portare sollievo al carico che prima incombeva sulle responsabilità dei familiari. Il 90% dell'utenza che richiede di aver un colloquio con l'assistente sociale è composta dai *caregiver*, familiari alla ricerca di una struttura dove inserire il proprio caro perché incapaci di prendersene ulteriormente cura, stanchi e in stato confusionale, e il restante 10% da altre persone portatrici di un numero esorbitante di richieste e aspettative a cui si cerca di far fronte. Spesso viene richiesto di poter inserire una persona solo per un breve periodo, il cosiddetto periodo di sollievo, che permette alla famiglia di riprendersi e appunto sollevarsi dalle responsabilità del familiare sapendo che questo è in buone mani. Inoltre, sempre più *caregiver* chiedono se la struttura fornisce un'assistenza riabilitativa per permettere al residente di riacquistare la capacità motoria che aveva prima di un dato intervento, oppure prima di essere stato valutato non idoneo a deambulare autonomamente e costretto a stare in carrozzina per evitare il rischio di cadute.

Oggi con l'emergenza Covid-19 si assiste al problema contrario, i familiari sono restii a far entrare il proprio caro in struttura a causa dell'isolamento di quindici giorni a cui deve essere

³²² La S.Va.M.A. definisce un primo o secondo livello a seconda del profilo assistenziale dell'individuo. I secondi livelli necessitano solitamente di maggiori cure assistenziali e possono presentare anche disturbi comportamentali. Di conseguenza la presa in carico del soggetto può essere effettuata solo se la struttura è idonea a questa tipologia di profili assistenziali.

³²³ (ADS), figura istituita per le persone che non sono in grado fisicamente e psicologicamente di provvedere a sé stesse. Può essere uno stesso familiare o un avvocato legalmente nominato da un giudice tutelare.

sottoposto e l'impossibilità di fargli visita, quando precedentemente, alla notizia di un posto letto libero, la rinuncia di esso non era così all'ordine del giorno. Gli ingressi convenzionati continuano ad esser fatti a livelli ridotti e con grandi cautele e prevenzioni. Dopo una lunga degenza trascorsa a casa o in ospedale, trasferiti in struttura la loro vita è sempre più breve, non per motivi di positività al virus, ma perché tendono a lasciarsi andare.

Da un lato, infatti, su ordine governativo è stato imposto l'obbligo alle Rsa di chiudere per proteggere gli ospiti soggiornanti, con le aperture limitate poi sono i familiari a essersi sentiti in dovere di proteggere i propri cari nelle proprie case con livelli di assistenza minima e spesso inadeguati.

Le attività del servizio sono diverse perché solitamente erogate da professionisti specializzati in più campi, ma durante l'emergenza queste categorizzazioni sono venute meno, non in riferimento a competenze e abilità professionali, bensì per la definizione dei ruoli, in quanto ciascuno si è ritrovato a collaborare maggiormente con il proprio collega. Ritorna comunque la seguente divisione:

- Direzione e coordinamento: il coordinamento generale è affidato dal direttore generale di Codess sociale a una figura denominata coordinatore del servizio, che si avvale della collaborazione e delle competenze specifiche del coordinatore infermieristico e di altre figure di referenza interna.
- Servizi sanitari: i medici garantiscono l'assistenza sanitaria ai residenti, con orari di presenza in struttura e attraverso le fasce di reperibilità indicate. I servizi sanitari erogati prevedono prestazioni sanitarie finalizzate a monitorare le malattie croniche, a prevenire, quando possibile, il loro riacutizzarsi, a mantenere e migliorare le competenze funzionali; e prestazioni fisioterapiche e riabilitative con lo scopo di mantenere le capacità residue del residente e, laddove possibile, il raggiungimento di una maggiore autosufficienza fisica o il recupero dell'autonomia persa.
- Servizio assistenziale: assicura 24 ore su 24 lo svolgimento di tutte le prestazioni di assistenza rivolte direttamente alla persona, da parte di personale qualificato. Gli OSS³²⁴ e i loro referenti trascorrono in assoluto maggior tempo con gli ospiti e fungono da tramite familiare.
- Servizio psicologico: offre al residente e alla famiglia la possibilità di un monitoraggio continuo del processo di adattamento alla realtà del centro servizi, attraverso attiva collaborazione con l'equipe multidisciplinare e la conseguente stesura del Pai.³²⁵
L'accettazione della perdita dell'autonomia, con conseguente aumento del tono dell'umore,

³²⁴ Operatori Sociosanitari: si occupano della cura e dell'igiene personale del residente.

³²⁵ Piano assistenziale individualizzato: documento sintetico che raccoglie una serie di informazioni da un punto di vista multidisciplinare di soggetti in condizioni di bisogno al fine di avviare un progetto di assistenza.

sono parte essenziale del processo che andrà a ridefinire in positivo la qualità di vita dell'individuo. Lo psicologo lavora in tal senso mediante colloqui individuali, attività psicoeducative e supporto nelle dinamiche intra-familiari tra residente e familiare.

- Servizio di segretariato familiare: ha la funzione di supporto agli ospiti e ai propri familiari nell'affrontare le proprie problematiche. Se ne occupano più professionisti a seconda delle informazioni che il familiare ricerca, tutti in realtà in periodo emergenziale sono diventati un supporto per sostenere il carico emotivo e psicologico.
- Servizio delle attività a carattere educativo, culturale, sociale: l'attività di animazione si integra con le attività sanitarie e assistenziali al fine di mantenere nella persona anziana una socialità viva e positiva. In periodo emergenziale molte attività sono state sospese o annullate per dare la priorità agli ospiti di poter avere l'opportunità di vedere il proprio familiare attraverso un mezzo tecnologico o dal vivo rimanendo sempre a una certa distanza. Altri eventi, invece, sono stati ideati e realizzati attraverso nuove idee per migliorare il clima interno alla struttura e poter trascorrere, per quanto possibile, una situazione di normalità.
- Prestazioni alberghiere e servizi complementari: riguarda ristorazione, servizio di igiene ambientale, lavanderia e guardaroba, parrucchiere, pedicure e manicure, servizio postale, assistenza religiosa, servizio bar, servizio trasporti.
- Volontariato: appartiene a varie associazioni a supporto delle attività culturali, ricreative e di animazione promosse all'interno del centro, nonché, per l'accompagnamento dei residenti in occasione di visite organizzate. È da considerarsi risorsa che concorre al benessere del residente, per questo motivo, la struttura è aperta alle relazioni con volontari e con le associazioni regolamentate da apposita convenzione.
- Servizio amministrativo e ricevimento familiari: la reception assicura informazione, accoglienza, tutela e partecipazione dell'utenza e/o terzi. Gli utenti e i cittadini possono rivolgersi ad essa per avere informazioni al fine di conoscere e quindi rapportarsi correttamente con la struttura e la sua organizzazione e poter adeguatamente usufruire dei servizi erogati. Ha un ruolo fondamentale per la prevenzione del virus in quanto controlla ingressi di persone e materiali.

Nell'organizzazione del servizio è prevista l'articolazione del coordinamento in due aree distinte: area sociosanitaria e area socioassistenziale. Esse operano in modo integrato e con una visione unitaria delle problematiche di competenza.

Per quanto riguarda i servizi sanitari, le figure operanti in questa area procedono alla gestione e all'erogazione dei servizi e delle prestazioni previste dalla programmazione generale e dai piani

assistenziali individuali in merito alle prestazioni sanitarie di medicina generale, medicina specialistica, riabilitazione, assistenza infermieristica, prestazioni di laboratorio e di diagnostica strumentale, primo soccorso. L'area è composta dalle seguenti figure: medico coordinatore, medico curante, coordinatore sociosanitario, infermiere, terapeuta della riabilitazione/fisioterapista, logopedista. Mentre per i servizi socioassistenziali, le figure operanti in questa area hanno la gestione delle procedure di pre-ingresso, ingresso, accettazione e dimissione degli ospiti, provvedono all'erogazione delle prestazioni previste dai piani assistenziali programmati, alla socializzazione ed all'animazione ed infine tengono i rapporti con i settori sociali dei comuni e delle Ulss. L'area è composta da: coordinatore socioassistenziale, psicologo, referente di nucleo/primo operatore, educatore, operatore sociosanitario.³²⁶

Le figure di coordinamento, invece, guardano alla programmazione, alla formazione permanente e all'organizzazione del lavoro del personale infermieristico, tecnico e ausiliario. Al coordinamento sono attribuite inoltre funzioni di valutazione e miglioramento continuo delle procedure di assistenza e di qualità. In modo particolare mira a promuovere la razionalizzazione delle risorse assegnate, adottando criteri di efficacia ed efficienza nella loro gestione in base agli obiettivi perseguiti; migliorare la qualità della prestazione attraverso l'elaborazione di standards, individuare i bisogni formativi del personale e la verifica e lo sviluppo dell'attività erogata; promuovere l'umanizzazione e la personalizzazione degli interventi e degli ambienti, nell'ottica di applicazione della catena dei servizi.³²⁷

L'equipe multidisciplinare è composta dagli operatori di tutti i servizi sociosanitari e assistenziali che si riuniscono periodicamente e identificano, attraverso appositi strumenti, i bisogni assistenziali specifici dell'anziano e formulano i relativi obiettivi, formalizzandolo attraverso la stesura dei piani di assistenza individualizzati. La struttura, attraverso tale modalità di presa in carico, garantisce a ogni residente un'assistenza su misura e personalizzata. L'anziano viene dunque valutato nella sua individuale complessità, costruendo attorno a lui, e non viceversa, le attività di sostegno. Periodicamente l'equipe multidisciplinare si riunisce per monitorare la situazione, valutare i risultati dell'attività e, all'occorrenza, apportare eventuali modifiche al piano di intervento che viene altresì condiviso con il residente e i suoi familiari.³²⁸

³²⁶ Carta dei servizi e Regolamento interno Rsa Spinea (VE).

³²⁷ Carta dei servizi e Regolamento interno Rsa Spinea (VE).

³²⁸ Carta dei servizi e Regolamento interno Rsa Spinea (VE).

Le caratteristiche strutturali e la tipologia di residenti configurano in ogni struttura un diverso livello di rischio di diffusione del contagio, che comporta la necessità di adottare misure di prevenzione e di contenimento dedicate.

Nel territorio dell'azienda Ulss 3 Serenissima sono presenti trentuno centri servizi per anziani che, complessivamente, ospitano circa 3.300 residenti ed impiegano circa 3.500 addetti. Ciò significa che, ai fini della prevenzione e del contenimento del contagio da Covid-19, vi sono quasi 7.000 soggetti a rischio.³²⁹

Per riportare in sintesi un quadro statistico della situazione che vessa sulle responsabilità delle residenze si ricorda che la maggior parte dei casi di Covid-19 si manifesta in persone anziane: circa il 60% dei malati ha un'età superiore a 60 anni. Inoltre, il 99% dei decessi avviene in persone con più di 60 anni e con patologie di base multiple.³³⁰

Nelle strutture residenziali sociosanitarie soggetti con patologie croniche, affetti da disabilità di varia natura o con altre problematiche di salute, costituiscono una parte di popolazione particolarmente fragile nello scenario epidemiologico attuale.

Considerando l'elevato fabbisogno assistenziale dell'anziano fragile e il rischio di infezione molto alto nei confronti del personale che se ne prende cura, l'Istituto Superiore della Sanità ha diffuso delle indicazioni da seguire in modo scrupoloso considerando come destinatarie proprio le strutture residenziali per anziani.

Risulta necessario, infatti, provvedere a rafforzare ulteriormente alcune misure di prevenzione e contrasto alla diffusione del virus all'interno delle suddette strutture, al fine di gestire con maggior sicurezza sia l'accesso di nuovi ospiti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, supportando le famiglie sulle quali durante il periodo emergenziale ha gravato il lavoro di cura e di assistenza, sia le visite in strutture da parte di familiari e o conoscenti, considerato il loro valore affettivo e sociale, di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Seguono le misure di prevenzione messe in atto all'interno delle strutture dove è stata condotta la ricerca:

³²⁹ Rapporto ISS Covid-19 Rev. 28 marzo 2020.

³³⁰ Rapporto ISS Covid-19 Rev. 17 aprile 2020.

- Nomina di un referente per la prevenzione e il controllo della diffusione del contagio da Covid-19 adeguatamente formato. Per la gestione delle cure prettamente sanitarie inoltre è stato individuato un coordinatore infermieristico. La criticità emergente, però, si è rivelata essere proprio la mancanza di personale reperibile. La struttura, dunque, ha dovuto mantenere i suoi standard qualitativi e di efficienza con un numero limitato di OSS e un numero sotto la soglia prevista di infermieri.
- Adozione di misure di prevenzione quali praticare frequentemente l'igiene delle mani, evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani, evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in caso di febbre e sintomi respiratori/gastrointestinali non uscire di casa e contattare il proprio medico, indossare la mascherina e i dpi previsti; praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici, aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta. Il reperimento di dpi è stato difficoltoso nella fase iniziale dell'emergenza. La mancanza di mascherine e guanti, in modo particolare, ha portato i dipendenti al loro riutilizzo per un numero di volte maggiore a quello consentito per evitare di esaurirne le scorte in tempi precoci senza la certezza di un ulteriore rifornimento.
- Divieto di accesso alla struttura da parte di familiari e conoscenti, fatto salvo rare eccezioni. Nella fase iniziale dell'emergenza non si è effettuato nessun tipo di visita e la decisione della totale chiusura ha avuto un impatto negativo su residenti e familiari. L'impossibilità di vedere e comunicare come prima ha aumentato la preoccupazione instaurando un conflitto aperto tra operatori e familiari. Dopo aver ricevuto nuove direttive per una parziale apertura si sono avviate le visite tra residenti e familiari in luoghi protetti.
- Limitazione di nuovi ingressi per garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in isolamento e l'accesso prioritario alle persone non autosufficienti, la cui gravità, unita al prolungato permanere al domicilio, ha causando problemi di tipo sanitario e sociale alla persona e alla famiglia. Si accettano solo ospiti convenzionati in base alla graduatoria, ma riempire i letti della struttura rimane difficile davanti ai rifiuti dei familiari. Essi sono preoccupati per l'inserimento che richiederebbe un isolamento e preferiscono farsi ulteriormente carico delle cure per via del decesso precoce, in ospedale o nella propria abitazione, degli stessi anziani a cui spetterebbe il posto nella Rsa.
- Obbligo di procedure standard da effettuare ad ogni ingresso per il personale come misurazione della temperatura e registrazione. Sottoposizione, inoltre, agli screening tramite sierologico o tampone organizzati dall'Ulss ma gestiti completamente dall'interno.

- Formazione specifica da impartire a tutto il personale tramite corsi online o direttamente dai referenti di struttura per fornire assistenza mediante un iter di sensibilizzazione.
- Riorganizzazione degli spazi della struttura dedicando nuclei per persone positive da Covid-19 e quindi per il loro isolamento definendo una zona rossa (ospitante utenti positivi ovvero sospetti positivi), una zona arancione (tipicamente di svestizione), zona gialla (passaggio di personale/materiale), zona verde (rischio contagio Covid-19 non specifico).
- Gestione della salma secondo le misure dettate per evitare la diffusione del contagio e avviare le procedure per richiedere il funerale dove richiesto.
- Valutazione dei rischi e piani di sanità pubblica per raccogliere i dati di prevalenza di positivi al Covid-19, avere la mappatura sulla disponibilità di dpi, raccogliere informazioni sulle competenze sanitarie del personale nel rispetto delle indicazioni fornite dalla regione.
- Prevenzione vaccinale nelle strutture residenziali per anziani. Per tutti gli ospiti della struttura sarà avviata una specifica campagna vaccinale di recupero contro lo pneumococco e continuata e rafforzata la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale che viene fortemente raccomandata.

3.5. Interviste agli operatori

Sono volti a comprendere com'è cambiata la condizione lavorativa degli operatori su un livello organizzativo ma anche emozionale e a riconoscere se l'interazione con colleghi, familiari, ospiti ha portato a delle influenze negative o positive. Mirano a comprendere come le figure interne delle Rsa hanno interagito.

Per prima cosa si è stesa una traccia per le domande con un sistema 'a imbuto', ovvero da domande più semplici si è passati a quelle più centrate sulla questione per cui si è deciso di avviare la ricerca e che richiedono punti di vista e opinioni.

Di seguito si analizza la struttura.

DOMANDE INTERVISTA

1. Cosa significa fare (la psicologa, l'educatrice, l'assistente sociale, la fisioterapista) in una Rsa?
In periodi non emergenziali di che cosa ti occupi?
2. Come e in cosa sono cambiate le modalità del tuo lavoro da quando è sfociata l'emergenza?

Le prime due domande sono volte a conoscere il ruolo dell'intervistato e il suo punto di vista su ciò che è cambiato nella sua routine quotidiana. Per comprendere al meglio, infatti, i significativi cambiamenti apportati dall'emergenza è stato ritenuto necessario comprendere l'organizzazione lavorativa, i ruoli e le mansioni attuate in tempi non emergenziali per analizzarne il mutamento successivo. Con l'avvento del Covid-19 tutti gli operatori intervistati hanno ammesso di essere stati soggetti, sia loro in prima persona e poi anche di conseguenza il loro ruolo, a cambiamenti repentini ai quali si sono ritrovati necessariamente a adattarsi.

3. Se dovessi descriverti utilizzando solo delle emozioni, magari quelle che provi maggiormente nella quotidianità e quindi non in periodi emergenziali, quali useresti?
4. Come ti sei emotivamente trovato invece ad affrontare questa emergenza? Che emozioni hai provato?
5. Cosa fai quando a livello emotivo senti di non stare bene? Che soluzioni hai trovato?

La terza, la quarta e la quinta sono orientate a comprendere ciò che la persona intervistata ha provato sul piano personale, come ha vissuto il cambiamento, a confrontare la sua personalità con l'evento emergenziale inaspettato ed è chiamato a raccontare le emozioni e le riflessioni personali. È utile comprendere infatti sul piano emotivo come la persona in questione si identifica e si colloca per comprendere successivamente com'è cambiata la condizione del suo benessere in fase emergenziale.

6. L'umore di colleghi, familiari degli ospiti e ospiti stessi ti ha influenzato nel tuo lavoro? Quale dei tre ha avuto un impatto maggiore? In positivo o in negativo? Perché?
7. Credi che se tutti i professionisti, gli ospiti e i familiari di questi stessero emotivamente bene gioverebbe ad avere un miglior clima in struttura? Hai per caso un episodio, un'esperienza che te ne dà conferma? Ritieni che sia possibile arrivare ad ottenere tale tipo di clima?

La sesta e la settima domanda sono mirate a comprendere la rete interna e il clima che abitualmente c'è tra operatori, familiari e residenti e se sia immaginabile lavorare in un contesto che permetta dialogo e serenità. La sotto domanda 'Ritieni che sia possibile arrivare ad ottenere tale tipo di clima?'

è stata aggiunta successivamente in quanto le persone intervistate evidenziavano autonomamente la differenza tra la sussistenza di un clima sereno e la possibilità di crearne uno.

8. L'emergenza Covid-19 secondo te ha portato solo ad effetti negativi o anche positivi? Quali?
9. Tra gli effetti positivi puoi includere il fatto che essere riusciti ad affrontare l'emergenza ti abbia reso più resiliente, ovvero più incline e capace ad affrontare cambiamenti repentini, rendendoti consapevole delle tue capacità di fronteggiamento di una difficoltà?

L'ottava e la nona invece sono finalizzate a capire se l'interlocutore è riuscito a guardare oltre le criticità emergenziali e a riconoscere se il suo ruolo ha potuto fare la differenza o meno, acquisendo resilienza. Tali domande sono state utilizzate anche come mezzo per valorizzare le capacità che la persona intervistata è riuscita o meno ad utilizzare per affrontare l'emergenza e fornire maggiore consapevolezza.

Previo consenso da parte della coordinatrice delle strutture della traccia, della lista di operatori a cui destinarla, si sono avviate le interviste presso un ufficio della stessa struttura. L'intervista deve essere considerata come semi strutturata, in quanto le domande hanno fornito da stimolo per l'avvio e la conduzione del dialogo lasciando uno spazio aperto e libero all'interlocutore, e destinata a testimoni privilegiati, in quanto i soggetti sono stati precedentemente individuati.

Sono state tutte condotte dalla stessa persona e questo ha permesso di informare prima dell'intervista la persona destinataria riguardo allo scopo della ricerca, la tematica affrontata e l'utilizzo delle informazioni raccolte. Inoltre, in alcuni casi, è stato possibile approfondire alcuni aspetti che risultavano essere nuovi rispetto alla traccia chiedendo espressamente un confronto o l'opinione sul concetto chiave.

Tutte le interviste, una volta ottenuto il contatto delle persone in lista, sono state registrate previo consenso dell'intervistato e sono state poi trascritte ponendo attenzione agli elementi emersi in comune.

Sono stati intervistati 12 donne e 1 uomo per un totale di 13 interviste. Nello specifico hanno aderito alla ricerca 2 infermiere, una coordinatrice OSS, una coordinatrice infermieristica, 2 assistenti sociali,

1 psicologo e 1 psicologa, 2 fisioterapiste, 2 educatrici. La prevalenza di donne è una conseguenza della costituzione del personale e non è da intendersi come scelta voluta.

3.5.1. Perché rivolgersi agli operatori

Oltre ad essere fondamentale potersi rivolgere a loro per comprendere la relazione che intercorre tra i soggetti principali che costituiscono e fanno parte del sistema gestionale e organizzativo delle Rsa, sono coloro che si ritrovano ad affrontare il rischio del contagio rimanendo a prendersi cura dei residenti in prima linea. Sono i primi, dunque, ad essere sottoposti a un rischio fisico, ma anche emotivo. Il prolungarsi nel tempo dell'emergenza sanitaria può portare ad un aumento di pressione e paura e comportare una cronicizzazione dello stress legato al lavoro, che, se prolungato nel tempo e accompagnato da elevata intensità, può determinare un esaurimento delle risorse psicologiche e in alcuni casi favorire l'emergenza del *burn-out*³³¹.

La gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione di Covid-19 ha richiesto agli operatori delle Rsa un cambiamento sostanziale nel lavoro per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, relazionali e relativi alla sicurezza. In diversi casi si è verificato il prolungamento nell'orario di lavoro, la crescente richiesta di reperibilità, la carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, l'aumento della fatica fisica.³³²

Oltre agli aspetti propriamente legati al lavoro, in questo momento si verifica una difficoltà crescente nel bilanciare la vita lavorativa e quella privata e familiare. I turni di lavoro prolungati portano gli operatori a stare un numero superiore di ore lontani dalle proprie famiglie. Tutti gli aspetti descritti portano a un sovraccarico emotivo e fisico e sono collegati a condizioni di stress psicofisico, che, se cronicizzate e prolungate nel tempo, possono avere un impatto sulla salute degli operatori sanitari. La condizione psicologica ed emotiva di tali figure può avere una ricaduta immediata sulla gestione dell'emergenza sanitaria, oltre che sulla salute e il benessere della persona.³³³

³³¹ Se prolungato nel tempo e accompagnato da pressione intensa, lo stress può determinare un esaurimento delle risorse psicologiche e in alcuni casi l'emergenza di burn-out. Esso è una sindrome derivante da stress cronico caratterizzata da una sensazione di impoverimento delle energie o esaurimento, un aumento di sentimenti negativi verso il lavoro e gli altri, una ridotta efficacia professionale. Questo porta a conseguenze sulla salute psicofisica della persona in diversi modi, che vanno da problemi di concentrazione e alterazioni del comportamento fino a situazioni di ansia e depressione.

³³² Inail, *Gestione dello stress e percezione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza Covid-19*, https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-gestione-stress-operatori-sanitari-covid-19_6443145764145.pdf?section=attivita.

³³³ Ibidem.

Il Dipartimento di Medicina Epidemiologia e Igiene del Lavoro e Ambientale (Dimeila) dell'Inail e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli psicologi (Cnop) hanno avviato una proficua collaborazione, finalizzata a identificare gli strumenti metodologici utili a fornire supporto agli operatori sanitari nella gestione dello stress e del malessere crescente legato all'emergenza.³³⁴

L'ottica è quella di fornire principalmente al personale sanitario in condizioni di sofferenza gli strumenti e le strategie di fronteggiamento, adattamento e recupero, adeguate alla situazione. Rimane inoltre centrale l'importanza di un'adeguata informazione del lavoratore non solo sui rischi, ma anche sulle misure di prevenzione e protezione. In questa situazione di crisi, infatti, l'informazione oltre al rischio biologico ed alle misure contenitive per il contagio, dovrebbe riguardare lo stress lavorativo e le azioni da adottare in merito. Lo scopo è garantire l'attivazione di un servizio di supporto e sostegno psicologico e psicosociale rivolto agli operatori sanitari. L'obiettivo dei servizi di supporto è quello di ascoltare i bisogni e rispondere alle eventuali problematiche di ordine psicologico che possono insorgere negli OSS nel corso di attività svolte in situazione di emergenza Covid-19.

In particolare, i servizi possono fornire supporto e strumenti di aiuto di natura psicologica e psicosociale, quando non propriamente organizzativa.

Pertanto, nei casi di carenze di risorse professionali disponibili nella rete pubblica, è auspicabile procedere al reclutamento di psicologi da utilizzare in ambito pubblico e negli interventi in emergenza, al fine di supportare le figure che ne hanno maggior bisogno. Potrebbe essere attivata una rete da poter contattare per ricevere aiuto e attuare colloqui in presenza o in modalità a distanza. Prima di tutto si procederebbe con l'istituzione del servizio attraverso anche l'attivazione di un numero telefonico. Esso sarebbe poi diffuso agli OSS insieme a tutte le informazioni necessarie. Una volta preso il contatto lo psicologo compilerà una scheda di triage psicologico o altri strumenti di valutazione che potranno essere utilizzati da tutta l'equipe di supporto per aiutare l'utente.³³⁵

Un'alternativa da valorizzare potrebbe riguardare l'attivazione di interventi di gruppo tra operatori sanitari all'interno alle aziende, strutture residenziali e ospedaliere, per favorire il confronto delle esperienze e il supporto tra colleghi. I gruppi potrebbero essere condotti sempre grazie alla figura dello psicologo che potrebbe avviare un dialogo utile a far emergere e risolvere criticità comuni per creare un migliore clima lavorativo.

³³⁴ Ibidem.

³³⁵ Inail, op. cit. p. 95.

E se gli OSS risultano essere gli operatori alla fine della lista delle professioni da salvaguardare nel periodo emergenziale non bisogna dimenticare che all'interno delle Rsa lavora un'equipe che in quanto gruppo multidisciplinare prevede la partecipazione di più figure che non devono essere lasciate sole, ma devono essere aiutate ad affrontare situazioni emergenziali. Il supporto psicologico, dunque, assieme a possibili interventi di gruppo non devono guardare unicamente agli OSS ma all'intera equipe professionale.

3.6. Questionari rivolti ai familiari dei residenti

Sono volti a comprendere come i familiari hanno vissuto il periodo emergenziale essendo costretti inizialmente a stare lontani dai propri cari residenti nella Rsa e, successivamente, a poterli vedere di persona con le restrizioni e le direttive specifiche per tutelarli dal contagio da Covid-19.

Di conseguenza non si deve intendere tale questionario come uno strumento che possa valutare la qualità dell'organizzazione e della gestione della Rsa, tematica su cui non verte tale ricerca.

Anche per la stesura del questionario è stata scelta una struttura 'ad imbuto' con domande che prevedono risposte multiple o aperte. Verrà analizzato qui di seguito in dettaglio.

QUESTIONARIO SUL BENESSERE EMOTIVO

Caro familiare,

mi chiamo Nadia Fidone e in quanto laureanda magistrale in Scienze Sociali presso l'università di Ca' Foscari di Venezia, vorrei renderla partecipe della mia ricerca sul benessere emotivo durante l'emergenza COVID, attraverso la compilazione del seguente questionario completamente anonimo.

Sarebbe importante, infatti, poter avere il suo punto di vista.

Ci vorranno solo 5 minuti e i dati saranno trattati nel rispetto della privacy, decreto n. 101/18 del 10 agosto 2018.

La ringrazio per il suo contributo.

L'incipit permette di identificare da chi viene condotta la ricerca e le finalità della somministrazione del questionario. Inoltre, chi decide di compilarlo è informato del fatto che non verranno utilizzati dati personali di nessun tipo, non essendo possibile in alcun modo risalire alla sua identità tramite le risposte richieste. L'occasione, inoltre, di partecipare in poco tempo alla ricerca agevola i familiari a dare il loro contributo.

Nella maggior parte dei casi il questionario è stato somministrato personalmente avendo cura di presentarsi e di relazionarsi con le dovute attenzioni alla persona suggerita dalla coordinatrice della struttura o dalla psicologa. L'utilizzo di tale strumento ha dunque permesso una conoscenza diretta dei familiari dei residenti e la possibilità di instaurare un contatto.

1. Che grado di parentela ha con il familiare residente in struttura? Lei è suo/a...

- Marito/moglie
- Figlio/a
- Fratello/sorella
- Nipote
- Amico/a
- Conoscente
- Tutore/amministratore di sostegno (ADS)
- Altro (da specificare):

Questa prima domanda permette di mettere a proprio agio il compilatore e di comprenderne la relazione con il residente a cui fa visita in struttura. Non viene richiesto di specificare in modo particolare l'identità sessuale, ma solo il grado di parentela, in quanto non necessario ai fini della ricerca.

2. Nel periodo precedente all'emergenza Covid-19 quante volte era solito/a fare visita al suo familiare durante la settimana?

- Mai
- Una volta sola
- Due/tre volte
- Quattro/cinque volte
- Tutti i giorni

La domanda n. 2 è essenziale per comprendere l'intensità della relazione tra familiare e residente e permette poi di confrontare le risposte alle successive domande. Solitamente più è profonda la

relazione, misurata in base alla frequenza delle visite precedenti all'emergenza, più sono intense le emozioni provate. I legami stretti, infatti, prevedono che vi sia un attaccamento maggiore rispetto alle relazioni tra familiari e residenti che si incontrano e si sentono sporadicamente.

3. Quali sono le emozioni che ha provato principalmente in questo stato di emergenza, specie nel periodo in cui non era possibile far visita fisicamente al proprio familiare residente in struttura? (può scegliere anche più di un'opzione)

- tristezza
- paura
- preoccupazione
- ansia
- serenità
- felicità
- calma
- ottimismo
- Altro (da specificare):

4. Quando prova emozioni negative cosa fa?

- Niente, aspetto che passino (continui alla domanda n.7)
- Ne parlo con qualcuno (solo in questo caso risponda alla 5 e alla 6)
- Rifletto sulla loro causa (continui alla domanda n.7)
- Cerco di distrarmi (continui alla domanda n.7)
- Altro (da specificare): (continui alla domanda n.7)

La terza e la quarta domanda permettono di entrare all'interno della tematica della ricerca, spostandosi sul livello personale ed emotivo.

Nel primo caso, la risposta a scelta multipla permette al compilatore di pensare ed esprimere ciò che ha davvero provato sia in positivo che in negativo.

Nel secondo caso, invece, è invogliato a riflettere sulle conseguenze del suo stato emotivo e a segnare la risposta secondo le azioni che mette maggiormente in pratica per affrontare una situazione che suscita emozioni negative, possano essere derivanti dall'emergenza Covid-19 o da qualsiasi altro contesto che può ritrovarsi a fronteggiare quotidianamente.

5. Se ne parla con qualcuno, con chi lo fa?

- familiare
- familiare di un altro ospite residente in struttura
- amico/a
- conoscente
- professionista della struttura
- Altro (da specificare):

6. Se ne parla con qualcuno, la persona con cui si confida, come la aiuta?

- Mi ascolta e mi comprende
- Mi permette di sfogarmi
- Mi fa riflettere
- Mi dà consigli
- Altro (da specificare):

Le domande n.5 e 6 sono conseguenti alla risposta ‘*ne parlo con qualcuno*’ della domanda n.4. Sono, per così dire, supplementari, al fine di ottenere più informazioni specifiche riguardo alle persone che supportano i familiari nel mezzo di periodi difficili. Viene chiesto inoltre anche la modalità con cui queste persone, possano essere amici o altro, riescono ad aiutare il familiare davanti a situazioni complesse o cariche emotivamente.

7. Lo stato d’animo del suo familiare al momento della visita o della videochiamata lo ha influenzato?

- No, non mi influenza mai
- Mi influenza solo quando è di cattivo umore
- Mi influenza solo quando è di buon umore
- A volte quando è di cattivo umore
- A volte quando è di buon umore
- Mi influenza sempre
- Altro (da specificare):

8. Come si è sentito la maggior parte delle volte subito dopo aver incontrato o visto attraverso le visite in presenza e le videochiamate il proprio caro?

- Triste
- Preoccupato/a
- Felice
- Sereno/a
- Altro (da specificare):

Le domande n.7 e 8, invece, si riferiscono alle emozioni provate dal familiare in relazione allo stato del proprio caro residente in struttura. Più che la modalità con cui è avvenuta tale relazione, è utile comprendere come le figure si influenzano vicendevolmente.

9. Quale modalità preferisce per tenersi in contatto con il proprio caro?

- Videochiamata
- Chiamata telefonica
- Visita in presenza
- Non ho bisogno di tenermi in contatto direttamente, sono i professionisti a chiamarmi in caso di necessità

Il quesito n. 9 indica la presa di posizione verso una preferenza nei confronti dell'utilizzo della tecnologia o meno. Permette di comprendere anche il punto di vista dei familiari sulla qualità della comunicazione, della relazione con il proprio caro derivante da modalità di comunicazione diverse durante il periodo emergenziale. Si ricorda che durante la prima fase emergenziale la relazione familiare-residente è stata supportata dal ruolo degli operatori che hanno programmato videochiamate e chiamate al fine di aiutare ogni residente a comunicare e a vedere il proprio familiare. Solo nella seconda fase, poi, è stato possibile programmare le visite protette per i residenti non allettati.

10. Dopo aver fronteggiato questa emergenza ancora in corso, pensa di potersi ritenere una persona resiliente, ovvero più incline ad affrontare cambiamenti repentini contando sulle sue capacità?

- sì
- sì, ma lo sono sempre stato
- forse
- non lo so
- no
- Altro (da specificare):

11. Perché?

.....

Le domande conclusive n.10 e 11, infine, permettono di passare a un livello successivo e rivolgersi in modo più personale al compilatore. Si chiede, infatti, cosa può dedurre da questa esperienza vissuta, se può considerare sé stesso una persona resiliente, i cui termini vengono specificati dandone una definizione. Liberamente poi, ha avuto modo di esprimere il suo punto di vista per dare valore alla sua considerazione.

I questionari presi in visione sono stati somministrati in modalità cartacea ai familiari dei residenti della Rsa dopo essere stati ritenuti idonei dalla psicologa e dalla coordinatrice e aver superato una prova pilota. La somministrazione è avvenuta durante le visite in presenza programmate dove residente e visitatore potevano incontrarsi rimanendo distanti e divisi dalle vetrate del salone adibito come area sicura per attuare gli incontri.

Ne sono stati raccolti infine 25, compilati da familiari che sono venuti a far visita ai residenti di entrambe le strutture. Rispetto alle iniziali previsioni della ricerca se ne sono dunque ottenuti la metà, in quanto la seconda struttura a cui ci si era rivolti per la somministrazione di altri 25 e poter attuare un confronto, non ha fornito il consenso. La motivazione risiede nell'aver voluto evitare di richiedere la partecipazione alla ricerca ai familiari, in quanto nel momento già di per sé delicato, non sussisteva il modo né il tempo per gestire altri aspetti che non fossero le visite, le quali venivano già garantite in numero inferiore rispetto a richieste e aspettative.

3.6.1. Perché rivolgersi ai familiari

L'emergenza da Covid-19 non ha solo imposto un isolamento alle sole residenze per anziani, ma anche il conseguente isolamento degli stessi familiari che non potendo far visita di persona al proprio caro hanno dovuto mantenere una relazione con esso per mezzo di modalità alternative quali videochiamate e telefonate.

La mancanza del contatto fisico, del legame familiare, dello stesso rapporto sociale è stata colmata con emozioni negative quali ansia, sofferenza, preoccupazione, sia dal residente sia dal familiare.

Nella seconda fase emergenziale, poi, sebbene fosse possibile attuare delle visite in presenza mantenendo la distanza imposta dalle vetrate, l'obbligo di comunicare con una mascherina avendo problemi di udito o disturbi del linguaggio ha reso complicato un momento molto atteso che da naturale, specie se in precedenza avveniva per mezzo del solo ed unico contatto fisico, è diventato un momento di disagio e frustrazione.

Per il familiare vedere il proprio caro non rispondere al dialogo, rivelarsi spaesato e non reattivo, ha suscitato molte emozioni negative.

È così che la condizione vissuta dal familiare in questo contesto emergenziale è riuscita ad influenzare l'intero sistema interno alla struttura, in quanto costituito dal triangolo relazionale che vede familiare, residente e operatore costantemente in relazione.

3.7. Gruppi di lettura rivolti ai residenti

A partire dalla lettura di un brano, sono volti ad avviare un dialogo con i residenti della Rsa e a condividere le emozioni vissute nel passato e che si vivono durante il periodo emergenziale, con la finalità che lo stesso gruppo possa essere una fonte di supporto e mezzo di resilienza.

In secondo luogo, servono per comprendere le influenze emotive derivanti dai rapporti residente-familiare e residente-operatore.

Le attività con le emozioni vengono proposte per potersi narrare a partire dal linguaggio verbale ma anche a quello emotivo, dalle sensazioni e per dimostrare come la condivisione nel gruppo faciliti una nuova modalità di riconoscersi nel proprio racconto, di dare norme alle percezioni di sé, di sentire in un momento la gioia o la tristezza. Significa quindi essere accolti e accompagnati da esperti e da

un gruppo, senza sentirsi giudicati. L'essere coinvolti e partecipi dà la possibilità di continuare a esercitare un controllo sulla propria vita nonostante i vari problemi di salute presenti.³³⁶

L'emozione può essere considerata essenzialmente un meccanismo adattivo e motivazionale, con la funzione di disporre l'organismo, che viene attivato da specifici stimoli ambientali, ad affrontare l'ambiente stesso. È grazie al sistema delle emozioni, quindi, che l'organismo si relaziona con l'ambiente circostante sulla base della flessibilità e dell'adattamento.

Il fatto di appartenere a un gruppo permette di distinguere i vari individui e la possibilità di auto-individualizzarsi e di sperimentare i propri limiti attraverso il rispecchiamento, nelle espressioni altrui, del modo in cui gli altri considerano le nostre azioni. Ogni emozione poi include una tendenza all'azione. Si tratta di un aspetto di particolare interesse, che contrasta con la tendenza automatica a considerare le emozioni, soprattutto quelle negative, come qualcosa da non provare e non come un primo passo per attuare piani di regolazione e modificazione nell'ambiente. Permette la funzione di formazione di sé e dei legami intra e interpersonali riconoscendo anche attraverso numerosi cambiamenti la propria identità.³³⁷

Una lettura del processo emotivo in chiave relazionale sottolinea l'importanza di guardare e leggere l'esperienza emotiva sempre all'interno del contesto relazionale e motivazionale in cui viene vissuta. La comunicazione delle emozioni, come ogni atto comunicativo, si caratterizza per la sua multi-modalità: dall'espressione verbale al comportamento non verbale, che comprende modalità mimico-espressive, vocali, gestuali e posturali. Infatti, è possibile parlare di diversi sistemi e codici di comunicazione delle emozioni.³³⁸

3.7.1. Perché partire da un brano

Secondo Règina Detambel la lettura diventa un'occasione di risveglio interiore, consapevolezza, dignità, un rimedio ai malanni della mente e del corpo. *“La biblioterapia deve permettere a ciascuno di uscire dall'isolamento, dalla stanchezza, per reinventarsi, vivere e rinascere a ogni istante.”*³³⁹

Continua affermando che soltanto il racconto avrebbe il potere strabiliante, nelle azioni della lettura e della scrittura, di strappare le persone a sé stesse e al loro dolore. Ecco perché la lettura è riparatrice.

³³⁶ R. Pezzati et alii, op. cit. p. 71.

³³⁷ Ibidem.

³³⁸ R. Pezzati, op. cit. p. 71.

³³⁹ R. Detambel, *I libri si prendono cura di noi*, Ponte Alle Grazie, Milano, 2016.

Nell'afflizione fisica, nell'handicap o nella tarda vecchiaia, il libro permette di scendere al fondo di sé. La lettura dà accesso alle stesse emozioni della vita vera. Di più: leggere propone nuove interpretazioni del mondo, cambia il mondo. La lettura è una proiezione del testo come mondo. La comprensione del racconto produce, pagina dopo pagina, nuove interpretazioni con le quali ricostruiamo il mondo che ci circonda. Il testo letterario si cura di ristabilire il legame con l'altro. La lettura una funzione riparatrice ed educatrice. Ecco perché il ruolo della lettura in ambito ospedaliero o presso gruppi sociali in difficoltà (detenuti, alcolisti, soggetti anziani...) è fondamentale. Intrattenendo il linguaggio verbale dei soggetti anziani, la loro memoria, la loro mente e il loro corpo, si tengono in allenamento per reagire all'invecchiamento. Oltre alla scelta delle letture guidata dalla ricerca di libri che possano agire sulla coscienza del lettore, è importante guardare agli strumenti di una buona comunicazione come l'ascolto attivo, la scelta delle parole, la vigilanza sul proprio linguaggio e quello altrui, ma anche sul livello emotivo come adoperare la giusta sensibilità davanti a emozioni o eventi forti.³⁴⁰

Il concetto di vecchiaia è un pensiero culturalmente costruito rappresentato spesso con immagini negative e stereotipate che diffondono l'idea di un'età della vita da combattere e ritardare. Invece la lettura in un contesto come le residenze per anziani porta a stimolare la memoria, le facoltà cognitive, suscitare l'emozione grazie alla sua dimensione affettiva, a nutrire il lessico verbale. Inoltre, libera dal peso del tempo e nell'immedesimazione della lettura permette di interpretare la propria vita e dare valore e senso ad alcuni fatti vissuti.

In particolare, in questo contesto, le letture sono state scelte in base a tematiche che potessero far ricordare a eventi vissuti dai partecipanti o a protagonisti in cui ci si potesse immedesimare. È stato poi scelto un breve estratto rielaborato da leggere ad alta voce all'interno del gruppo. L'incontro era così strutturato: ritrovo nel luogo deciso, lettura del brano, riflessione e riassunto su di esso, avvio del dialogo per mezzo delle domande guida e momento conclusivo della restituzione.

Quest'ultima è da intendersi come il momento che conclude l'incontro e per mezzo del quale si può riassumere ciò che è stato detto, restituendo a ciascun partecipante un messaggio a seconda della tematica della giornata. È di vitale importanza in quanto si dà valore alla presenza di ciascun soggetto che ha deciso di parlare delle proprie emozioni ed esperienze ringraziandolo per aver portato il proprio contributo. In secondo luogo, permette di consapevolizzare i partecipanti del fatto che gli eventi e le

³⁴⁰ Ibidem.

emozioni passate e negative, oggi sono state affrontate con delle capacità e delle abilità che inizialmente non si sapeva di avere e di conseguenza ci si sofferma sulle loro risorse che hanno permesso loro di vedersi resilienti.

Il gruppo prevede un numero di sei partecipanti scelti dalla psicologa con la quale si condurranno gli incontri. Sono costituiti da un uomo e cinque donne di età diversa e con un MMSE³⁴¹ che presenta dai lievi ai moderati disturbi. Il livello cognitivo dovrebbe essere possibilmente omogeneo per promuovere l'uniformità del gruppo per facilitare i partecipanti nella condivisione e l'operatore nella conduzione, ma essendoci una sola persona con dei disturbi moderati il gruppo non è stato influenzato negativamente, anzi il soggetto affetto da essi si è rivelato quello più carismatico e dunque una risorsa che ha trainato l'intero gruppo nell'attività. Non è stato previsto l'inserimento di ulteriori partecipanti negli incontri successivi per mantenere un clima che potesse mettere a proprio agio i primi partecipanti già scelti.

Per quanto riguarda il setting è stato scelto il salone comune nei giorni piovosi e una parte del giardino esterno nei giorni di sole. Luogo e orario sono stati comunque mantenuti per l'intero ciclo di incontri per favorire l'orientamento spazio-temporale e anche la motivazione legata all'appuntamento.

Il fatto poi che la psicologa della struttura sia stata presente nel coordinare e condurre il gruppo, ha permesso di avere un riferimento stabile dell'equipe. Vedere la stessa persona quotidianamente, infatti, aiuta le persone anziane ad avere un riferimento utile sia come figura rassicurante e quindi facilitatrice dell'espressione di sé nel gruppo, sia come la possibilità di riportare un'immagine delle persone anziane diversa da quella abitualmente osservata nelle situazioni quotidiane, in modo da ampliare la conoscenza dei residenti da parte degli operatori. Tale coinvolgimento richiede: continuità, rispetto del segreto professionale, motivazione, conoscenza e utilità per il gruppo.

Al primo incontro sono stati presentati i conduttori e le intenzioni del gruppo cercando di proporre un'attività coinvolgente e divertente per creare un imprinting positivo e piacevole, in modo tale da favorire il ritorno dei partecipanti. Fin da subito ci si è soffermati ad osservare i segnali verbali e non verbali, a seguire modalità di conduzione del gruppo attraverso ascolto, sospensione del giudizio, comprensione dell'altro con curiosità, interesse e sensibilità.

³⁴¹ Il Mini Mental State Examination (MMSE), è un test somministrato dallo psicologo per avere un quadro delle funzioni cognitive e monitorare un possibile decadimento di un soggetto nel tempo. Verifica se il soggetto è capace di orientarsi nel tempo e nello spazio, la sua memoria, l'attenzione e le capacità di calcolo, denominazione di oggetti, ripetizione, lettura, comprensione e ripetizione, attraverso piccoli test diversi i cui risultati servono al professionista per compilare la scheda valutativa.

Durante gli incontri sono emerse emozioni e ricordi intensi, sia positivi che dolorosi. Si è prestata dunque molta attenzione nel contenere le emozioni. Il fatto che nel gruppo siano emerse più volte emozioni intense è stata una conseguenza al senso di benessere e di fiducia provato ed esplicitato in cui si sono ritrovati i partecipanti. Il conduttore ha fatto sì che i turni di parola venissero rispettati e che ciascun partecipante potesse avere uno spazio e un tempo per esprimersi garantendo una partecipazione attiva.

L'attività è da intendersi come un gruppo di approfondimento della conoscenza emotiva, nel quale si desidera accompagnare i partecipanti a una maggiore consapevolezza e competenza emotiva. Per questo è stato necessario l'intervento di una psicologa che conoscesse precedentemente i partecipanti. Dopo ogni incontro sono stati trascritti tutti gli appunti necessari a racchiudere le informazioni che verranno riportate nel prossimo capitolo tenendo conto di una scheda di osservazione e monitoraggio.³⁴²

3.7.2. Brani scelti

Di seguito si analizzano i brani scelti e utilizzati per ogni incontro.

3.7.2.1. Brano 1

Brano tratto e rielaborato da *Un alieno in casa di Alessandro Desogus*.³⁴³

Irene e Luigi sono sposati da sette anni e vivono nella casa che Gertrude, la mamma di lui, ha regalato loro. Luigi è un insegnante di matematica e a detta di Irene è un uomo pigro e non si interessa mai di altro al di fuori del suo lavoro. Irene invece è casalinga e a detta di Luigi è una matta con manie di protagonismo. Insomma, non sono proprio una coppia perfetta, anzi, stanno attraversando una crisi causata dalla monotonia quotidiana che consiste in giornate di lavoro a scuola per lui, e a casa per lei, e le solite cene dai soliti amici. Ed è proprio in occasione di una di queste serate, dopo il loro rientro a casa, che accade qualcosa di insolito.

Irene si svegliò bruscamente durante la notte.

³⁴² Si tratta di uno strumento utile per favorire un andamento armonioso e coerente del gruppo e poter rivedere e riflettere su come meglio coinvolgere, contenere o stimolare ogni singolo partecipante. Può essere utilizzata per evidenziare eventuali variazioni di attitudine dei singoli soggetti in termini di attivazione relazionale o di relazioni sociali.

³⁴³ A. Desogus, *Un alieno in casa: una nuova fanta-commedia*, formato Kindle, 2018.

‘Cos’è stato, un rumore?’ Pensò tra sé e sé, poi guardò la sveglia. Segnava le 3 e 06 minuti. Lo sentì di nuovo. ‘Aaaahhh! Luigi, Luigi svegliati, c’è qualcuno di là, ho sentito un rumore...ci sono i ladri, ci sono i mostri!’

‘Maaa che c’è?’ chiese Luigi ancora mezzo addormentato e accendendo la luce. Si accorse che non c’era corrente. Così prese la torcia elettrica che aveva dentro il cassetto del comodino, la accese e la puntò verso Irene.

‘Non puntarmela in faccia, stupido’

‘Scusami, volevo vedere se avevi un mostro vicino’

‘Spiritoso’.

Luigi ridacchiò e si avviò verso le scale che portavano al piano di sotto mentre Irene restò in ascolto. Luigi era al centro del salone, e si faceva strada verso il contatore della corrente, posto di fianco all’ingresso di casa, quando improvvisamente sentì un fruscio provenire da dietro una poltrona. Subito puntò la torcia nella direzione del rumore, ma non vide niente. Allora camminò più velocemente per arrivare al contatore, trovò la leva della corrente abbassata e la sollevò. La corrente tornò e nulla sembrava strano o in disordine. Irene scese le scale raggiungendolo. ‘Shhh’ gli fece lui, mettendosi l’indice davanti alla bocca e ormai vicino alla poltrona, col cuore che iniziava a battergli forte guardò dietro e...non c’era nulla! Entrambi tirarono un sospiro di sollievo. Ma sì, sicuramente il rumore che avevano sentito era un qualche cigolio della casa. Si girarono per risalire le scale.

‘Non abbiate paura!’ Un’ondata di gelo scese lungo la schiena di Irene e Luigi come la scarica di un fulmine, come un’ondata di adrenalina, che fece sussultare loro il cuore. Una fioca vocina si era percepita da qualche parte nel salone.

‘Chi sei? Chi cavolo sei? Esci subito fuori. Sei un ladro?’

‘No, sono un amico’

‘See, certo, dicono tutti così quando li acciuffano’.

Lui pian pianino si sollevò da dietro il divano, dov’era nascosto, e quando si fu sollevato del tutto si mostrò bene in faccia. ‘Che tipo strano’ disse Luigi alla moglie. Il ragazzo che gli stava davanti era di copertura esile, con lineamenti dolci e carnagione bianchissima, i capelli corti e scuri ed una specie di tuta blu addosso. Ma la cosa strana erano le orecchie, un po’ a sventola ma al tempo stesso appuntite, che lo facevano sembrare un po’ inquietante.

‘Cosa ci fai in casa nostra?’

‘Non sono qui per farvi del male, sto scappando. Sono entrato dalla terrazza e ho spento la corrente per non fami vedere’

‘Dalla terrazza? Sei stato tu allora a fare quel rumore!’

‘Ecco non è facile da spiegare...ma ieri sera ci sono atterrato con una specie di...ehm...razzo e ho aspettato prima di uscire, ma non ho fatto alcun danno!’

‘Spiegati meglio, e fai alla svelta’ disse Luigi spazientito.

‘E va bene...allora: vengo da un altro pianeta, la mia nave è stata distrutta dai nemici ed io sono arrivato sopra la vostra terrazza con una navetta di salvataggio che non potete vedere perché l’ho resa invisibile. Può bastare?’

‘Tesoro, chiama subito la polizia, questo è pazzo’

‘Poverino, sarai sconvolto ed esausto’ disse Irene mentre provava a toccargli i capelli, seduta accanto a lui.

‘Non toccarlo, potrebbe portare malattie aliene’- disse Luigi in tono sarcastico- ‘Senti cara, abbiamo giocato abbastanza alla storia dell’alieno. Ah, voi donne, chi vi capisce. Prima eri impaurita, poi arrabbiata, adesso materna! Comunque, è tardi, io domattina lavoro, per cui sto coso deve levarsi dai piedi!’

‘Ma perché lo tratti male? È così indifeso, e poi non ha altro posto in cui andare, vero?’ chiese Irene in modo premuroso.

L’alieno annuì e si offrì di mostrare loro la navetta per confermare quanto aveva detto. Luigi si rese conto per la prima volta che poteva davvero trovarsi davanti all’abitante di un altro pianeta, il che significava ritrovarsi in un bel guaio e questa consapevolezza gli suscitò paura. Invece Irene nonostante qualche piccolo dubbio iniziale, aveva capito che quel ragazzo alieno era diverso da loro, e si sentì addolorata per la sua vicenda, ma al tempo stesso profondamente grata a Dio per questo incontro piovuto dal cielo.

Guida alla lettura del testo: la monotonia della quotidianità della vita di coppia di Irene e Luigi viene smorzata dall’arrivo improvviso di un alieno nella loro casa in una notte qualunque. Quando meno ce lo si aspetta può succedere qualcosa che cambia la nostra routine quotidiana. Questo può essere negativo, ma anche positivo, solo che ogni cambiamento porta con sé delle conseguenze. Davanti a questo incontro improvviso Luigi è incredulo e comunque non ne vuole sapere di aiutare l’alieno e anzi è anche sotto sotto geloso delle premure che gli riserva la moglie. Irene, infatti, vede l’arrivo improvviso come un’occasione per fare qualcosa di nuovo, ha il presentimento che per la sua vita questo nuovo incontro sia di buon auspicio.

Guida per la riflessione: i cambiamenti si verificano spesso senza nessun avviso. Ogni persona almeno una volta nella vita ha dovuto affrontarne uno: magari un trasloco, un cambio di lavoro, o

semplicemente la scoperta di un nuovo piatto che ci piace così tanto da non poterne fare più a meno nel nostro regime alimentare.

- a. Vi è mai capitato un evento simile?
- b. Vi va di raccontarlo?
- c. In questo periodo, invece, ne avete vissuto uno in particolare?
- d. Come avete vissuto il suo arrivo e cosa avete provato/fatto?

Fulcro del dialogo e della condivisione emotiva: l'incontro improvviso di un estraneo narrato nel testo permette di portare la conversazione su un livello interpretativo di similitudine con eventi repentini, ovvero cambiamenti di qualsiasi genere che gli ospiti possono aver vissuto nel passato. Una volta compreso il significato di cambiamento si potrà arrivare a contestualizzare quello che accomuna il vissuto di ognuno oggi giorno e poter condividere più emozioni nate dalla notizia dell'emergenza Covid-19.

Obiettivo: partire dall'analisi del testo per interpretare l'evento improvviso come un cambiamento repentino dei nostri giorni, ovvero del Covid-19.

Finalità:

- *Per il partecipante:* riconoscere cos'è un cambiamento e le sue caratteristiche
- *Per il ricercatore:* comprendere come è stata vissuta la notizia dell'emergenza Covid-19 a livello emotivo.

Scelta del testo: è un brano molto semplice e di facile comprensione che descrive sotto forma di evento fantascientifico il verificarsi di un cambiamento mettendo in risalto le sue caratteristiche fondanti: la celerità, la sorpresa, la stranezza, le emozioni e le conseguenze fattuali. Permette una iniziale immedesimazione nella paura provata inizialmente dalla coppia del racconto e poi in quelle successive e divergenti. Risulta essere un buon punto di partenza per l'avvio della conversazione e per la raccolta di dati qualitativi sulle impressioni degli ospiti, ma soprattutto sul loro benessere emotivo, fattore portante della ricerca.

3.7.2.2. *Brano 2*

Brano tratto e rielaborato da *L'imprevedibile viaggio di Harold Fry di Rachel Joyce*.³⁴⁴

³⁴⁴ R. Joyce, *L'imprevedibile viaggio di Harold Fry*, formato Kindle, 2012.

Era un martedì quando arrivò la lettera che avrebbe cambiato ogni cosa. Un normalissimo mattino di metà aprile che profumava di bucato fresco e di erba tagliata. Harold ricevette una lettera da parte di Quennie, una sua cara collega di lavoro del passato che lo avvisava di essere malata. Molti ricordi vennero in mente ad Harold riguardo all'amica, specie di quando il suo capo gli aveva dato l'incarico di accompagnarla nei vari bar per controllare la loro contabilità. Decise così di risponderle scrivendo una lettera e di andare a imbucarla. Ma quando raggiunse la buca delle lettere non si volle fermare e decise di proseguire fino alla prossima.

Aveva dato il via a qualcosa, non sapeva che cosa, e ora che la stava facendo non era pronto a portarla a termine. Dal momento in cui lui fece il primo passo fuori casa decise che non si sarebbe più fermato finché non avesse raggiunto Quennie all'indirizzo da cui era arrivata la lettera. 'Finché io continuerò a camminare - si disse - lei starà bene.' Da quando era andato in pensione sei mesi prima, non aveva quasi mai messo il naso fuori casa e non faceva mai nulla di imprevisto. Non aveva né scarpe da trekking né una bussola. Per non parlare di una cartina o di un cambio di abiti. Non sapeva che avrebbe camminato finché non aveva iniziato a farlo. Si promise di chiamare quasi tutte le sere per non far preoccupare sua moglie e avvertirla dove fosse arrivato fra le tante tappe che lo attendevano lungo il percorso.

Era una perfetta giornata di primavera. L'aria era dolce e delicata, il cielo svettava alto, di un azzurro intenso. L'ultima volta che Harold aveva sbirciato attraverso le tendine, gli alberi e le siepi erano ossi e fusi neri stagliati sulla linea dell'orizzonte, ma adesso che era fuori, e camminava, era come se ovunque guardasse, i campi, i giardini, gli alberi e le siepi fossero esplosi di nuova vita. I rami argentei di un salice sembravano i getti di una fontana, i primi germogli delle patate facevano capolino dal terreno e i rovi del ribes e dell'uva spina sfoggiavano già piccoli boccioli. Gli alberi e i fiori sembravano esplodere di profumi e colori. Le rose si arrampicavano sui muri dei giardini, e le prime peonie rosso scuro si aprivano come creazioni di carta velina. I meli cominciavano a scuotersi di dosso i fiori, e avevano già piccoli frutti.

Lungo il percorso imparò a medicarsi le vesciche prima che si infettassero, a fare più pause quando il suo corpo lo richiedeva, ma anche a riconoscere piante e fiori che non aveva mai visto. Ancora una volta si stupì di quante cose lo circondavano, doveva solo imparare a guardare. Il mondo era fatto di persone che mettevano un piede davanti all'altro. Ci fu un momento, che sentì cedergli le gambe e non voleva più continuare, ma durò molto poco. Non importava se non avesse il cellulare. Non importava se non avesse deciso un itinerario, o comprato una cartina. Lui aveva una cartina diversa, quella dentro la sua testa, fatta di tutte le persone e di tutti i luoghi che aveva incontrato. Gli tornò in mente la gentilezza della donna che gli aveva dato da mangiare, e di chi gli offrì conforto e riparo, anche se lui aveva paura ad accettare, e accettando aveva imparato qualcosa di nuovo: che si ottiene

un dono sia nel ricevere sia nel dare e che c'è bisogno di coraggio e di umiltà in entrambi i casi. Pensò in particolare alla pace che aveva trovato dentro un sacco a pelo in un granaio.

Le persone che incontrava, i luoghi che attraversava, erano tutte tappe del suo viaggio, e per ciascuno di loro custodiva un posto nel suo cuore. Harold camminava di giorno o di notte, a seconda dell'umore, chilometro dopo chilometro dopo chilometro. Dormiva quando ne sentiva il bisogno, e poi si rimetteva in piedi e riprendeva il viaggio. Camminava sotto le stelle, e sotto la morbida luce della luna, quando stava sospesa disegnando nel cielo una falce sottile e i tronchi degli alberi brillavano come ossa. Camminava con il vento e il brutto tempo, e sotto cieli sbiancati dal sole. Aveva perso il conto dei chilometri fatti, ma sapeva che non avrebbe smesso di andare avanti.

Riuscì ad arrivare da Quennie, per salutarla per l'ultima volta e ritrovò sua moglie ad aspettarlo alla fine del suo viaggio e si sentì in dovere di scusarsi con lei per essere partito così all'improvviso. Ma lei gli disse: 'Ti sei alzato e hai fatto qualcosa. E se non è un piccolo miracolo il fatto che tu abbia cercato una strada quando non eri nemmeno sicuro di arrivare alla meta, allora non so che cosa si possa definire tale.'

Guida alla lettura del testo: da quando è in pensione Harold non ha più voglia di uscire di casa. È una lettera di una sua collega di lavoro a risvegliarlo e a dargli la motivazione per mettersi in cammino e andarla a trovare per accertarsi che stia bene. Non pensa di fare un viaggio se non nel momento in cui si ritrova alla prima buca delle lettere e capisce di non volersi più fermare. Così Harold inizia a camminare per raggiungere Quennie. Lungo il cammino rivive i ricordi del passato, incontra nuove persone per le quali diventa un esempio da seguire. Quando Harold infine riesce a raggiungere Quennie scopre di essere diventato una persona diversa.

Guida per la riflessione: compiere un viaggio può insegnarci a vedere le cose in maniera differente. Harold si mette in cammino per due motivi: per raggiungere Quennie e perché pensa che solo camminando possa far star meglio entrambi.

- a. Avete mai fatto un viaggio per incontrare qualcuno? Oppure qualcuno vi ha mai invitato ad andarlo a trovare? Che cosa ci ricordate di quando lo avete fatto? Come vi siete sentiti?
- b. Avete mai pensieri negativi? Quando avete un pensiero negativo in testa, un pensiero fisso che vi fa stare male, cosa fate per mandarlo via?

Fulcro del dialogo e della condivisione emotiva: quando si ha un problema da risolvere ci sono molte soluzioni che si possono seguire. Harold si mette a camminare perché pensa che così facendo può far stare meglio Quennie, oltre che permettergli di raggiungerla. Quanti modi e quante soluzioni

esistono per risolvere un problema? C'è una soluzione che può essere usata per alleviare un'emozione negativa?

Obiettivo: partire dall'analisi del testo per interpretare il viaggio di Harold come una delle possibili soluzioni ad un problema e condividere le modalità con cui si affronta una notizia o un evento negativo

Finalità:

- *Per il partecipante:* comprendere che per un problema comune ci sono più soluzioni da poter attuare e riconoscere che possono esserci anche più modalità per affrontare o alleviare un problema.
- *Per il ricercatore:* permettere la condivisione delle modalità di fronteggiamento di un problema affinché possa essere un valore aggiunto per ciascun membro del gruppo.

Scelta del testo: è un brano descrittivo che evidenzia come ogni persona possa reagire in maniera diversa dopo aver ricevuto una brutta notizia. Di fronte a un problema, dunque, si attivano reazioni differenti per trovarne una soluzione. Tale testo permette la condivisione delle varie modalità con cui si può affrontare un'emozione negativa e l'esperienza di ciascuno può rivelarsi utile e di esempio per tutti i membri del gruppo.

3.7.2.3. Brano 3

Brano tratto e rielaborato da *L'uomo che metteva in ordine il mondo di Fredrik Backman*.³⁴⁵

Il padre di Ove aveva ricevuto in regalo un'automobile, certo, era malconcia e tutta da rimettere a nuovo, ma era sempre un'automobile. Dopo essere rimasto nel parcheggio a riprendere fiato per la sorpresa, aveva spiegato per filo e per segno al figlio, che lo guardava pieno di meraviglia, tutto ciò che c'era da sapere su quel veicolo, che ora sostava nel loro giardino. Era rimasto davanti al volante con il ragazzo sulle ginocchia quasi tutta la notte, a parlargli del funzionamento di ogni meccanismo. Gli aveva illustrato la funzione di ogni vite e di ogni cavetto. Enrico non aveva mai visto un uomo tanto orgoglioso come suo padre quella sera. A otto anni, decise che non avrebbe mai guidato un'auto diversa.

³⁴⁵ F. Backman, *L'uomo che metteva in ordine il mondo*, formato Kindle, 2012.

I sabati in cui non lavorava, il padre usciva in cortile con Ove, apriva il cofano dell'auto e gli insegnava nei minimi dettagli i nomi delle varie componenti e le loro funzioni. Di domenica, invece, facevano un lungo giro in macchina per la campagna.

Quello stesso anno, per non restare a casa da solo quando non doveva andare a scuola, Ove aveva iniziato a seguire il padre alla ferrovia. Era sporco e mal pagato, ma come soleva borbottare suo padre 'era un lavoro onesto e non c'era tanto da sputarci sopra'.

A Ove i colleghi del padre piacevano tutti, tranne Tom. Tom era un uomo alto e chiassoso, con i pugni grandi e gli occhi di un predatore. Quando Ove aveva nove anni suo padre lo aveva mandato ad aiutare Tom a svuotare un vagone fuori servizio. Con un grido di giubilo, Tom aveva raccolto da terra una valigetta dimenticata da un passeggero distratto. Era caduta dal portapacchi, disseminando il suo contenuto sulle assi di legno del pavimento, e Tom aveva subito iniziato ad arraffare tutto ciò che gli capitava sott'occhio e infilarvelo dentro alla rinfusa. 'Quello che troviamo ce lo teniamo' disse Tom ad Ove.

Mentre uscivano, il ragazzo era inciampato in un portafoglio. Era di una pelle così soffice che, quando lo aveva raccolto, gli era parso di avere in mano un batuffolo di cotone. E non aveva nessun elastico che lo tenesse insieme, come il vecchio portafoglio di suo padre che cadeva a pezzi, ma solo un bottoncino d'argento che, quando lo si apriva, schioccava. Conteneva un sacco di soldi. Quando Tom se n'era accorto aveva cercato di strapparli dalle mani di Ove ma lui si era opposto. Tom fece per colpirlo ma il padre di Ove che li aveva osservati da lontano arrivò in tempo per fermarlo.

'Quello che troviamo ce lo teniamo, è sempre stato così' ringhiò Tom.

'S', ma lo tiene chi lo trova, se crede' rispose il padre di Enrico trascinando via il figlio. 'Decidi tu' poi gli disse alludendo al portafoglio. Ove decise che l'ufficio oggetti smarriti sarebbe stato il posto migliore dove lasciarlo. Il padre aveva annuito senza dire una parola, lo aveva preso per mano, e, insieme, si erano incamminati in silenzio lungo i binari.

La donna all'ufficio oggetti smarriti non aveva creduto ai suoi occhi, quando padre e figlio avevano posato il portafoglio sul bancone. 'E c'era solo questo sul pavimento? Non avete trovato una borsa, una custodia, o altro?' aveva domandato.

Ove aveva scrutato suo padre, ma lui era rimasto in silenzio perché non si fa mai la spia su ciò che fanno gli altri. 'Molta gente non avrebbe mai restituito tutti questi soldi' aveva detto la donna ad Ove, sorridendo.

Se Ove fosse stato il tipo di uomo che riflette su come e quando si diventa quel che si è, forse avrebbe indicato in quell'episodio il momento in cui aveva imparato che ciò che è giusto è giusto. Dato che però, non gli piaceva immischiarsi in certi ragionamenti, per lui quello era semplicemente stato il giorno in cui aveva deciso di essere il meno diverso possibile da suo padre.

Guida alla lettura del testo: le persone che ci stanno accanto possono insegnarci molte cose, anche come reagire davanti a certi ostacoli. Il protagonista Ove vive una vita monotona e l'unico suo diletto è quello di stare alla larga dai suoi vicini fino a quando si trasferisce in zona una nuova famiglia. È così che la sua vita ordinaria gli sfugge di mano, ma gli imprevisti invece di essere degli eventi negativi si rivelano essere ciò di cui aveva proprio bisogno.

Guida per la riflessione: i problemi sono più leggeri e più facili da affrontare quando si ha accanto qualcuno.

- a. C'è una persona a voi cara che vi ha insegnato qualcosa? E che cosa?
- b. C'è un difetto che avete e vorreste scambiare con una qualità?
- c. C'è una persona a cui vorreste assomigliare?

Fulcro del dialogo e della condivisione emotiva: è molto facile riconoscersi nel protagonista e ricordarsi di qualcuno che ci è stato accanto o che abbiamo conosciuto da poco che ci ha insegnato qualcosa. La famiglia, gli amici, anche dei semplici sconosciuti possono diventare il sostegno necessario per superare i momenti peggiori.

Obiettivo: partire dall'analisi del testo per far riaffiorare ricordi riguardo alle tematiche esposte, suscitare emozioni da condividere nel gruppo e comprendere come quelle negative siano state affrontate nel passato e possano esserlo ora per consapevolizzare i partecipanti della propria resilienza o quantomeno ricevere una restituzione utile a comprendere le proprie capacità di fronteggiamento.

Finalità:

- *Per il partecipante:* ricordare episodi del passato per la loro condivisione all'interno del gruppo affinché le emozioni suscitate da essi possano essere oggetto di dialogo.
- *Per il ricercatore:* comprendere quali sono le capacità di fronteggiamento che hanno i residenti anziani e come poterle valorizzare al fine di fornire un maggior benessere.

Scelta del testo: è una lettura lineare che fa pensare a quali valori ci sono stati insegnati, ma soprattutto da chi. La storia è di facile interpretazione e l'episodio scelto come lettura è di semplice immedesimazione e condivisione.

3.7.2.4. Brano 4

Brano tratto e rielaborato da *La fantastica storia dell'ottantunenne investito dal camioncino del latte di J.B.Morrison*.³⁴⁶

Nel giorno del suo ottantunesimo compleanno, Frank fu investito dal furgone del lattaiolo. Avrebbe preferito un buono per l'acquisto di un libro o un paio di gemelli per la camicia, ma è il pensiero che conta.

Il medico gli chiese di sillabare MONDO al contrario e lui commentò che, sì, effettivamente nel mondo andava tutto alla rovescia. Fu ricoverato per tre giorni in ospedale. Aveva una commozione cerebrale, un braccio rotto e una grave frattura di un metatarso del piede sinistro.

Dopo l'incidente la figlia si offrì di mollare tutto all'istante e di tornare con un aereo dall'America per prendersi cura di Frank, ma lui le rispose che non era necessario, che lei aveva questioni più importanti da sbrigare, che doveva vivere la propria vita e badare alla propria famiglia, che lui si sarebbe rimesso, che in fondo non aveva poi così male, che la distanza era eccessiva, non fare la sciocca, costerebbe troppo, e una serie infinita di altre stupidaggini. Ma alla fine della conversazione Frank accettò una persona che lo aiutasse per tre mesi, incaricandola di riassetto l'abitazione una volta alla settimana, infilarli un termometro in bocca e controllare che lui prendesse i suoi antidolorifici; ciò detto, lui si sarebbe comunque sforzato di non farla sentire a suo agio e di sbarazzarsene al più presto.

Per cinque giorni Frank aveva dormito con i vestiti. Non si era lavato e i suoi lunghi capelli bianchi avevano cominciato a somigliare ai dread di un rasta. Aveva preso l'abitudine di lasciare la dentiera in un bicchiere del bagno e i piatti sporchi si erano ammassati nel lavello. Aveva appositamente sparso briciole di torta e di biscotti sul tappeto del salotto. Aveva disseminato i dvd sul pavimento, togliendoli dalle custodie e, come ciliegina sulla torta, negli ultimi due giorni non aveva azionato lo sciacquone.

Quando Kelly parcheggiò per la prima volta la sua utilitaria blu davanti a casa di Frank, con due ruote sopra la sonda erbosa, urtando una delle colonnine di cemento che avrebbe dovuto impedire di posteggiare proprio sul prato, lo fece sotto lo sguardo del più vasto pubblico confinato in casa tra vicini curiosi e pensionati annoiati. Quando la sconosciuta raggiunse il cancello, lui osservò la chioma che si stava aggiustando davanti allo specchietto. La frangia tagliata perfettamente dritta le contornava la fronte, evidenziando il volto.

Kelly si presentò alla sua abitazione, chiacchierò un po' con lui e lo accompagnò a sedersi sulla sua poltrona per poi preparargli una tazza di thè. Nel frattempo, la donna pulì i piatti sporchi lasciati in

³⁴⁶ J.B Morrison, *La fantastica storia dell'ottantunenne investito dal camioncino del latte*, formato Kindle, 2015.

giro, fece il letto e riordinò i dvd lasciati per terra. Era gentile e garbata e quando se ne andò Frank si sorprese di quanto fosse dispiaciuto vedendola ripartire.

Alla seconda visita di Kelly, sembrò che stesse arrivando la regina d'Inghilterra. Frank, infatti, si diede alle pulizie attaccando alla tazza del bagno una tavoletta di deodorante blu. Lavò l'esterno del frigo e lucidò a specchio l'acquaio, in modo tale che Kelly potesse controllare la perfezione geometrica della frangia ogni volta che riempiva il bollitore. Quando lei arrivò presero un tè con latte e zucchero, il salotto venne spolverato e il letto rifatto. All'ora di fine visita la casa sembrò di nuovo vuota e silenziosa, ma meno della volta precedente.

Kelly diventò la ragione per alzarsi dal letto al mattino. La sua protesi d'anca. La sua mezza aspirina quotidiana. Il suo montascale, il suo deambulatore, la sua barra di sostegno e il suo telefono con i pulsanti extralarge. Una volta lo portò a fare la spesa in un nuovo supermercato e gli insegnò a risparmiare, e un'altra ancora in gita al mare dopo che lui le raccontò quanto gli mancasse. Riuscirono inoltre a passare pomeriggi seduti sul divano a mangiare la torta e guardare un film. Kelly insegnò a Frank anche come sbarazzarsi del prurito sotto il gesso grazie a un ferro da calza.

L'ultimo giorno di servizio di Kelly in casa Frank era ormai guarito del tutto. Quando lei uscì dalla porta lui si piazzò davanti alla finestra, osservandola incamminarsi lungo il vialetto. La seguì con lo sguardo finché la vide svanire oltre la curva della strada.

Guida alla lettura del testo: Frank abita da solo in una cittadina inglese. Il giorno del suo compleanno viene investito da un furgoncino del latte e con il braccio e la gamba fratturati inizia a vedere tutto un po' più grigio. Sua figlia, che abita lontano, sentendosi in colpa, assume per lui un'assistenza domiciliare, una donna di come Kelly a cui Frank con il tempo si affeziona. Kelly riesce a ricordargli che oltre i muri di casa c'è un mondo avventuroso anche per chi ha ottantuno anni.

Guida per la riflessione:

- a. C'è una persona che si prende cura di voi? Come? (chiedere di familiari e professionisti)
- b. Quando avete la giornata storta cosa fa questa persona? E quando invece l'avete voi?
- c. Le persone che vi circondano riescono a tirarvi su di morale?
- d. Questi incontri vi sono stati utili?

Fulcro del dialogo e della condivisione emotiva: le persone che ci stanno accanto possono aiutarci fino a un certo punto, poi siamo noi a dovercela cavare. Le nostre capacità e abilità vanno tutelate e sfruttate al massimo. Questi incontri sono stati utili per capire quali sono queste qualità e come usarle per affrontare i problemi?

Obiettivo: partire dall'analisi del testo per far riaffiorare ricordi riguardo alle tematiche esposte, suscitare emozioni che possano essere condivise nel gruppo e comprendere come quelle negative siano state affrontate nel passato e possano esserlo ora per consapevolizzare i partecipanti della propria resilienza o quantomeno ricevere una restituzione utile a comprendere le proprie capacità di fronteggiamento.

Finalità: per il partecipante: ricordare episodi del passato per la loro condivisione all'interno del gruppo affinché le emozioni suscitate da essi possano essere oggetto di dialogo.

Per il ricercatore: comprendere quali sono le capacità di fronteggiamento che hanno i residenti anziani e come poterle valorizzare al fine di fornire un maggior benessere.

Scelta del testo: anche questo brano è di facile comprensione ed è vicino ai vissuti emotivi del gruppo.

3.7.3. Perché rivolgersi ai residenti

In vecchiaia, la salute fisica e la forza tipicamente sono in declino. Eventi di vita stressanti come la morte di un coniuge o di un amico vicino sono tra i più probabili rispetto a fasi precedenti della vita. Per non parlare poi dell'emergenza sanitaria in corso che ha isolato i residenti delle strutture dai loro cari e viceversa, influenzando negativamente il triangolo della comunicazione interna alla Rsa.

L'agilità cognitiva diminuisce ed è più difficile ricordare le informazioni. La rete sociale si restringe. La sfida più interessante, però, in questo contesto, consiste nel comprendere come si sviluppano le emozioni nell'anziano in base alle storie personali di esperienze emotive vissute, piuttosto che nel guardare gli effetti medi dell'invecchiamento sull'emozione e sull'affetto. La co-costruzione della narrativa personale e dei significati di vita attraverso le storie di sviluppo rappresenta lo strumento che può permettere di avvicinarsi alle singole persone e alle loro personali modalità di gestione delle emozioni, anche da anziani. La vecchiaia conduce infatti le persone a doversi confrontare con una serie di cambiamenti negli affetti, nelle relazioni e nella fisicità, per i quali è necessario rinegoziare il limite delle proprie autonomie, capacità e investimenti futuri. Questo lavoro di rinegoziazione apre a molte prospettive, dalle più gioiose ed evolutive che portano a conoscere nuovi modi di sentirsi liberi e partecipi della costruzione della propria vita fino alla fatica dell'accettazione dei cambiamenti

che, se trascurata, può portare a una progressiva chiusura emotiva, e, nei casi più gravi, a condizioni di depressione.³⁴⁷

Il percorso propone quindi un lavoro sulle emozioni che consenta alla persona anziana di esplorare il proprio mondo emotivo in un modo inedito, facilita il riconoscimento delle emozioni in campo rendendole pensabili e condivisibili. L'obiettivo generale consiste quindi nell'offrire momenti di benessere e conoscenza di sé nel qui e ora del proprio momento esistenziale, a partire da una maggiore consapevolezza del proprio mondo emozionale. In particolare, nelle strutture residenziali, questo percorso emozionale può offrire un sostegno e favorire la prevenzione del disagio psicologico nella persona anziana, intervenendo direttamente nel contesto in cui i residenti trascorrono le loro giornate, al fine di evitare che le situazioni a rischio possano sfociare in veri e propri disturbi emotivi.³⁴⁸

È un dato ormai assodato che le emozioni siano centrali nel costruire la lettura e il senso di ciò che avviene nelle nostre vite. Il mondo emotivo si attiva di fronte alla situazione che stiamo sperimentando, magari sulla base di fatti pregressi oppure si può mettere in funzione proprio sulla scorta di una o più esperienze specifiche che ci hanno impresso nel corpo un ricordo che, nel momento in cui si ripresenta una situazione analoga, ci fa risentire quelle sensazioni. La ricerca psicologica recente ha rilevato però come le persone anziane mostrino buone competenze emotive nel fare fronte alle innumerevoli difficoltà che l'invecchiare propone e che raffinarne la conoscenza potrebbe aiutarle anche a migliorare la qualità del vivere quotidiano.³⁴⁹

³⁴⁷ R. Pezzati et alii, op. cit. p. 71.

³⁴⁸ Ibidem.

³⁴⁹ Ibidem.

4. Lettura e analisi dei dati raccolti

4.1. Risultati emersi dalle interviste rivolte agli operatori della Rsa

Come anticipato nel capitolo precedente le interviste semi strutturate sono state condotte dalla stessa persona e rivolte a testimoni privilegiati che operano all'interno della Rsa. Ne sono state raccolte in totale 13 e verranno analizzate qui di seguito, in una prima parte guardando alle risposte di ciascun operatore alla stessa domanda; e in una successiva, operando confronti e prestando attenzione ai temi salienti riscontrati nella trascrizione ed elaborazione.

In risposta alla prima domanda **‘Cosa significa fare (professione della persona intervistata) in una Rsa? In periodi non emergenziali di che cosa si occupa?’** ogni professionista ha descritto a grandi linee in che cosa consiste il suo ruolo all'interno della struttura residenziale.

Raramente la persona intervistata si focalizza nel raccontare in modo limitato il suo ruolo. Solo le fisioterapiste e un'educatrice hanno risposto in modo molto pragmatico e sintetico in che cosa consiste il loro lavoro e si sono soffermate ad un unico punto di vista.

Per le fisioterapiste, infatti, può dirsi pragmatico e fisico poiché la prima ha ammesso di occuparsi di *‘mantenere la capacità residue degli ospiti, intervenendo con progetti riabilitativi. Aiutare le persone già compromesse a mantenere le proprie abilità. A livello prettamente motorio si guarda all'utilizzo degli ausili e alla prevenzione delle piaghe da decubito’*, mentre la seconda *‘del benessere fisico dell'anziano a partire da attività di gruppo e individuali, a seconda delle capacità di ogni anziano’*. Lo stesso avviene nel leggere la risposta dell'educatrice: *“Mi occupo delle attività quotidiane ed extra che riguardano la sfera educativa-ricreativa dalla loro organizzazione alla loro attuazione”*.

Al contrario di questi esempi riportati, fin dalle prime interviste emerge come ogni operatore non sia chiamato solo a svolgere funzioni prettamente legate alla sua posizione, ma anche alcune organizzative e di coordinamento che non sono sempre richieste dalla professione svolta.

La coordinatrice infermieristica, infatti, afferma che: *“Il coordinatore infermieristico è un collaboratore e un filo conduttore tra le figure professionali, deve tenere una visione globale di come funziona l'organizzazione sanitaria degli ospiti. Si tratta di molto lavoro burocratico anche, non necessariamente a contatto diretto con l'ospite”*.

Le figure delle assistenti sociali ammettono di occuparsi *‘della parte amministrativa e dei rapporti con le famiglie degli ospiti. Con gli ospiti stessi il rapporto è limitato in quanto la parte gestionale*

*e amministrativa prende molto il lavoro sociale. Questa visione organizzativa del lavoro dell'assistente sociale dipende però da ente a ente' e inoltre tengono le redini 'soprattutto degli ingressi, della sfera sociale, dei colloqui, dell'organizzazione e dei contatti con i familiari, **più tutta una parte burocratica richiesta da contratto** '.*

Se quindi da un lato, alcuni operatori si sentono limitati nel poter svolgere il loro ruolo, ostacolato dalla burocrazia, dall'altro chi è chiamato a svolgerne uno prettamente burocratico, si ritrova a svolgere una funzione che ha a che vedere con un maggiore contatto con residenti e familiari, anche se non richiesto.

Infermiere e una coordinatrice OSS esplicitano chiaramente come esse debbano aver cura di *'tutto ciò che riguarda la parte di cura infermieristica, **più dare un sostegno al familiare e all'ospite. Si guarda alla somministrazione della terapia, ma anche a dare un aiuto psicologico all'ospite. Al familiare vengono date tutte le informazioni necessarie per comprendere al meglio la condizione di salute del proprio caro. Il supporto psicologico verso il familiare si concretizza anche nel dare supporto a vivere il lutto, per esempio***'.

La seconda coordinatrice OSS intervistata allarga il concetto, citato nuovamente dall'educatrice. Non parlano infatti solo di aiuto a livello psicologico, ma proprio di benessere. La prima afferma: *"Organizzo i turni, parlo con gli OSS, controllo che venga seguito il piano di lavoro, affinché il **benessere dell'ospite sia garantito**"*.

L'educatrice, invece, dice: *"**Mi occupo del benessere degli ospiti non a livello sanitario, ma quotidiano. Guardiamo ad attività, dialogo e relazione con l'ospite**"*.

Questo onere aggiuntivo, questo 'di più' che viene dato a livello psicologico è un elemento che ci si aspetta di sentire, specie dalla figura dello psicologo che ha affermato di occuparsi di *'valutazione cognitiva degli anziani, di **dare da supporto ai familiari nei momenti di difficoltà e ai dipendenti***'.

Però, come viene fatto intendere dalla psicologa, essi si occupano di *'valutazioni cognitive degli ospiti, vedere come stanno a livello del benessere globale. Ma ci sono anche degli **aspetti organizzativi** di cui tener conto e bisogna guardare all'ambiente, alle persone, al vissuto della persona stessa e inoltre anche agli operatori che se ne occupano. **Ci sono più livelli su cui si lavora in una Rsa***'.

I ruoli appena descritti hanno subito in modo evidente delle variazioni, dei cambiamenti con l'emergere del virus Covid-19, come risulta qui di seguito in risposta alla domanda **‘Come e in cosa è cambiata la modalità del lavoro con l'emergenza Covid-19?’**.

Davanti ad alcuni effetti di grande rilevanza suscitati dall'emergenza, il carico di lavoro, specie quello psicologico ed emotivo è aumentato per la maggior parte degli operatori. L'intervista alle figure delle infermiere e di una coordinatrice OSS spiegano le maggiori conseguenze dettate dal virus all'interno della Rsa presa in considerazione e descrivono come queste abbiano inciso fortemente sul loro ruolo.

*‘Siamo davanti a un **crollò emotivo** dell'ospite per la mancanza del familiare, gli ospiti sono molto giù quindi mangiano poco, non sono più sorridenti, si lasciano andare. Il familiare poi chiama per sapere come sta il proprio caro. Il crollo è stato proprio drastico, quindi il **carico di supporto psicologico è aumentato** sempre nei limiti possibili della professione. Il **contatto è stato sostituito dalla tecnologia**, ma questa invece di **facilitare la comunicazione ha peggiorato la relazione tra ospite e familiare**, così come **l'obbligo di utilizzo dei dpi** tra personale e ospiti. Senza la figura del parente, gli ospiti hanno cambiato modalità di esprimersi, tra queste anche la modalità di rifiutare la terapia e portando ad **aumentare i farmaci**, come i tranquillanti. Per non parlare del **periodo di isolamento** che dovevano fare gli ospiti positivi. Per ritornare alla situazione iniziale ci sono voluti mesi. **È aumentata l'agitazione dell'ospite**. Per recuperarla c'è voluto più di un mese, non è facile, per aiutarli a recuperare anche loro stessi. Molto significativa è **la condivisione di pensieri negativi tra loro**. Gli ospiti non vedendo più un'amica o un amico positivo portato in isolamento pensano che sia morto o morta. **E comincia una catena per cui il malessere trova spazio per diffondersi. È stato molto pesante a livello lavorativo. Si è sentita la paura tra colleghi, è stato molto stressante. Non ci sono stati momenti in cui si potesse parlare con qualcuno di ciò che si sentiva e accadeva, di queste emozioni con un professionista come uno psicologo. Ne parlavamo tra noi che abbiamo collaborato'***

Le emozioni provate hanno avuto un enorme impatto sulla vita dei residenti, ma anche sul lavoro degli operatori. Una coordinatrice OSS ammette che si necessitava di *‘un maggiore controllo su turni e utilizzo dei dpi. Si è intensificata la funzione di controllo perché hai più preoccupazioni sul fatto che le cose siano fatte in maniera corretta.’*

Gli operatori intervistati, inoltre, hanno risposto guardando la situazione creatasi all'interno della Rsa da un punto di vista interno o esterno, quasi mai in entrambe le modalità, salvo le figure delle assistenti sociali.

Gli psicologi, un'educatrice e una fisioterapista hanno risposto guardando agli aspetti che hanno subito delle modifiche senza collegare essi ad aspetti esterni.

Di conseguenza i primi si sono soffermati sulle problematiche riguardanti l'aver **'molto meno tempo da dedicare alle attività interne alla struttura per gestire l'organizzazione per far fronte all'emergenza sanitaria, portando a un cambiamento forte anche sul clima'** e il fatto che **'ne abbiano risentito le attività interne per mancanza di tempo, compresi i colloqui con gli ospiti. Per il benessere di questi, comunque, si dà la priorità al contatto con il familiare, di conseguenza i professionisti si sono impegnati maggiormente affinché questo potesse avvenire tralasciando le attività sullo sfondo'**.

'Ci siamo dovute occupare dei familiari in maniera maggiore, per mezzo delle visite e delle chiamate da fare tagliando i tempi per attuare le attività che sono state interrotte assieme ai progetti con i volontari'. (Educatrice)

'Sono saltate le programmazioni e i ruoli hanno subito delle modifiche perché molti operatori sono mancati e c'era l'esigenza di intervenire per coprire le varie necessità anche se non erano tra le competenze di chi si è ritrovato a farlo'. Risponde così la fisioterapista senza, ad esempio, citare le cause esterne di questa situazione, come la difficoltà di reperire ulteriore personale e coprire i posti mancanti per garantire una continuità assistenziale all'interno della struttura.

Solo la coordinatrice infermieristica si è soffermata su un punto di vista esterno alla situazione interna alla Rsa spiegando che **'fin dall'inizio tutta l'attenzione si è spostata sulla prevenzione del virus. È stato molto difficile perché quotidianamente al di là dei decreti c'erano regolamenti, revisioni dell'Ulss, indicazioni costanti da adottare. Abbiamo dovuto imparare ad usare nuovi dispositivi, fare tamponi, acquisire nuove conoscenze per gestire l'emergenza ed è stato molto faticoso dover mettere in atto il tutto, pur non avendo sempre delle indicazioni chiare'**. Sottolinea il disagio di dover sottostare a decisioni prese esternamente e in costante cambiamento.

Come già accennato, le assistenti sociali sembrano aver risposto alla domanda tenendo conto del quadro d'insieme, citando fattori emergenziali interni ed esterni. Esse affermano quanto segue:

'È molto difficile fare i colloqui, perde tutto di qualità. La distanza imposta porta ad aumentare la difficoltà nel farsi capire e far capire ai familiari quali sono le regole da seguire e il perché. Per questo sembra di lavorare il doppio, è diventato tutto un meccanismo e i tempi si sono allungati. Si vive inoltre in un contesto di puro cambiamento dove i regolamenti cambiano costantemente. C'è inoltre più preoccupazione per la quale serve molta attenzione. Il carico di lavoro è aumentato''.

*“Gli ingressi sono stati bloccati e dopo la riapertura limitata sono cambiati profondamente, vengono fatti senza colloqui e tutto in modalità telematica. **Si guarda soprattutto alla parte sanitaria e meno a quella relazionale.** I colloqui avvengono solo tramite telefono. **C’è stata inoltre la necessità di sopperire alla mancanza dei familiari gestendo cose che erano solite essere fatte dai familiari stessi per gli ospiti.** Di conseguenza è accresciuta la gestione della cassa³⁵⁰ degli ospiti per aiutarli a far sì che sentissero meno la mancanza del familiare. Per quanto riguarda il segretario sociale **non riusciamo a soddisfare le esigenze degli ingressi per i privati, gestiamo solo quelli convenzionati. L’uso della tecnologia è incrementato, ha facilitato il lavoro o almeno lo ha velocizzato**”.*

Riescono pertanto a vedere i collegamenti tra le relazioni che instaurano internamente ed esternamente alla Rsa. All’esterno è difficile mantenere i contatti con i familiari e parlare con essi, tanto che per gli ingressi numericamente ridotti e possibili si fa affidamento quasi esclusivamente a quanto indicato dalla documentazione sanitaria e da un parere medico, senza poter ascoltare davvero il familiare che richiede l’inserimento. Internamente, invece, la mancanza del rapporto del residente con il proprio parente cerca di essere colmata per mezzo della presenza degli operatori.

Come si è cercato dunque di mantenere e promuovere il benessere di cui si parlava precedentemente e come si è resistiti di fronte all’emergenza? Si trova risposta attraverso le opinioni di educatrice e fisioterapista.

*‘Ci sono state molte **più limitazioni** che hanno portato a limitare anche le attività coinvolgendo meno ospiti. L’uso della mascherina ha inficiato tantissimo sul nostro lavoro per la comunicazione con gli ospiti, che avveniva specie tramite la mimica, il labiale. **Abbiamo dovuto inventare nuovi modi, come lo scriversi le informazioni più importanti per parlarsi.** Poi anche il contatto fisico venendo a mancare ha portato a un maggiore isolamento. Manca anche il poter invitare nuove figure esterne, come volontari, per fare attività nuove e cambiare un po' il contesto. Poi aprendo la struttura ai parenti abbiamo dovuto organizzare le visite limitando tutto ciò che facevamo prima e quindi limitando il tempo con gli ospiti’.*

³⁵⁰ I familiari hanno deciso di consegnare i soldi che spendevano durante le visite in presenza con il proprio caro per un caffè o altro al professionista, affinché questo potesse inserirlo come quota nella cassa ospiti e utilizzarlo in autonomia per soddisfare piccoli bisogni. È stato anche un modo per far sentire meno al residente la mancanza della relazione quotidiana con il proprio parente.

‘Sono aumentate le cose da gestire e soprattutto quelle non riguardanti il mio ruolo per aiutare l’intera organizzazione, come le chiamate per i familiari. Tutti ci siamo un po’ improvvisati psicologi o altro’.

Per comprendere, poi, il benessere emotivo degli operatori, in un clima non emergenziale, anche al di fuori del contesto lavorativo è stata posta la seguente domanda: **‘Se dovesse descriversi utilizzando solo delle emozioni, magari quelle che prova maggiormente nella quotidianità e quindi non in periodi emergenziali, quali userebbe?’.**

Sette persone intervistate non si sono repute ansiose, contro due che hanno considerato l’ansia come loro caratteristica comune e una l’irrequietezza.

In particolare, tre, hanno evidenziato una relazione emotiva nei confronti dei residenti.

‘Dipende dal rapporto che si instaura con l’ospite. Con quelli con cui si stringe una relazione più forte le emozioni negative si sentono di più’. (Educatrice)

Le fisioterapiste sono molto legate alla parte sociale del loro lavoro e affermano: **‘Sono emotiva nel bene e nel male, faccio fatica a mantenere un distacco anche perché nel mio lavoro si passa molto tempo a contatto con l’ospite, si instaurano relazioni molto forti’;** *‘Sono serena, faccio un lavoro che mi dà soddisfazione e ho creato delle belle relazioni’.*

È stato successivamente chiesto **‘Come si è emotivamente trovato invece ad affrontare questa emergenza? Che emozioni ha provato?’** per ottenere un confronto sul possibile cambiamento del clima emotivo interno alla struttura.

Risulta difficile raggruppare le risposte legate a tale quesito, perché sono state molte le differenze dei vissuti emotivi riportati.

La maggior parte degli intervistati afferma di aver tenuto sempre bene a mente il distacco emotivo del proprio ruolo, cercando quindi di non influenzare il clima interno alla struttura residenziale o comunque di non modificarlo negativamente.

‘Abbiamo provato molto stress e preoccupazione che dal lavoro veniva portato a casa. Ci siamo supportate l’una con l’altra anche in termini familiari, ma sul luogo di lavoro ci siamo sempre dimostrate serene e positive’. (Infermiere e coordinatrice OSS)

‘Cerco di creare un clima leggero perché penso che la situazione in una casa di riposo sia già difficile da tollerare e quindi cerco di smorzare un po' eventuali situazioni di malessere che non vuol dire che le copro, però cerco di lavorarci in qualche modo e di far lavorare le persone che le provano. Vuol dire che loro me le possono dare quotidianamente, ma bisogna sgonfiare la rabbia e la frustrazione per essere qui dentro. Io poi le rielaboro e le restituisco loro in maniera più leggera o gliele giro. Sono una persona che comunque comprende il luogo di lavoro e non mi posso permettere di essere una persona musona, a volte metto una maschera per lasciare fuori cose che qui dentro non posso far entrare, perché andrebbero a inficiare il lavoro’. (Psicologo)

‘C’è stata più tensione, ma l’attenzione verso l’ospite non è mai cambiata’. (Coordinatrice OSS)

‘Le stesse emozioni provate normalmente si sono intensificate, però allo stesso modo ci si è adattati a sostenerle’. (Assistente sociale)

C’è chi, invece, si è sentito come psicologa e educatrice, più protetta, sottoponendosi ai controlli interni alla struttura. *‘Ero abbastanza serena a livello lavorativo, specie per i controlli che vengono fatti’; ‘Ho provato più timore prima dei tamponi, anche per attuare delle attenzioni che prima non c’erano’.*

Mentre un’assistente sociale e una fisioterapista hanno provato emozioni negative derivanti proprio dal contesto lavorativo. *‘Ero preoccupata per cose più pesanti, però mi sentivo poco preparata ad affrontare la situazione’; ‘Ho provato più affanno per adattarmi a un nuovo contesto e a una nuova modalità di svolgimento del mio lavoro’.*

Rimangono, infine, stati emotivi contrastanti, causati da fattori esterni come il pensiero rivolto alla famiglia, le notizie riguardanti gli operatori nelle Rsa diffuse dai media, la presenza costante e forse anche più invadente dei parenti e il contagio con il virus stesso.

‘Avevo paura di non tornare a casa dopo aver sentito che alcuni operatori rimanevano bloccati nelle strutture. Poi sentivo la pesantezza, una tensione continua della situazione. In più i miei parenti sono di Bergamo quindi temevo molto per loro e li chiamavo ogni mattina’. (Fisioterapista)

‘Inizialmente la situazione sembrava facile da risolvere, poi invece è arrivata la paura per me e per gli altri e si viveva con il dispiacere di ciò che non si poteva fare, più la paura che accadesse il

peggio. Con la riapertura poi è rinata la speranza, ma con l'arrivo dei parenti la loro rabbia mi influenzava molto'. (Educatrice)

'Molta stanchezza. Ho cercato di rimanere sempre calma nonostante le indicazioni diverse da adottare ogni giorno e anche quando ho scoperto di essere positiva. Lì ti rendi conto che sei in balia degli eventi, che non hai più il controllo di nulla'. (Coordinatrice infermieristica)

Uno degli obiettivi della ricerca risiede nel poter comprendere per quanto possibile la relazione che intercorre tra le tre figure rilevanti nel contesto delle Rsa, quali residenti, familiari e operatori. Di conseguenza le interviste sono state utilizzate come strumento di indagine per approfondire il triangolo relazionale, ponendo domande anche sul livello emotivo come **'L'umore di colleghi, familiari degli ospiti e ospiti stessi l'ha influenzata nel suo lavoro? Quale dei tre ha avuto un impatto maggiore? In positivo o in negativo? Perché?'**.

Non si può classificare la figura che ha influenzato maggiormente gli operatori durante il periodo emergenziale, per il semplice fatto che nel triangolo della relazione tutti i soggetti coinvolti si influenzano per emozioni e intensità con modalità differenti.

I colleghi hanno influenzato il clima lavorativo per le preoccupazioni legate alla loro posizione ad alto rischio di contagio e alla loro famiglia. Tali pensieri negativi, però, si sono rivelati un punto in comune che ha legato maggiormente gli operatori all'interno della Rsa, diventando quasi un punto di forza.

'È stato più complicato parlare con i colleghi, molti avevano paura e si sono rifiutati di lavorare in alcuni reparti, quelli a più alto tasso di contagio. Inoltre, la paura della propria famiglia che abita nelle zone a rischio ha influenzato poi i colleghi. Quindi ci siamo offerte di parlare assieme, abbiamo fatto supporto anche con loro'. (Infermiere e coordinatrice OSS)

'L'umore dei colleghi di sicuro, anche se poi alla fine ci siamo sostenuti a vicenda. L'umore degli utenti e dei familiari non mi ha influenzato quanto le richieste e le problematiche sollevate in relazione alla chiusura della struttura. È comunque aumentato il supporto psicologico da offrire'. (Coordinatrice infermieristica)

Anche i residenti della Rsa hanno condizionato fortemente le condizioni lavorative degli operatori, per motivazioni ovviamente diverse rispetto a quelle legate ai colleghi. I residenti, infatti, suscitavano

più sentimenti legati alla preoccupazione per la loro salute e condizione, principalmente sentita poiché destinatari del lavoro di cura degli stessi operatori.

'I colleghi si sono rivelati molto agitati, i familiari molto più assillanti ponendo molte domande e richieste anche solo per essere rassicurati. Gli ospiti ne hanno sofferto più di tutti anche perché non hanno gli strumenti per comprendere bene la situazione. Sono questi che mi hanno influenzato maggiormente perché vederli così mi ha causato dispiacere'. (Assistente sociale)

Nell'opinione degli psicologi si sente maggiormente questo incarico di cura nei confronti dei residenti. Essi, infatti, affermano che **"influisce sicuramente di più quello degli ospiti, anche perché sono quelli di cui devi farti più carico"** e **"sicuramente gli ospiti perché hanno perso capacità cognitive, sono peggiorati a livello dell'umore. Questo ha avuto un impatto molto forte. Un po' di tristezza...I familiari erano molto arrabbiati ma abbiamo gli strumenti per gestirla, specie la comprensione di voler proteggere gli ospiti e di lavorare entrambi per questo"**. Inoltre, una fisioterapista sottolinea: *"I colleghi all'inizio hanno creato dei disservizi perché non volevano venire al lavoro ma non mi hanno perturbato. Mi hanno influenzata di più gli ospiti perché sono senza armi, puoi solo consolarli"*.

Da un terzo punto di vista le educatrici e un'assistente sociale, ritrovandosi in prima linea a contatto con i familiari, affermano che sono stati questi per loro i più difficili con cui relazionarsi.

'È stato molto stancante gestire la relazione con i familiari perché creano più disagio. La lontananza dai loro cari li fa agire in modo poco razionale. Ciò crea nervoso per via delle spiegazioni solite da dover dare ogni volta'.

*'Quello degli ospiti non ha influenzato sul mio vissuto perché loro sono comunque dei miei assistiti, ho una consapevolezza di come sono fatti, in quanto anche fragili e con le problematiche. Con i colleghi non più di tanto perché eravamo sulla stessa barca. Ciò che mi ha spiazzato è stato l'umore dei **parenti** perché hanno tirato fuori il peggio di sé, tante incomprensioni...non pensavo che fossero così difficili da gestire e questo mi ha infastidito'.*

'L'umore dei familiari mi ha influenzata di più soprattutto in negativo, comprendo ciò che sentono ma anche loro avrebbero potuto essere più comprensivi per creare un clima migliore'.

Infine, una fisioterapista e una coordinatrice OSS sembrano essere riuscite a rimanere distaccate per non affermare con chiarezza quale figura ha influenzato prevalentemente il loro lavoro e a descrivere oggettivamente ciò che si è verificato.

‘Per gli ospiti c’è stato un declino psico fisico impressionante sia per l’umore che lo stato mentale dovuto molto per la mancanza dei familiari. Questi ultimi invece hanno provato tanta rabbia e i colloqui telefonici sono stati molto pesanti con loro’.

‘I colleghi mi fanno solo rabbia perché non capiscono ciò che stiamo facendo, non comprendono che siamo lì per gli ospiti, se siamo uno in meno dobbiamo fare il doppio. I parenti stanno male quando portano qui i familiari, viene visto come un abbandono, ma purtroppo è necessario a volte. Pensi di aver fallito e quindi vivono un trauma. Sono i familiari ad aver più bisogno di rassicurazione. Gli ospiti invece vivono dal vero un abbandono durante questa emergenza perché non comprendono ciò che accade’.

È chiaro, dunque, come ogni soggetto del triangolo relazionale interno alla Rsa abbia a suo modo influito sul clima lavorativo ed emotivo, durante il periodo emergenziale preso in considerazione. Si può affermare dalle risposte trascritte dalle interviste che, come già accennato, i familiari hanno fatto pesare la loro influenza per mezzo della necessità di essere costantemente rassicurati e nell’esprimere atteggiamenti di rabbia da far sfogare e poi alleviare da parte degli operatori, anche se non sempre comprensibili. I residenti, invece, essendo i destinatari dell’azione di cura, hanno suscitato molta preoccupazione per i cambiamenti subiti sulle loro condizioni fisiche e cognitive. Per quanto riguarda i colleghi, essi hanno suscitato incomprensioni e difficoltà nella comunicazione, anche se tale condizione, essendo comune a tutti, è stata compresa e fatta diventare un punto di forza attraverso un ascolto reciproco.

L’intervista prosegue su un piano più personale per comprendere al meglio le condizioni emotive che caratterizzano il clima interno alla Rsa in periodi non emergenziali e come gli operatori si comportano davanti a emozioni negative rispondendo alla domanda **‘Cosa fa quando a livello emotivo sente di non stare bene? Che soluzioni ha trovato?’**.

Nelle risposte degli operatori è prevedibile che venga fatta una separazione tra la vita lavorativa e quella privata, secondo il concetto di distacco professionale richiesto dal ruolo svolto. Infatti, la maggior parte dei partecipanti alla ricerca ha sottolineato come il proprio stato emotivo, specie se negativo, venga limitato in ambito lavorativo per evitare un peggioramento del clima interno e

viceversa. È più facile, dunque, che un'emozione negativa derivante dal luogo di lavoro influenzi la vita privata e più difficilmente, salvo rari casi, che un'emozione negativa derivante dalla sfera privata influenzi il luogo di lavoro. O perlomeno, lo sforzo di limitarne gli effetti, è maggiore nei confronti del contesto lavorativo.

'Abbiamo parlato ma quando prevale il lavoro facciamo un'elaborazione interiore perché specie nel nostro campo se dobbiamo fare una cosa la facciamo'. (Infermiere e coordinatrice OSS)

'Faccio lo sforzo di costruirmi una bolla nella quale entrare per il periodo in cui sto lavorando perché se io decido di lavorare e di non mettermi in malattia penso di riuscire a contenere la cosa. Non sempre ce la faccio quindi cerco al massimo di limitare i danni. Devo preservare anche l'ospite perché se non riesco a fare bene il mio lavoro lo scarico su di lui quindi mi pare già che la sua situazione sia già di per sé complessa. Al di fuori del contesto lavorativo cerco delle valvole di sfogo. Comunque, a volte ti carichi talmente tanto di lavoro che per non portarlo a casa devi comunque scaricarlo'. (Psicologo)

'Mi so staccare nel momento in cui smetto di lavorare. A casa il peso emotivo me lo porto e ne parlo, ma poi la smetto'. (Fisioterapista)

'Riesco a staccarmi completamente dal lavoro dopo anni di esperienza'. (Educatrice)

D'altronde il lavoro porta con sé un alto carico emozionale che deve essere espresso all'esterno, come viene ben spiegato nella risposta della psicologa: *"Mi ritaglio dei momenti per me perché sono spesso indirizzata verso gli altri. Inoltre, ascoltare mi richiede un costo emotivo molto alto e devo per forza farlo, quindi cerco dei momenti in cui stare da sola"*.

Molte sono le modalità tramite le quali si ricerca di trovare un equilibrio emotivo per vivere in serenità sia all'interno del proprio ruolo sia all'esterno nella propria sfera privata, come ad esempio:

"Vado a camminare e cucino. È difficile, comunque, che il malumore mi influenzi per tutta la giornata specie in ambito lavorativo". (Coordinatrice infermieristica)

"Disegno, cerco di rilassarmi e di non pensare", "tengo duro fino a fine giornata, fumo, vado a camminare, mangio pizza e nutella e ne parlo con i colleghi". (Assistenti sociali)

“Mi faccio un bel pianto e mi guardo la tv. In periodi non emergenziali vado in piscina”.
(Coordinatrice OSS)

“Torno a casa e mi confido con qualcuno, sto al telefono, vado in ferie”. (Educatrice)

“Faccio i miei sport, leggo, esco con gli amici. Il mondo esterno mi svaga”. (Fisioterapista)

Pertanto, parlare, fare sport, isolarsi, fare qualcosa di pratico proprio per non pensare, risultano essere delle buone valvole di sfogo emotivo.

A questo punto, come non chiedere direttamente agli operatori il loro punto di vista sulle conseguenze di un clima lavorativo che può portare benessere, attraverso la domanda **‘Crede che se tutti i professionisti, gli ospiti e i familiari di questi stessero emotivamente bene gioverebbe ad avere un miglior clima in struttura? Ha per caso un episodio, un’esperienza che ne dà conferma?’**.

Rispondendo, gli operatori hanno rivelato molti più elementi di quanti ne fossero richiesti, esprimendo opinioni e pareri personali, riuscendo a collegarli anche ai fattori del contesto emergenziale.

A differenza, infatti, della coordinatrice infermieristica, che ha risposto in modo affermativo, limitandosi a paragonare la situazione precedente all’emergenza in cui i residenti erano tranquilli e avevano un certo tipo di personalità, con la situazione attuale nella quale i residenti, invece, dimostrano un vero e proprio cambiamento caratteriale; tutti gli altri partecipanti hanno aggiunto ulteriori punti di vista personali anche sulla possibilità di costruire un contesto lavorativo che possa perennemente godere di un clima positivo.

Si sono infatti dilungati nell’esprimere il fattore che influisce maggiormente nel poter ottenere questo clima di benessere e positività. Per molti è risultato dipendere dalla situazione e condizione vissuta dai familiari dei residenti.

‘Certamente. Il benessere è portato soprattutto dai familiari dei parenti durante le visite. Quando queste sono state bloccate gli ospiti hanno iniziato a star male e questo ha pesato su tutti gli ospiti, ha generato un malessere generale a cui i professionisti hanno dovuto far fronte psicologicamente. Il crollo è stato anche fisico’. (Infermiere e coordinatrice OSS)

*'Sì, si lavorerebbe meglio. Lo si vede dalla **mancanza della presenza dei familiari** in struttura sugli ospiti. Il contatto fisico pesa molto perché quando viene a mancare ci si sente abbandonati. Inoltre, con i familiari gli ospiti avevano più opportunità di fare una passeggiata, quindi aiutavano a livello fisico a mantenere le loro capacità motorie, erano un supporto'. (Fisioterapista)*

Un'educatrice e un'assistente sociale, invece, attribuiscono una maggiore incidenza emotiva nei confronti del ruolo degli operatori stessi: *"Sicuramente. **Se i colleghi riuscissero a tenere a casa le problematiche personali** gioverebbe a tutti, specie agli ospiti. È che siamo tanti ed è difficile creare un luogo sereno, specie perché **cambiano spesso**"; "Sicuramente un clima sereno aiuta. **Se i familiari sono tranquilli trasmettono tranquillità anche agli ospiti, lo stesso vale per gli operatori.** Questi ultimi tendono però a lavorare male se non hanno un riconoscimento o non sono soddisfatti del loro lavoro. **Chi ha la coscienza di far bene le cose sa che ha un impatto sul sistema, ha un certo peso.** Bisognerebbe aumentare la percezione di lavorare anche con altre persone, in un'ottica più globale. Serve un'ottica più comune. A fronte di questo sono utili delle equipe per discutere e parlare dell'organizzazione e delle possibili problematiche perché offrono uno spazio di dialogo anche solo una volta al mese".*

Circa la metà restante degli intervistati aggiunge un'ulteriore considerazione sulla possibilità di lavorare davvero in un contesto in cui tutti, o la maggior parte delle persone, vivono in una situazione emotivamente positiva.

Gli psicologi rispondono così: *"**Penso che sia un'utopia** perché siamo tanti e diversi. All'interno di un'equipe se ci fosse un clima sereno pur nelle diversità sicuramente si lavorerebbe meglio, lo stesso tra gli oss e gli altri professionisti. Ma questo è infattibile e da un punto di vista lavorativo **si deve limitare il danno**, ovvero devo far sì che ci siano più persone che lavorano bene e che siano tranquille e che in qualche modo vadano a supportare ospiti e familiari che non ce la fanno"; "Ne sono certa perché se le persone stanno bene e lavorano bene tutto va a cascata. Ne sono convinta. **Ci sono però tanti aspetti che portano a star bene qui dentro. Sul livello delle relazioni si può migliorare.** Poi sugli aspetti prettamente organizzativi come salari e turni che sono più difficili da superare. **Sono tanti gli aspetti su cui agire.** Funziona per centri concentrici, compreso l'aspetto della soddisfazione lavorativa. È difficile migliorare le relazioni quando queste tendono ad essere brevi con il problema del turn over degli OSS. Essi vengono assunti con poca scelta in quanto sono pochi ma necessari e il fatto che rimangono poi per poco per la condizione economica, insoddisfazione lavorativa non permette di instaurare una relazione forte. Ma se c'è sempre questo ricambio significa che c'è*

qualcosa che non va. Non se ne vanno perché è la direzione che li licenzia, ma perché sono loro a scegliere di andarsene. Se fossero soddisfatti e stessero bene non ci sarebbe un turn over”.

*“È tanto difficile. Metti che ognuno di noi il suo lo fa, poi trovi il familiare che non accetta la condizione del proprio caro in struttura. Quale bene devi fare? Quello dell’ospite o quello del familiare? Si potrebbero fare delle riunioni per parlarne, anche con gli operatori ma **il miglioramento dura per poco**”.* (Coordinatrice OSS)

“Sì, il problema è che impossibile. So che chi sta emotivamente male è più nervoso e meno flessibile, più scontroso. Io lo comprendo anche un familiare che sta male, e questa emergenza ha portato a un malessere emotivo che ha influenzato molto”. (Educatrice)

*“Sicuramente sì, **ma è un’utopia**. Se ognuno facesse il proprio lavoro senza intromettersi in quello degli altri o esagerare con le parole staremmo tutti molto meglio. La confusione maggiore deriva proprio da questo, che i colleghi ricamano episodi mettendo più pathos di quello che è quando potrebbero evitarlo”.* (Assistente sociale)

“Sì, decisamente, ma penso che sia impossibile. Ci sono situazioni di ospiti con demenza che sono già difficili di per sé, in più i familiari non comprendono a fondo la situazione. Bisogna farci i conti e basta. Ho tante persone che mi hanno dimostrato che avere una famiglia che ti supporta permette anche all’ospite di stare bene. Essendo più sereno esprime anche più serenità”. (Fisioterapista)

Naturalmente i fattori di cui tener conto per mantenere un clima positivo sono numerosi e di vario genere, ma questo non determina l’impossibilità di lavorare sul margine di miglioramento esistente con nuove soluzioni.

Per approfondire la tematica e rilevare i punti dai quali poter partire per cambiare la situazione viene chiesto ancora agli intervistati **‘L’emergenza Covid-19 ha portato solo ad effetti negativi o anche positivi? Quali?’.**

Molti hanno riflettuto sulla loro vita privata ritenendo di aver vissuto con più calma, di aver iniziato a seguire atteggiamenti più attenti nei confronti della propria e altrui salute, di aver trascorso più tempo con i propri cari e di averne tratto dei benefici e, infine, anche di essere cresciuto e aver appreso qualcosa di nuovo davanti ad una situazione inaspettata.

A livello lavorativo, invece, da un punto di vista, per così dire, tecnico, il distacco fisico dai familiari ha portato a respirare un po' di più, nonostante la loro continua presenza tramite chiamate ed e-mail e una maggiore flessibilità ha giovato sull'intera organizzazione. Dall'altro, invece, ci si è resi conto di aver stabilito delle relazioni più salde che hanno aiutato a fronteggiare l'emergenza.

*'Oggi siamo **più unite**, abbiamo una maggiore comprensione e collaborazione anche da parte degli altri dipendenti. **Abbiamo fatto gruppo**'. (Infermiere e coordinatrice OSS)*

*'La preoccupazione, la difficoltà **ha permesso di avvicinarsi e di aiutarsi a vicenda**, a volte sembra aver appianato i conflitti e i disaccordi in favore di una maggiore collaborazione. Si è fatto **fronte comune per uscirne**'. (Assistente sociale)*

'Abbiamo rafforzato la collaborazione tra educatrici, ma era già buona precedentemente. Abbiamo inoltre creato dei rapporti di maggiore fiducia con l'ospite perché ci siamo sostituite a volte al familiare stesso'. (Educatrice)

Come ultimo quesito si è lasciato spazio anche al concetto di resilienza, in quanto una parte della ricerca vuole riservare spazio anche ad esso e raccogliere punti di vista, ma anche emozioni, che permettano di scoprire se tale capacità può avere una componente attiva nel fronteggiamento della situazione emergenziale e come il sentirsi resilienti, esserne consapevoli, può fare qualche differenza.

L'intervista si è conclusa interrogando l'operatore o l'operatrice su tale tematica **'Tra gli effetti positivi puoi includere il fatto che essere riusciti ad affrontare l'emergenza l'abbia reso più resiliente, ovvero più incline e capace ad affrontare cambiamenti repentini di qualsiasi genere rendendola consapevole delle sue capacità di fronteggiamento di una difficoltà?'**.

Sono state date tre risposte a questo quesito a seconda delle quali si possono raggruppare tre tipologie di intervistati.

Il primo riguarda coloro che hanno risposto in modo affermativo, che hanno riconosciuto la loro capacità di riuscire a superare gli ostacoli emergenziali e hanno acquisito una consapevolezza del loro essere resilienti.

'Dipende dall'emergenza che ci si trova davanti, però ci sentiamo più capaci di adattarci ai cambiamenti. Oggi, ad esempio, non sentiamo nemmeno la differenza di avere o non avere la mascherina anche a casa'. (Infermiere e coordinatrice OSS)

'Assolutamente. Sì, perché abbiamo fatto tutti un adattamento nuovo alla situazione. Abbiamo imparato a vivere adottando comportamenti diversi e riuscire in questo ti dà la capacità di vedere come una cosa negativa possa essere superata'; 'Sì, decisamente. Lo si fa quotidianamente e riesci a tirare fuori qualcosa che non sapevi di avere'. (Assistenti sociali)

'Sì, perché noi abbiamo continuato a lavorare sempre e abbiamo anche dovuto creare un contesto in cui poterlo svolgere e nuove modalità per poterlo svolgere. Diciamo che abbiamo trovato uno spazio dove poter mettere in pratica queste capacità e le abbiamo rinforzate'. (Educatrice)

'Sicuramente. Essendo sopravvissuti a una quarantena potremmo fare qualsiasi cosa, un secondo lockdown lo affronterei meglio'. (Fisioterapista)

Queste tutte risposte affermative si scontrano con un unico 'no' dettato dalla coordinatrice OSS:

"No, perché ho vissuto molta preoccupazione e la vivo tutt'ora nonostante i controlli coi tamponi. Abbiamo combattuto tanto, però siamo riuscite a fare quello che c'era da fare. Se non lo fai con il cuore tanto vale non farlo".

Il fatto però che lei sia riuscita ad andare avanti e oltre l'emergenza simboleggia come non sia consapevole di essere capace di affrontare le difficoltà, affermando lei stessa di fare fatica a distaccarsi dal suo ruolo. Di conseguenza provando emozioni come ansia, preoccupazione e agitazione, sostiene di non essere capace ad andare oltre le difficoltà che le si pongono davanti, ma in realtà nonostante le sue emozioni sta riuscendo a superare questo contesto.

Come terzo ed ultimo gruppo troviamo coloro che erano già consapevoli della loro capacità di resilienza precedentemente all'arrivo del virus.

'Non lo so, nel senso che per il lavoro che faccio deve esserci a monte una capacità di non farsi prendere dal panico e dalla voglia di capire sempre cosa poter fare. Se ce l'hai dentro fai meno fatica, invece se vuoi sempre avere un senso fai più fatica. Ci sono delle cose più grandi di noi su cui non hai voce e che richiedono di attenersi a certi comportamenti. Si devono integrare ciò che decide il caso e la serietà che si ha'. (Psicologo)

'No, non nello specifico perché mi sono capitati degli eventi nella vita più perturbanti nella vita. In qualche maniera sento già di avere questa capacità di fronteggiamento'. (Psicologa)

'No, lo sono sempre stata. Lavorando in un ambiente sanitario di cose pesanti ne ho già vissute'. (Fisioterapista)

'Tutte le difficoltà ti rendono più resiliente. Io lo ero già. Questa emergenza mi ha fatto vedere delle cose nuove rispetto al mio lavoro e mi ha fatto crescere e ora so come trattare ad esempio i familiari. Sì e no dunque'. (Educatrice)

Molto interessante, anche se di difficile lettura, risulta essere la risposta data dalla coordinatrice infermieristica. Essa ammette di essere già resiliente, ma di costringersi ad esserlo in alcune circostanze. *'Sicuramente sì. In alcuni momenti non c'era scelta quindi siamo stati costretti a adattarci senza nessuna possibilità alternativa. C'è stato quindi questo spirito di adattamento forzato, è stato doveroso come adattamento, poi è diventato naturale e spontaneo. Il fatto di esserci riuscita poi ovviamente mi ha reso consapevole di queste capacità che però avevo già. Non mi sono lasciata travolgere, ma ho usato la razionalità'.*

4.1.1. Dati a confronto

I soggetti coinvolti nella relazione di cura si occupano da un lato di una maggiore burocrazia e dall'altro di una maggiore parte sociale, anche se non richiesta dal loro ruolo.

Risalta però un compito di supporto psicologico volto a garantire il bene generale degli ospiti e che viene ritenuto di competenza della maggior parte degli operatori anche se la propria professione, ad esempio, ricopre una carica prettamente sanitaria.

Più che focalizzarsi sul terreno di competenza del loro ruolo, sembra lo siano maggiormente sull'obiettivo da raggiungere, sulla finalità comune, che consiste nel favorire lo sviluppo di un benessere non solo fisico, ma anche cognitivo, psicologico ed emotivo.

Con lo sfociare dell'emergenza, questa tendenza, nel raggiungere e tendere a mantenere una situazione di benessere, ha portato per tutti gli operatori, nessuno escluso, a un maggior carico e a una maggiore responsabilità nel supportare i residenti e non solo.

Essi sì, si sono dovuti quasi sostituire allo stesso familiare, che non potendo entrare in struttura ha privato il residente della relazione più importante, ma hanno anche dovuto affiancare i familiari durante questa difficile situazione e diventare punti fermi di rassicurazione, oltre ad essere un aiuto reciproco per i propri colleghi.

Se da una parte, dunque, è stato richiesto un aumento della loro presenza e azione di cura, dall'altro il tempo da dedicare a questo compito è stato sottratto alla routine quotidiana di attività che venivano erogate in tempi non emergenziali.

Gli operatori sono stati chiamati a ricreare una situazione di normalità, in favore del benessere interno in un contesto costantemente mutevole, sia per ordinanze e decreti emanati dalla Regione e dall'Ulss di riferimento, sia per stati d'animo contrastanti provati e manifestati da tutti i soggetti del triangolo relazionale interno alla Rsa.

In una situazione perennemente confusa, gli operatori sono stati i primi a dover acquisire nuove conoscenze nei confronti di nuovi dpi, delle procedure anti contagio, di una nuova organizzazione gestionale e far sembrare queste nuove misure semplici da adottare e comprendere da residenti e familiari.

Il cambiamento più importante, che ha influito maggiormente sulla quotidianità, è senz'altro la modalità di interagire con l'altro, specie con il residente, con il quale si cerca di dialogare attraverso la mascherina e l'assenza di un contatto fisico. Mancanza che per molti residenti ha significato non avere più stimoli legati al mondo esterno.

La tecnologia ha aiutato nella gestione del sistema burocratico e non relazionale, velocizzando le procedure, ma privando i rapporti della parte sociale.

Gli operatori si sono dovuti 'improvvisare' nelle vesti di altri operatori o di familiari e 'reinventarsi' attraverso nuove modalità di comunicazione.

Emozioni forti sono state provate da chi ha da sempre un rapporto autentico con il residente e, in virtù proprio di tale rapporto, gli operatori hanno cercato di mantenerle quanto più possibile positive.

Si è fatto ricorso al distacco professionale per salvaguardare sé stessi, ma anche chi stava vivendo la stessa situazione. Proprio perché tale vissuto emotivo si è rivelato essere in comune, è stato riconosciuto anche come punto di condivisione, e quindi di forza, dell'equipe per alcuni soggetti.

È stato facile riconoscere all'interno del dialogo relazionale un fattore di influenzabilità, determinato dai soggetti stessi. Per alcuni è risieduto nella rabbia dei familiari e dal loro stesso bisogno di rassicurazione, per altri nel decadimento fisico e cognitivo dell'ospite che ha suscitato non poca preoccupazione e per altri ancora nei colleghi stessi con i quali si sono evidenziate difficoltà di comunicazione e comprensione.

Tutti per vivere bene sia all'interno della propria sfera lavorativa sia nella sfera privata hanno ricorso a valvole di sfogo differenti quali parlare con qualcuno, praticare sport, trovare un momento per sé stessi.

D'altronde poter costruire un clima di benessere positivo a 360 gradi viene ritenuto dai più un'utopia, per tutta una serie di fattori che appaiono troppo numerosi e impossibili da contenere.

Eppure, dagli stessi operatori vengono citati possibili margini di miglioramento, anche concatenati insieme, che fanno pensare di poter avviare un cambiamento che possa giovare anche durante i periodi non emergenziali.

La consapevolezza, infine, di riconoscersi come persone resilienti già in passato o nel momento stesso in cui si è iniziato a fronteggiare l'emergenza da Covid-19, porta ad avere una maggiore forza e fiducia che aiutano a superare gli ostacoli dettati dal contesto.

Ma per un vero cambiamento può bastare? No. Ma l'importante è non attuare una strategia di limitazione dei danni a favore di una che miri ad avviare un cambiamento a partire dai punti per i quali esiste un margine di miglioramento e a un cambio di punti di vista che possa riconoscere gli stessi soggetti del triangolo relazionale non come elementi di criticità, ma risorse.

4.2. Risultati emersi dai questionari somministrati ai familiari dei residenti della Rsa

I questionari sono stati somministrati dal conduttore della ricerca in forma cartacea ai familiari dei residenti prima o dopo la visita al proprio caro, secondo le modalità anti contagio da Covid-19. Infatti, sono state distribuiti presso il salone della struttura dove familiare e residente rimanevano divisi dalle vetrate.

Per ottenere l'autorizzazione ad effettuare le visite in presenza, la struttura ha dovuto redigere un documento in cui indicare le istruzioni da seguire per l'organizzazione delle visite agli utenti con

separazione fisica. Dopo aver descritto l'impegno nella premessa di tale atto, in cui si ribadisce l'impegno tutti gli operatori nell'aiutare i residenti a mantenere i contatti con i propri cari attraverso chiamate e videochiamate, viene esplicitato: *“Ben coscienti dell'importanza delle visite dei familiari ai propri cari, e del mantenimento dei legami come fonte indispensabile del benessere non solo emotivo dei nostri residenti, riteniamo fondamentale la ripresa delle visite seppur con delle modalità insolite, in un'ottica ancora tutelante. Riteniamo sia di vitale importanza riaprire la struttura e costruire insieme una nuova vicinanza. Il personale di assistenza e tutti i professionisti saranno coinvolti a far da ponte relazionale tra i familiari e gli anziani. Il vetro che li divide non dovrà infatti essere letto come un ulteriore isolamento, ma come un riavvicinamento ed un passo ulteriore verso la normale quotidianità”*.³⁵¹

Pertanto, è stata individuata una fascia oraria e giornaliera in cui poter prendere appuntamento per la visita, alla quale si è stabilito di poter prendere parte, per quanto riguarda i familiari, non più di una volta a settimana e per trenta minuti, per dare spazio a tutti, e solamente muniti di mascherina (in un primo momento anche di guanti). Le visite si sono effettuate all'esterno, di fronte alle vetrate del salone considerato spazio comune e di socializzazione del piano terra della struttura.

Per accedere allo spazio adibito per le visite si è prevista la compilazione di un modulo che attestasse di non essere positivi al tampone, di non essere stati identificati come sospetti o contatti con persone sospette, di non aver sintomi a carico delle vie aeree o ricoveri negli ultimi 14 giorni o, se risultati contagiati, di aver effettuato un doppio tampone a distanza di 48 ore con esito negativo.

Ogni operatore si è prestatato all'organizzazione di tale progetto, fornendo controllo e assistenza in tutte le fasi previste, dall'igienizzazione delle mani del residente, al controllo della temperatura, alla firma del registro presenze, durante l'incontro con il residente per evitare il contatto o il passaggio di regali o alimenti non igienizzati, fino alla fine della visita per riportare il residente al piano in cui soggiornava.

Sono stati raccolti in totale 25 questionari i cui risultati verranno descritti qui di seguito, in alcuni casi saranno messi in evidenza attraverso dei grafici, per risaltarne l'importanza e poter successivamente, in modo più chiaro, attuare dei confronti.

³⁵¹ Documento interno Codess Sociale (2020), 'Istruzione operativa per l'organizzazione delle visite agli utenti con separazione fisica', Villa Althea-Villa Fiorita.

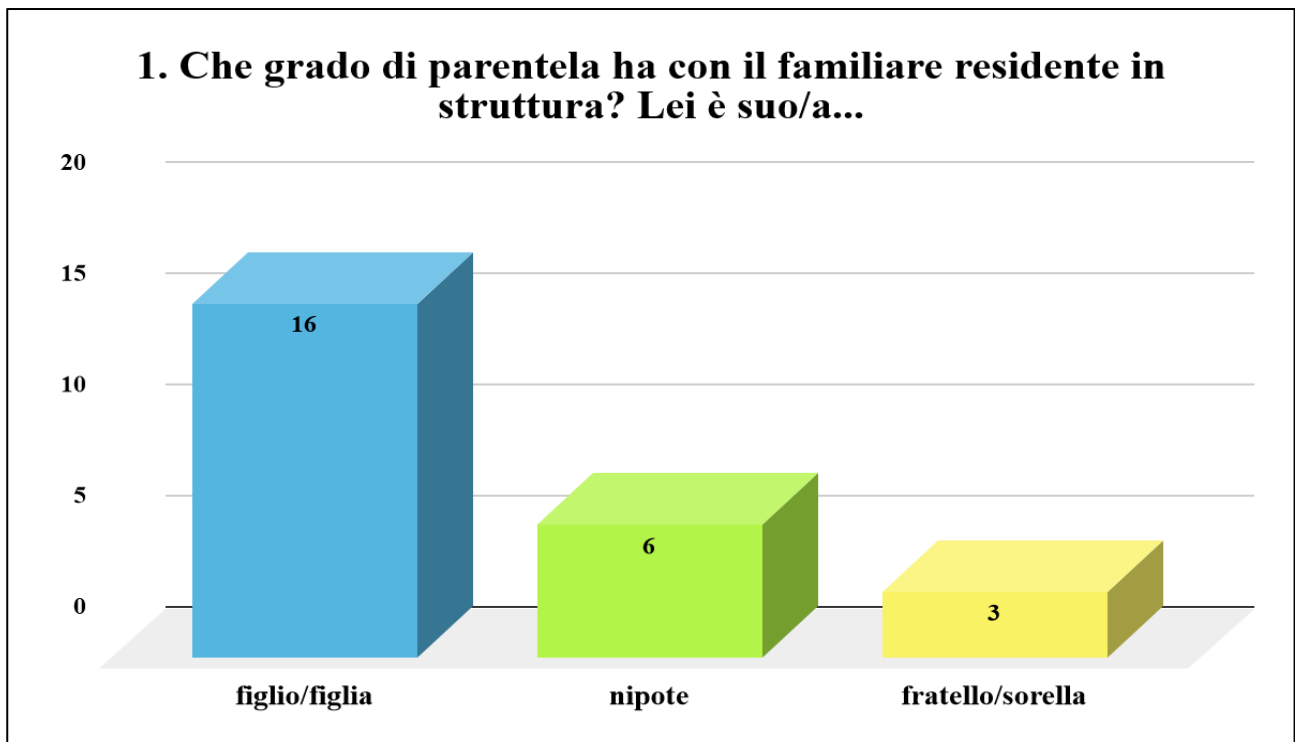


Grafico 1 - Grado di parentela

I dati raccolti (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) dimostrano che i questionari sono stati somministrati a familiari molto stretti: in primis ai figli dei residenti in struttura, a seguire i nipoti e infine fratelli e sorelle. Non risultano questionari compilati da amici o conoscenti o tutori o amministratori di sostegno. Di conseguenza si dovrà tener conto dello stretto legame affettivo che potrebbe condizionare le risposte riguardanti le emozioni provate. Infatti, non essendoci nessuna figura professionale o esterna alla rete familiare ad aver compilato il questionario, si deduce che le risposte saranno prive di qualsiasi distacco e barriera emotiva. Sarà dunque presente molta enfasi su ciò che i parenti dei residenti hanno davvero provato, sentito e vissuto nel periodo emergenziale.

2. Nel periodo precedente all'emergenza Covid-19 quante volte era solito/a fare visita al suo familiare durante la settimana?

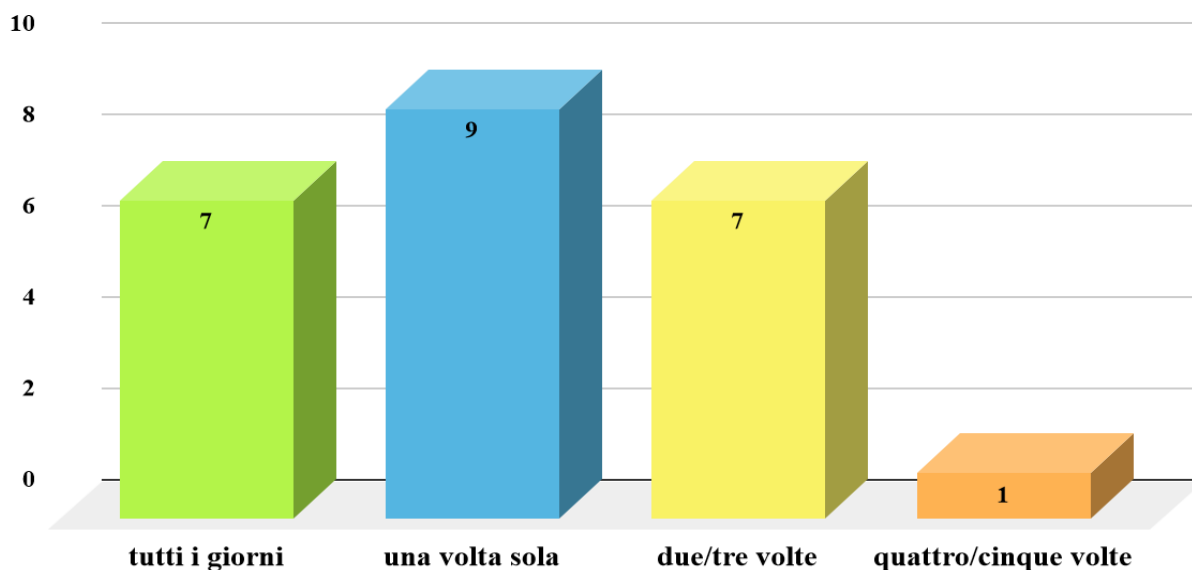


Grafico 2 - Frequenza visite

Inoltre, il target di familiari presi a campione per la somministrazione dei questionari (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) era solito far visita al proprio caro almeno una volta alla settimana. A pari merito risultano coloro che entravano in struttura più regolarmente dalle due/tre volte e coloro che lo facevano quotidianamente. Tale dato dimostra come l'attaccamento affettivo al proprio caro fosse testimoniato dall'esigenza di vederlo quasi tutti i giorni, vederlo di persona, e di conseguenza di poter anche avere un contatto fisico con esso. Ciò risulta importante perché determina la profondità delle emozioni negative vissute durante il lockdown derivato dall'emergenza e le profonde conseguenze causate sia all'ospite della struttura che al familiare per l'impossibilità di mantenere il loro legame affettivo, emozionale e fisico come prima.

In risposta alla domanda n.3 **'Quali sono le emozioni che ha provato principalmente in questo stato di emergenza, specie nel periodo in cui non era possibile far visita fisicamente al proprio familiare residente in struttura?'**, tristezza e preoccupazione sono le emozioni principalmente provate. Risultano dunque vincere le emozioni negative, seguite dalla paura e dall'ansia. Serenità e calma sono davvero ridotte all'esperienza vissuta di soli due familiari.

Nello specifico chi prova un'emozione negativa, la vive correlata ad un'altra come conseguenza o concausa. Tale dato è stato evidenziato dalla possibilità di rispondere alla domanda con più opzioni. 7 familiari hanno provato tristezza e preoccupazione insieme, 2 familiari tutte le emozioni negative

poste in elenco, 2 familiari tristezza, preoccupazione e paura, 2 familiari tristezza, preoccupazione e ansia, 1 familiare preoccupazione e ansia, 1 familiare preoccupazione e calma. Infine, solo 1 familiare ha provato serenità e basta.

Le emozioni positive possono essere spiegate come la ricerca di un equilibrio interno, come alternativa alla preoccupazione. Probabilmente chi ha provato preoccupazione e calma cercava di mitigare le proprie emozioni e di viverle come meglio poteva per sé stesso e per gli altri. La persona, invece, che ha provato soltanto serenità può essere una persona che è solita affrontare situazioni difficili e si conosce abbastanza bene da poterle vivere con tranquillità, o è una persona fiduciosa e speranzosa. È la stessa che risponde di essere serena dopo aver contattato il proprio caro, di conseguenza lo è per indole e ha un buon rapporto con l'ospite che probabilmente è sufficientemente in grado di mantenere un legame familiare attraverso chiamate e videochiamate senza problemi. Di conseguenza il non poter effettuare visite in presenza, per questa persona, non è stato un grande problema nonostante prima della situazione emergenziale il familiare vedesse il proprio caro dalle quattro alle cinque volte in presenza (quindi in modo abituale) e avesse un legame di parentela stretto essendo fratelli.

Davanti al quesito n.4 **‘Quando prova emozioni negative cosa fa?’** la soluzione più ricercata e a cui si fa ricorso è il parlare con qualcuno, seguita a pari merito dal comprenderne la causa e trovare un modo per distrarsi. Solo una persona ha affermato di aspettare che passino e solo un'altra ha specificato di provare a reagire.

15 persone su 25 dichiarano dunque di ricorrere sempre ad un'altra persona per sentirsi meglio contro le 16 che cercano in autonomia di comprendere o evitare le proprie emozioni.

Tra i 21 familiari che provano preoccupazione e tristezza, 13 ne parlano con qualcuno (essi provano o tristezza o preoccupazione o entrambe insieme all'ansia, ma mai paura) e 8 si distracono o riflettono. Di questi 8, 5 provano anche paura e risultano essere 4 figli e un 1 fratello. La parentela, dunque, nei confronti dell'ospite è strettissima non comparando nessun nipote. Sembra dunque che la paura nasca dall'essere strettamente vicini all'altra persona, alla quale però non la si vuole esplicitare e diffondere.

7 persone su 25 provano ansia, 3 reagiscono e ne parlano, 4 si distracono a modo loro.

C'è dunque una maggiore condivisione di tristezza e preoccupazione, mentre ansia e paura tendono ad essere custodite in segreto. Come può essere spiegato tale aspetto? Semplicemente dal buon senso comune di non agitare troppo l'ospite e di creare un distacco almeno fino a quando si è con esso e anche con altre persone, in modo tale da non diffondere ulteriori emozioni negative.

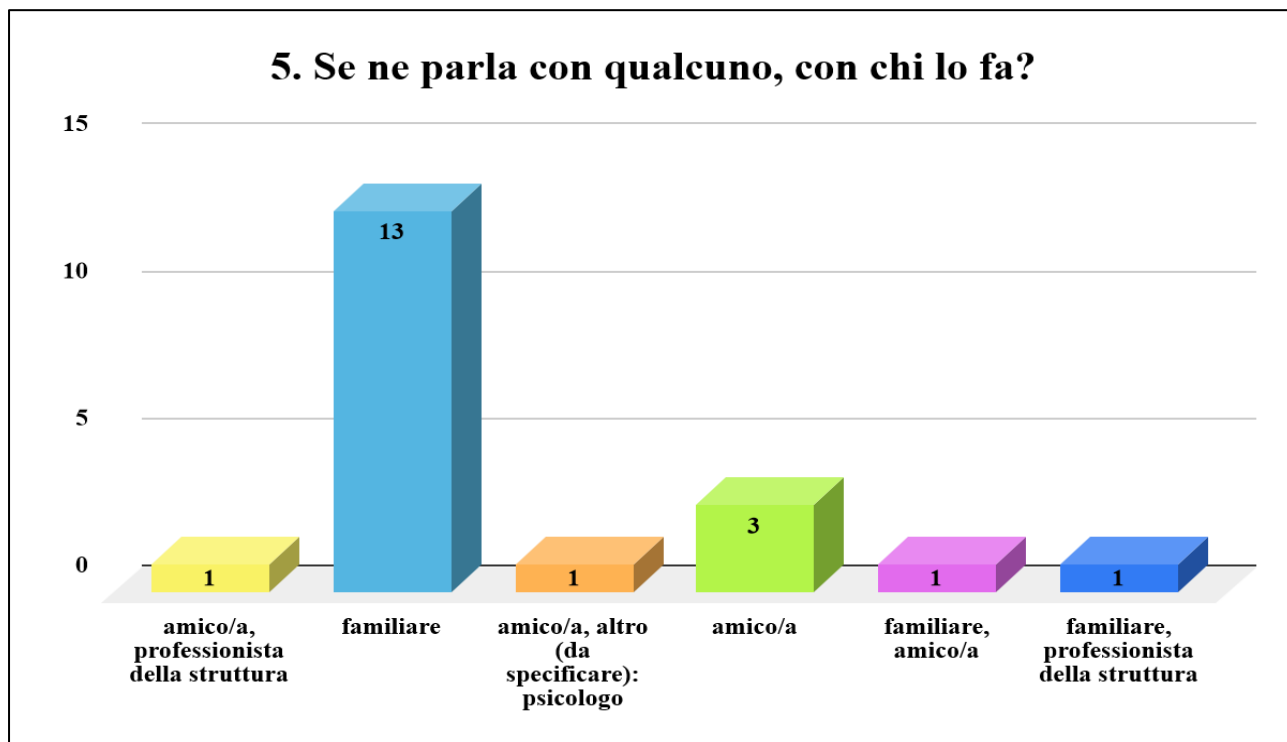


Grafico 3 - Persone con cui si confida

(Grafico 3) La maggior parte dei familiari ne parla in famiglia, 3 con un amico e, dato da non considerare meno importante, 2 si confidano con un professionista della struttura e uno solo uno psicologo esterno.

La necessità di esprimere ciò che emotivamente viene vissuto grava sulla rete familiare quale unico supporto importante per la persona stessa. Se non se ne parla in famiglia ci si confida con un amico, magari una persona fidata in alternativa al familiare per sentire opinioni e punti di vista diversi.

Per quanto riguarda le uniche due persone che si confidano con i professionisti della struttura, sembra che siano davvero pochi i familiari che, rispetto a quanto riportato dalle interviste degli operatori riguardo al carico psicologico, sono state supportate ulteriormente nel periodo emergenziale. Probabilmente tale dato deve tener conto del numero dei questionari somministrati e delle criticità relative alla comunicazione tra le figure all'interno della Rsa che saranno discusse in seguito.

Il parlarne con qualcuno risulta comunque essere la soluzione per eccellenza scelta dal familiare per liberarsi dalle emozioni negative, rispetto alle valvole di sfogo adottate dagli operatori. Essi, infatti, più che sfogarsi con colleghi o familiari, prediligono dedicarsi ad attività di vario genere per sentirsi meglio.

Il fatto che nessuno si rivolga a un conoscente sottolinea come le emozioni abbiano bisogno di essere condivise con persone alle quali essi possano dimostrarsi fragili e che ispirano fiducia, mentre il non rivolgersi a familiari di altri residenti sembra far apparire la mancanza di un'ulteriore rete che potrebbe essere un vantaggio se si rivelasse di appoggio, sostegno e aiuto, ma che sarebbe un grande svantaggio se si basasse sull'essere uniti per andare contro alle scelte effettuate dalla struttura. Le emozioni negative, infatti, condivise con le persone che ne individuano la causa in un soggetto o un ente al posto di comprendere la situazione in modo generale e nella sua complessità, potrebbero non portare alla riflessione e al superamento di esse, ma alla loro intensificazione verso un oggetto/soggetto preso in causa.

In riferimento alla domanda n. 6 **‘Se ne parla con qualcuno, la persona con cui si confida, come la aiuta?’**, alla base di un dialogo c'è sempre l'ascolto nel quale si cercano delle risposte mentre ci si apre e confida con qualcuno. I familiari presi in questione ricercano consigli su come gestire l'emergenza, solo in secondo piano per riflettere, solo al terzo posto per essere ascoltati e compresi e infine per sfogarsi. Di conseguenza la comunicazione deve essere utile alla persona perché essa ne ricorra. In tale contesto con utile si intende la possibilità di trovare una soluzione al proprio malessere, a sormontare l'ostacolo delle proprie emozioni negative.

A seguito della domanda n.7 **‘Lo stato d'animo del suo familiare al momento della visita lo ha influenzato?’**, i familiari sono fortemente influenzati dall'umore del proprio caro, solo 5 familiari lo sono quando l'ospite vive emozioni negative. Solo 2 persone su 25 affermano che non ne sono mai influenzate.

I più influenzabili sono senza dubbio i figli che su 16, 11 si fanno sempre influenzare, 4 solo quando il proprio caro è di cattivo umore, uno soltanto non lo fa mai. I nipoti lo sono solo per metà. Su 3 fratelli, 2 lo fanno sempre.

8. Come si è sentito la maggior parte delle volte subito dopo aver incontrato o aver visto attraverso le visite in presenza e le videochiamate il proprio caro?

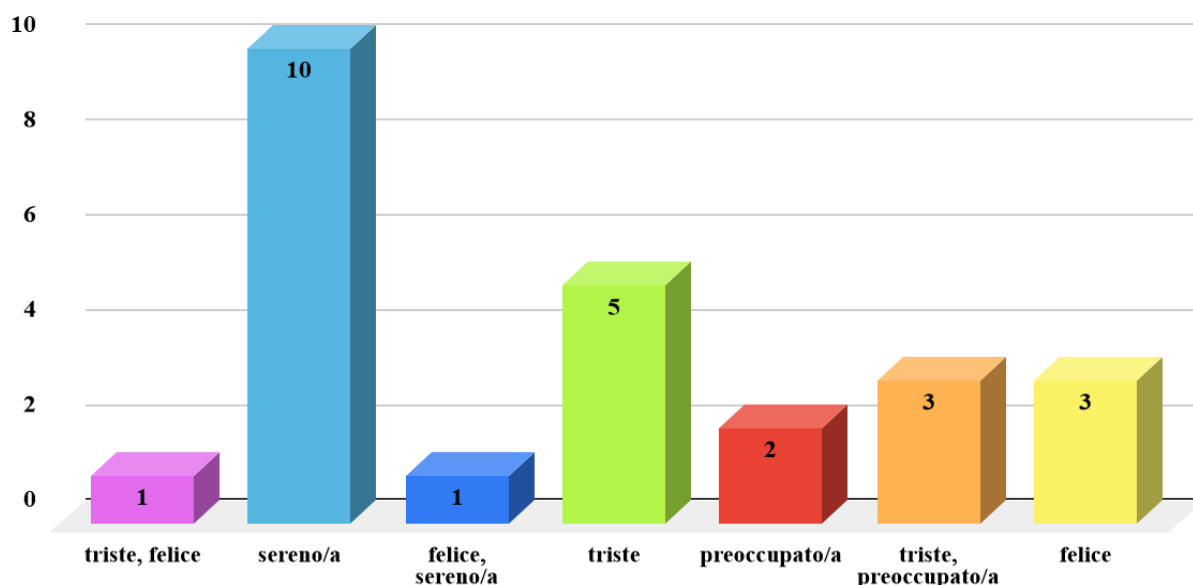


Grafico 4 - Emozioni provate

In questo caso la serenità ha la prevalenza sulla tristezza (Grafico 4). Il fatto di poter finalmente rivedere il proprio caro porta benefici emotivi sui familiari, nonostante si provi ancora tristezza. Infatti, le condizioni fisiche psichiche degli ospiti sono molto cambiate dopo il regime del lockdown e il vederli così ha provocato nei familiari emozioni contrastanti. A pari merito, infatti, si ritrovano coloro che si sono rivelati preoccupati e dall'altro lato felici. Un familiare ha specificato che prova tristezza e preoccupazione anche prima di vedere il proprio caro e che, nel vederlo, ciò che prova non cambia, mentre un altro prova tristezza e felicità allo stesso tempo.

Coloro che hanno ammesso di essere influenzati sempre dall'umore del proprio caro hanno rivelato di essere dello stesso umore di esso al momento della visita.

Alla domanda n. 9 **‘Quale modalità preferisce per tenersi in contatto con il proprio caro?’**, la visita in presenza si rivela essere la modalità preferenziale per stare assieme al proprio caro, seguita dalla chiamata telefonica e dalle videochiamate. È un dato prevedibile in quanto la comunicazione con gli anziani attraverso la tecnologia incontra numerose difficoltà che vengono maggiormente appianate se ci si incontra di presenza.

10. Dopo aver fronteggiato questa emergenza ancora in corso, pensa di potersi ritenere una persona resiliente, ovvero più incline ad affrontare cambiamenti repentini contando sulle sue capacità?

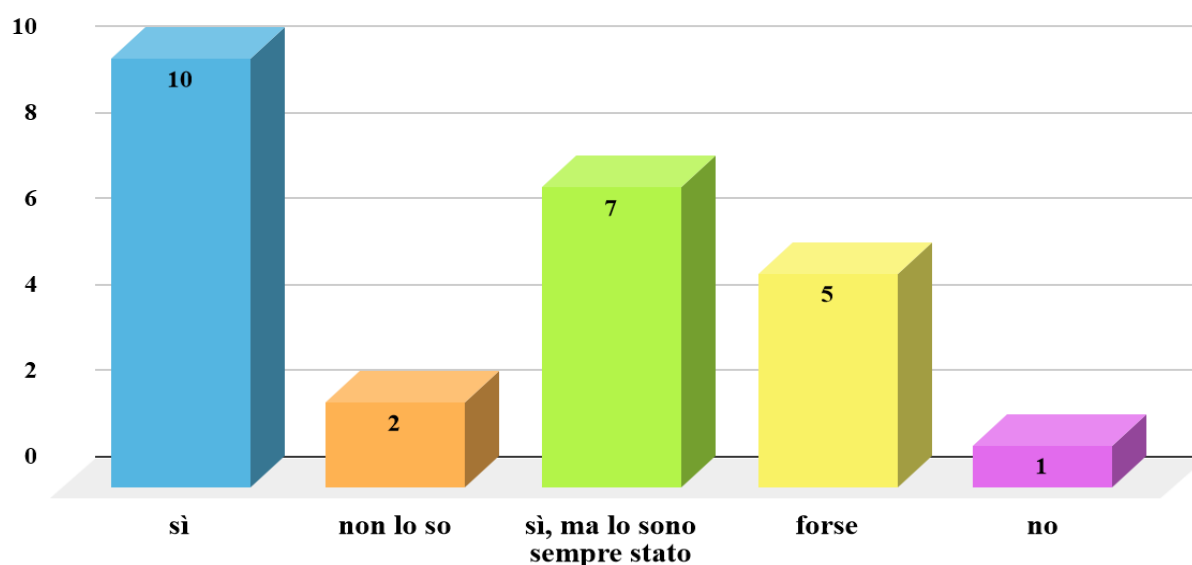


Grafico 5 - Resilienza

In conclusione, alla domanda n. 10 (Grafico 5) 17 hanno risposto in modo affermativo contro 8 che mostrano segni di indecisione e negano.

In particolare, sono in 10 a rivedersi come persone resilienti, un fatto nuovo rispetto al passato, una nuova consapevolezza sulla propria identità, mentre 7 dichiarano di esserlo sempre stati e che continuano ad esserlo per esperienze del passato che li hanno resi tali allora.

Nello specifico 2 persone sono indecise, 5 sono in forse e solo 1 lo nega.

Tra gli indecisi una persona specifica il perché non sa se ritenersi una persona resiliente o meno, affermando che a volte ci riesce da dola, mentre altre ha bisogno di confrontarsi.

Chi lo nega afferma che la sua risposta è legata al fatto di sentirsi impotente davanti al Covid-19 e quindi di non essere resiliente. *“Non si può essere positivi in questa emergenza con persone anziane perché difronte (se contraggono il virus) c’è la morte”.*

Queste due risposte, seppure molto diverse tra loro, indicano una mancanza di conoscenza del concetto di resilienza. Nel primo caso perché qualunque sia la modalità con cui si necessita di superare le difficoltà, sia il chiedere un consiglio o altro, la resilienza consiste nel riuscire poi ad affrontarle. Nel secondo caso, invece, la persona esplicita di sentirsi impotente davanti al Covid-19, nel senso di non riuscire e non poter trovare lei stessa una cura. Ma il concetto di resilienza non consiste nell'affrontare una certa situazione e quindi di risolverla, in questo caso specifico di trovare una cura

al virus, ma di essere capaci di vivere nell'emergenza e affrontarla riconoscendo le capacità utilizzate per farlo.

Risulta interessante ciò che viene espresso da una delle persone che ha risposto alla domanda con un forse. Questa, infatti, esprime chiaramente di essere riuscita a superare la difficoltà, di saperla gestire e viverla giorno per giorno, ma di non riuscire ad affrontare le sue emozioni negative. Ciò determina l'importanza del carico emotivo che ha un impatto molto grande sulla vita delle persone e che può determinare benessere o malessere.

Nel rispondere al **'Perché?'**, ultima domanda del questionario somministrato, si possono dividere i partecipanti alla ricerca in sottogruppi, oltre all'unica persona che ha risposto in modo negativo:

Chi ha specificato di essersi ritrovato resiliente ha affermato:

“Ho trovato delle cose positive che prima ritenevo superflue”

“Perché la vita è fatta per imparare sempre qualcosa di più”

“Molti accadimenti necessitano di adattamento per essere affrontati con più serenità”

“Ho affrontato e superato altri momenti difficili”

“L'esperienza è stata molto forte e mi ha cambiata”

Da queste risposte è chiaro come questo gruppo di persone abbia riconosciuto le proprie abilità e capacità che prima non credeva essere utili, oppure sia riuscito a trovare la forza di andare avanti guardando a cose positive, che prima non considerava affatto, e, per mezzo di esse, è riuscito ad affrontare meglio l'emergenza.

Chi afferma di esserlo sempre stato lo si sente per:

“Capacità di adattamento”

“Il corso della vita di quest'epoca, per il quale ci si deve adattare a continui cambiamenti”

“La vita prosegue. Bisogna andare avanti”

“Essere figlia unica mi ha messo spesso alla prova”

“La vita mi ha portata a cambiamenti repentini e a prendere decisioni non sempre facili. Ho sempre cercato di restare a galla”

“Nella vita ho avuto altri momenti duri”

Quindi queste persone hanno già avuto la consapevolezza, attraversando altri momenti difficili, delle loro capacità di resilienza. È stata la vita, il contesto quotidiano, una certa situazione, a metterli alla prova e il superamento di questi eventi ha reso loro più forti e maggiormente capaci di adattarsi.

Le persone indecise invece hanno dichiarato che:

“Dovremo imparare a convivere con questi cambiamenti”

“Se riesco ad affrontare i cambiamenti negativi poi mi risulta più difficile mantenere la serenità. I pensieri legati alle situazioni negative riaffiorano sempre”

“Dipende da tanti fattori, nel caso di una madre in casa di riposo e il fatto di non poterla confortare e vederla, causa limitazioni Covid, destabilizza la sfera affettiva”

Quest'ultima risposta fa pensare che sia prevalsa nella persona un'emozione negativa, una preoccupazione legata alla madre che non le permette di riconoscersi come capace di affrontare una situazione difficile, anche se per tutto questo periodo l'ha affrontata. La sua indecisione, pertanto, risiede nel non riconoscersi ancora resiliente.

4.2.1. Dati a confronto

I questionari sono stati compilati da parenti stretti: primi i figli, poi i nipoti e a seguire i fratelli e le sorelle. Si dovrà tener conto, dunque, nello sviluppo dell'analisi dei dati raccolti, di una forte emotività derivante dai legami stretti tra residenti e familiari presi in considerazione per la ricerca. Ovviamente i rapporti instaurati sono dovuti alla soggettività, pertanto dipende dal legame che si è costruito nel tempo e da cui possono emergere emozioni di gradi di intensità diversi.

La sussistenza di legami forti viene comunque testimoniata dalla frequenza, quasi abituale per tutti i casi, delle visite in presenza, che venivano effettuate prima dell'emergenza Covid-19.

Tristezza e preoccupazione sono le emozioni negative che prevalgono su quelle positive durante il periodo emergenziale da parte dei familiari in relazione ai propri cari. A differenza di ansia e paura, vengono maggiormente condivise specie all'interno della rete familiare, raramente con professionisti e amici.

Infatti, solo 2 familiari si confidano con i professionisti interni alla Rsa, a discapito da quanto emerso nelle interviste, in cui gli operatori affermavano di essersi fatti grande carico di un supporto psicologico ed emotivo nei confronti dei familiari. Tale dato, però, dev'essere confrontato con il numero totale dei questionari somministrati.

Nessuno dei familiari si confida con altri familiari della stessa Rsa, ma sembra che una soluzione condivisa nell'affrontare le emozioni negative sia quella di parlare con qualcuno, a differenza delle soluzioni trovate come valvola di sfogo dai professionisti, che prediligono maggiormente attività di vario genere.

I familiari risultano essere anch'essi una delle figure del triangolo relazionale interno alla Rsa che viene influenzata a livello emotivo. Anzi, per la precisazione, si mette in luce come siano essi quelli maggiormente influenzabili rispetto a residenti e operatori.

Pertanto, risentono molto dello stato d'animo del proprio caro quando ne prendono contatto. L'incontro può dunque suscitare tristezza o felicità, ma la possibilità di vedere il residente tramite visite programmate e in sicurezza risulta essere una soluzione all'emergenza Covid-19 comunque gradita, e da cui trarre maggiormente emozioni positive come serenità, nonostante ci siano maggiori difficoltà di comunicazione, quali dpi e la distanza da mantenere per contrastare la diffusione del contagio.

Per quanto riguarda le risposte legate al concetto di resilienza, si ritrovano gli stessi sottogruppi evidenziati per mezzo delle interviste. C'è chi ammette di essere diventato consapevole delle proprie capacità di fronteggiamento davanti a questa emergenza sanitaria, chi afferma che lo era già perché la vita lo aveva già messo a dura prova e chi pare indeciso e privo ancora di una vera e propria consapevolezza. Solo una persona ha ammesso di non esserlo.

4.3. Risultati emersi dai gruppi di sostegno rivolti ai residenti della Rsa

Sono susseguiti quattro incontri coordinati dal ricercatore affiancato dalla psicologa della struttura, con un gruppo di sei residenti scelti dalla professionista dopo averla informata del progetto.

Per un mese circa si è creato durante lo stato emergenziale un momento di dialogo e ascolto settimanale rivolto ai residenti scelti.

L'incontro veniva strutturato su livelli differenti ed era strutturato secondo una scaletta: prevedeva un momento di spiegazione sul perché e sull'obiettivo di tale gruppo, la lettura del brano scelto, il dialogo libero sulle emozioni, ma anche sui propri ricordi in base a quanto letto, e infine il momento della restituzione. Per ulteriori precisazioni si faccia riferimento al capitolo 3.

L'analisi dei dati raccolti attraverso lo strumento dei gruppi di sostegno seguirà un metodo narrativo-etnografico³⁵², per mezzo del quale verrà ricostruita una parte del dialogo nel quale saranno identificati gli argomenti chiave con l'uso della guida di lettura e alcune trascrizioni di quanto condiviso dai residenti. Saranno dunque messi a confronto le tematiche affrontate di volta in volta agli incontri e i dati emersi e collegati ad esse.

Per garantire una maggiore qualità della raccolta dati è stata utilizzata una scheda di osservazione e monitoraggio per raccogliere informazioni su ciascun partecipante. Essa consiste in una tabella da compilare con osservazioni e punteggi dal conduttore che è chiamato a considerare alcuni fondamentali aspetti durante i dialoghi in gruppo. Ne viene riportato qui di seguito un esempio prima di fornire quella compilata a fine analisi.

PARTECIPANTE	PUNTI FORZA	PUNTI DEBOLEZZA	INTERESSE	PARTECIPAZIONE	STATO D'ANIMO	INTERAZIONE CON IL GRUPPO
1.						

Figura 2 Sintesi Scheda di osservazione e monitoraggio³⁵³

³⁵² F. Bernardi, op.cit. p. 77.

³⁵³ Per la compilazione in alcune colonne è possibile inserire un punteggio da 1 a 5:

Interesse: 1 = nessun interesse; 3 = mostra qualche interesse; 5 = mostra grande interesse.

Partecipazione: 1 = poco presente, non partecipa; 3 = partecipa; 5 = presente e attivo.

Stato d'animo: 1 = cattivo umore, appare molto ansioso o triste, arrabbiato; 3 = mostra qualche segno di buon umore; 5 = sembra felice e rilassato.

Interazione: 1 = non interagisce; 3 = alcune interazioni; 5 = numerose interazioni.

I punteggi 2 e 4 servono per dare valutazioni intermedie fra le descrizioni fornite.

La tabella è stata ripresa da R. Pezzati et alii, op. cit. p. 71.

4.3.1. Primo incontro

La lettura di un breve brano rielaborato da *Un alieno in casa* di Alessandro Desogus è stata guidata dalla scelta di poter dialogare su eventi inaspettati, che colgono alla sprovvista. Il libro tratta infatti della vita di due coniugi che, nella monotonia della loro quotidianità, vengono sopraffatti da un incontro insolito con un alieno atterrato con la sua navicella proprio sulla loro terrazza.

Il brano è molto semplice e di facile comprensione, utile a sottolineare le caratteristiche di ogni cambiamento: la celerità, la sorpresa, la stranezza, le emozioni. Permette inoltre un'immedesimazione nella paura provata inizialmente dalla coppia del racconto e poi in quelle successive e divergenti.

Tale evento vuole essere una similitudine con l'arrivo dell'emergenza Covid-19, un'emergenza sanitaria inaspettata e non compresa da tutti. È un grande cambiamento a cui la vita ci ha chiesto di adattarci, sforzandoci di affrontare anche tutte le conseguenze che ha portato con sé.

Il messaggio di fondo che vuole essere evidenziato riguarda la possibilità di ritrovarsi davanti a una situazione inaspettata che si deve in qualche modo affrontare e che ciò che comporta può essere negativo ma anche positivo in certi casi.

Viene spiegato come base del dialogo per l'incontro, il momento in cui i due protagonisti della storia, davanti all'incontro con l'alieno, hanno due modalità differenti di reagire. Il marito, infatti, è incredulo e diffidente. La moglie, invece, vede l'arrivo improvviso di questo strano ospite, come un'occasione per fare qualcosa di nuovo e la possibilità di condurre una vita diversa, che la soddisfi maggiormente.

Per avviare la discussione si pongono esempi di vita quotidiana, come un cambio lavoro, un trasloco, una nuova scoperta ed essa viene guidata attraverso alcune domande rivolte liberamente al gruppo: *“Vi è mai capitato un evento simile? Vi va di raccontarlo? In questo periodo, invece, ne avete vissuto uno in particolare? Come avete vissuto il suo arrivo e cosa avete provato/fatto?”*

La finalità dell'incontro è quella ovviamente di poter arrivare a parlare dell'emergenza Covid-19 senza citarla prima che possa essere riconosciuta come un degli eventi improvvisi e da dover affrontare anche a livello emotivo. Precedentemente, però, dovendo procedere per livelli e in modo

graduale, si cercherà di far comprendere e di esplicitare cos'è un cambiamento da parte dei partecipanti per poi arrivare a contestualizzare quello che accomuna il loro vissuto nel periodo attuale.

Dunque, per il residente verrà riconosciuta la definizione di cambiamento con le sue caratteristiche e si cercherà di associarlo all'emergenza attuale. Pertanto, il compito del conduttore sarà comprendere come è stato vissuto questo cambiamento, specie a livello emotivo.

L'incontro ha portato con successo a riconoscere come cambiamento l'arrivo dell'emergenza, ma sebbene questo evento abbia suscitato emozioni negative che sono state condivise nel gruppo e a cui sono susseguiti comunque pensieri positivi, il carico emotivo deriva dagli esempi di cambiamenti vissuti nel passato.

La signora L.³⁵⁴ racconta prima il suo grande cambiamento avvenuto nel passato. Era una merlettaia, viveva a Venezia, e per ordine dei suoi datori di lavoro le viene imposto di lavorare come decoratrice. Ha quindi imparato un nuovo mestiere in poco tempo, anche se non l'avrebbe mai scelto, ma *“in sette bisognava pur mangiare”*. Ha voce e mani tremanti mentre lo racconta.

Riconosce, poi, come evento improvviso e attuale, il suo spostamento di stanza in struttura a causa dell'emergenza. Tale fatto può essere visto come di poco conto da un osservatore esterno, ma dal tremore e dallo sguardo rivolto al vuoto si comprende che non è stato vissuto con facilità, viene anche testimoniato dalla psicologa. Questo vissuto emotivo le fa dire che *“Il Covid – per lei - è peggio di una guerra”*.

Il signor C. racconta uno dei suoi ricordi più belli ma anche paurosi del passato. Per lavoro si è dovuto arrampicare su un campanile da cui *“le persone sembravano tutte formiche”*. Nonostante la paura provata, sostiene che solo lui ha avuto il coraggio di salire lassù e che solo lui può capire fino in fondo cosa significa *“fare conto solo su sé stessi quando sei lassù”*. *“Ci vuole coraggio”* dice poi.

Come evento traumatico più recente parla della moglie che ha lasciato comunque anni fa perché *“davanti agli occhi si mostrava in un modo, poi però era diversa”* e nel dirlo pare intristirsi.

Quando viene citata l'emergenza Covid-19 dallo stesso gruppo anche lui lo riconosce come evento inaspettato davanti al quale bisogna avere coraggio, messaggio che ha appreso dalla sua vita.

³⁵⁴ Per questioni di privacy non vengono rivelati i nomi interi dei residenti partecipanti al gruppo.

La signora R., invece, che presenta un quadro con disturbi cognitivi moderati, rimane ferma sulla lettura e sull'arrivo dell'alieno. Lo sguardo rimane fisso nel vuoto, pare ascoltare il dialogo nel gruppo, ma quando la si richiama per sapere cosa ne pensa riguardo a ciò che hanno condiviso gli altri, parla di nuovo della lettura soffermandosi proprio sull'alieno. Pare che l'evento inatteso l'abbia colpita, ma non sia capace di collegarlo a cambiamenti che ha vissuto in prima persona. La psicologa interviene per rassicurarla davanti alla sua lieve agitazione esibita nell'esprimersi.

La signora A. non vuole parlarne all'inizio, ma ascolta attentamente. Poi a metà dell'incontro, quando si invitano i partecipanti a parlare liberamente delle loro esperienze, si apre e racconta della sua caduta a casa. È stata tutta la notte e il giorno dopo per terra nella sua abitazione, fino a quando i suoi figli, dato che lei non rispondeva, sono andati a vedere e l'hanno trovata a terra, per poi portarla in ospedale. *“Lì ho avuto una persona che mi ha aiutato a rialzarmi”* dice in riferimento forse ad una infermiera. Da ciò che esprime sia a livello verbale che non verbale pare essere molto grata ad essa perché è stato per lei un momento davvero complicato.

La signora M. ha fatto l'attrice. Le è sempre piaciuto l'idea *“di fare un'altra vita, di essere un'altra persona”*. Ora continua sempre a sognare ad occhi aperti. Ha solo bei ricordi legati a questo.

La signora C. pare avere tante cose da dire, anche se fino a che non è stata interpellata sembrava completamente assente. Invece, condivide una delle esperienze emotivamente più profonde: *“Una sera all'improvviso sono venuti a dirmi che mio marito era morto. E io non ho pensato subito a quello, ma che mia cognata era incinta. Poi sono trovata sola con due bambini piccoli, avevo 30 anni. Dopo mi sono messa a lavorare, mi hanno dato un posto di lavoro e ho tirato su i bambini. Ce l'ho fatta, ma non l'avrei mai pensato. Adesso una figlia il Signore me l'ha presa, l'altro sta bene. Ha avuto un brutto male”*. Così ci racconta, come se fosse stato un segreto da sussurrare all'orecchio di un fidato amico, per poi ammutolirsi completamente.

È sempre lei però, che passando al livello superiore, legando il concetto di cambiamento all'emergenza Covid-19, a confessare di provare fiducia e speranza.

Un messaggio che conforta tutto il gruppo immerso in un vortice di emozioni quali tristezza, paura, tristezza, sorpresa. La signora M., vorrebbe che *“il mondo cambiasse specie per i giovani”*, può dirsi anche lei speranzosa. La signora A. è amareggiata perché non sta bene, la signora L. è preoccupata per i figli e il loro lavoro.

Nel momento della restituzione ci si sofferma in particolar modo sull'esperienza della signora C.

La persona che ha affrontato uno dei momenti più dolorosi della sua vita parla di fiducia e di speranza lo stesso. Anche nelle situazioni più difficili e dolorose ci deve essere speranza e bisogna riconoscere che chi è accanto può aiutarci. Avere coraggio, sognare.

In conclusione, vengono riprese le esperienze vissute da tutti in modo sintetico e si invita il gruppo a rivedersi la prossima settimana, invito che viene accolto con entusiasmo.

Nell'aspettare gli ascensori per tornare ai piani la signora A. mi ferma dicendomi che si sente proprio più leggera per aver rivelato al gruppo una parte della sua vita, un suo episodio così carico di emozioni negative che ora fanno meno paura.

4.3.2. Secondo incontro

Come seconda lettura è stato selezionato un brano tratto da *L'imprevedibile viaggio di Harold Fry di Rachel Joyce*. Il libro vede come protagonista un anziano che dopo essere andato in pensione non esce nemmeno più di casa fino a che non riceve una lettera da una sua cara amica che sta male, evento che lo fa partire per un lungo viaggio con la meta di incontrarla di nuovo. Lungo la strada per raggiungere Quennie, Harold incontra nuove persone a cui racconta la sua storia e i ricordi del passato. Scopre che camminando i brutti pensieri si annebbiano e, riflettendo mentre si cammina e si percorrono nuove strade, si può generare un cambiamento nella propria vita e in quella altrui.

È un brano descrittivo che evidenzia come ogni persona possa reagire in maniera diversa dopo aver ricevuto una brutta notizia. Di fronte a un problema, dunque, si attivano reazioni differenti per trovarne una soluzione. Tale testo permette la condivisione delle varie modalità con cui si può affrontare un'emozione negativa e l'esperienza di ciascuno può rivelarsi utile e di esempio per tutti i membri del gruppo.

La tematica di riferimento per questo secondo incontro risiede nel viaggio, un cammino che può essere anche interiore per raggiungere un fine personale. Il dialogo viene guidato attraverso delle domande che aiutano a condurre una discussione su due livelli. In un primo momento si è chiesto: *“Avete mai fatto un viaggio per incontrare qualcuno? Oppure qualcuno vi ha mai invitato ad andarlo a trovare? Che cosa vi ricordate di quando lo avete fatto? Come vi siete sentiti?”*, per legare la tematica al proprio vissuto personale.

In secondo luogo, il dialogo viene indirizzato verso un maggiore lato emotivo attraverso le domande: *“Avete mai pensieri negativi? Quando avete un pensiero negativo in testa, un pensiero fisso che vi fa stare male, cosa fate per mandarlo via?”*.

L'obiettivo dell'incontro è quello di riconoscere il viaggio di Harold come una delle possibili soluzioni per trovare rimedio ad un problema così come, ad esempio, condividere con qualcuno emozioni negative e ritrovare benessere.

Quando si ha una difficoltà da affrontare, infatti, si può ricorrere a ciò che ci permette di trovare un modo per superarla. Ognuno ha il suo metodo, la sua valvola di sfogo. Il conduttore mira a far comprendere al residente che per un problema condiviso ci possono essere più soluzioni da poter adottare e per mezzo del dialogo si possono condividere nel gruppo affinché ciascuno possa trarne beneficio.

Si prenda ora in esame quanto emerso dal gruppo.

La signora R. racconta di quando ha preso il treno per attraversare la Jugoslavia e raggiungere suo marito in Grecia. Per tutto l'incontro si sofferma su questo ricordo anche dopo essere stata richiamata quando il dialogo è passato al livello successivo della tematica. Ha affermato soltanto che per lei era un ricordo bello e dal suo sguardo perso nel vuoto sembra che sia ritornata indietro per riviverlo, per fortuna senza malinconia o tristezza.

La signora L. invece racconta di quando ha preso l'aereo per la prima volta con suo marito. *“Ora lui non c'è più e i miei figli ora sono grandi e io sono qua”*. Alza le mani al cielo, come a dire che si deve portare pazienza, che è andata così, ma i suoi occhi sono lucidi e voce e mani tremano. Il vissuto emotivo inizia già ad emergere.

Afferma poi che vorrebbe fare il giro del mondo a piedi e quando le viene chiesto dal conduttore il perché scoppia quasi a piangere indicando le gambe inermi sulla carrozzina. È difficile, infatti, tener conto di tutti i fattori, riservare empatia e allo stesso tempo essere distaccati. Risulta evidente come per la conduzione dei gruppi debba esserci un professionista con esperienza, specie per reggere il carico emotivo e saperlo gestire per aiutare anche chi lo sta vivendo.

Grazie all'aiuto della psicologa il dialogo riprende e la signora L. afferma che comunque il posto che preferisce di più al mondo è casa sua a Burano.

Durante la seconda parte della discussione ammette che ha spesso dei pensieri belli e brutti insieme. Ma quello più brutto è il pensare alla morte, ed è un pensiero privato perché non ne parla con nessuno. Lo dice singhiozzante, il solo rivelarlo le provoca emozioni molto forti.

Infine, quando le viene chiesto un ricordo felice, afferma che quando è triste si ricorda di quando un suo parente ha messo la musica e l'ha fatta ballare.

Il signor C. è stato a Santo Domingo per qualche giorno. *“Non volevo più tornare indietro”*, ammette. Racconta di come non gli sia pesato per niente prendere l'aereo con il quale in poco tempo è arrivato. Se potesse ci tornerebbe perché si è sentito a casa. Il trasferirsi là è sempre stato uno dei suoi pensieri fissi.

La signora A. è andata a Napoli con la famiglia. È stata lì otto giorni a vedere i nipoti. Poi ha viaggiato facendo volontariato. L'idea di poter aiutare gli altri è un pensiero bello per lei.

La signora C. è stata sempre a Napoli con suo figlio piccolo. A questo incontro non sembra voler dire molto altro. Il suo silenzio viene compreso e accettato.

La signora M. ha fatto tanti viaggi. Oltre all'attrice ha fatto anche la ballerina. Facevano i raduni nei teatri. Con gruppi di amici e organizzati usciva al mare o in montagna.

Poi liberamente, prendendo l'iniziativa, si sente libera di raccontare un episodio di guerra in cui suo fratello di ventun anni è stato ucciso dopo essere stato colpito alla testa. Il suo corpo è rimasto a terra e allo scoperto per quattro giorni prima che lei con la sua famiglia potesse uscire a recuperarlo. *“Mi ricordo mia mamma che piangeva, avevo dieci anni”*. Non riesce a dimenticare questo episodio, però la conforta sapere che ha aiutato, salvandolo, un bambino poco dopo. Ci sono emozioni nel passato che sono ancora irrisolte, non hanno trovato senso e a volte per questo ritornano. Poterne parlare però allevia il peso.

Al momento della restituzione viene ribadito che ai momenti negativi possiamo associare dei momenti felici. Per ogni persona si ricorda il pensiero negativo e quello positivo.

Non è facile far passare questo messaggio perché come è successo con la signora L. si tende anche a rendere i momenti del passato felici più carichi di malinconia e a volerli dimenticare più che ricordare. L. infatti si ricorda attraverso delle fotografie il giorno in cui si è sposata con il suo abito bianco, ma ogni volta che le rivede le nasconde sul fondo della scatola.

Il carico emotivo di questo incontro è stato molto alto e le capacità di condurre il dialogo non sono state abbastanza per attraversare insieme il vissuto emotivo e trarne beneficio, ma d'altronde in un solo incontro non si riesce a dedicare abbastanza tempo e spazio al residente. La cosa importante è non tralasciare nulla di quanto detto, ma lasciare che emerga, che venga espresso e non darlo per scontato o sorvolarci sopra troppo in fretta. Capacità che un buon conduttore dovrebbe avere o che comunque dovrebbe apprendere nella sua formazione.

4.3.3. Terzo incontro

Al terzo incontro è stato letto un brano preso da *L'uomo che metteva in ordine il mondo* di Fredrik Backman in cui il protagonista in un capitolo racconta degli insegnamenti ricevuti dal padre che lo hanno reso l'uomo che è oggi.

Il libro tratta della vita monotona di Ove, il cui unico fine sembra quello di evitare i suoi vicini, fino a quando non arriva una nuova famiglia nel quartiere. È così che la sua vita ordinaria gli sfugge di mano, ma gli imprevisti invece di essere degli eventi negativi si rivelano essere ciò di cui aveva proprio bisogno. È molto facile riconoscersi nel protagonista e ricordarsi di qualcuno che ci è stato accanto o che abbiamo conosciuto da poco che ci ha insegnato qualcosa.

È una lettura lineare che fa pensare a quali valori ci sono stati insegnati, ma soprattutto da chi. La storia è di facile interpretazione e l'episodio scelto come lettura è di semplice immedesimazione e condivisione. La tematica scelta per l'incontro riguarda tutte le persone che in qualche modo ci hanno lasciato qualcosa, meglio se un insegnamento o consiglio su come affrontare una difficoltà.

La famiglia, gli amici, anche dei semplici sconosciuti possono diventare il sostegno necessario per superare i momenti peggiori. A volte la soluzione ad un problema o ad una difficoltà risiede proprio in una persona. Pertanto, le domande guida prevedono: *“C'è una persona a voi cara che vi ha insegnato qualcosa? E che cosa? C'è un difetto che avete e vorreste scambiare con una qualità? C'è una persona a cui vorreste assomigliare? Perché?”*

Per il residente la finalità dell'incontro riguarda il poter ricordare episodi del passato per la loro condivisione all'interno del gruppo, affinché le emozioni suscitate da essi possano essere oggetto di dialogo; mentre per il conduttore è comprendere quali sono le capacità di fronteggiamento che hanno i residenti anziani e come poterle valorizzare al fine di fornire un maggior benessere.

Nel dialogo il signor C. rivela di aver imparato il suo mestiere da un'altra persona di cui cita nome e cognome e lo riconosce come suo maestro nella costruzione di case, ma ad essere coraggiosi glielo hanno insegnato i genitori in ogni circostanza. *“Ero murero, capo cantiere. A mia volta poi l'ho insegnato agli altri”* – aggiunge – *“Nella vita si possono imparare tante cose”*.

Nella seconda parte esprime: *“Un difetto grande è quello di offendere gli altri e non si deve fare”*.

La signora A. afferma che servono onestà e fiducia in una persona. *“Sono qualità che bisogna imparare, mia madre lo diceva così come viene detto nel Vangelo”*. Per lei poi bisogna ben guardarsi da chi mente e da chi critica. *“Mia madre mi ha anche insegnato a tenere lontane le persone che dicono cose non vere e che ti fanno star male perché sono ingiuste. Non faccio niente, ma le tengo il più lontano possibile. Quando lo fanno sono stata tanto, tanto male”*.

Il difetto che non sopporta nelle persone è quello di criticare gli altri, ma il suo è quello di *“tenere tutto dentro, di tacere”*.

La signora M. ha imparato tutto da sé. La sua famiglia si è ritrovata senza lavoro, senza soldi e senza cibo. Sua mamma non aveva tempo di stare dietro a loro. *“Ci ha imparato a lavorare, ci ha trovato lavoro”*. Ha lavorato dai 15 anni e lo stipendio lo dava per metà a sua mamma.

La signora R. ha imparato dai figli, un maschio e una femmina. Poi racconta la forza avuta dal marito nel superare un incidente: *“Mio marito ha avuto un incidente, dopo un mese in ospedale è tornato a casa. Lo tenevamo in cucina per evitare le scale. Quanto male che g'ha avuto”*. Poi, però è andato avanti.

La signora C. dice di aver imparato dalla vita stessa, dall'esperienza. Ha imparato a lavorare, ad essere onesta, a guadagnarsi lo stipendio.

Durante il dialogo si scopre una cosa in comune: i mariti di M., A. e R. bevevano e diventavano altre persone, spesso violente. Ciò ha unito il gruppo.

La signora M. afferma che suo marito si nascondeva dietro al vino e poi piangeva. Era troppo buono ed è stato influenzato da altri.

Il marito della signora A. si trasformava in un'altra persona e non era bello.

Sul gruppo scende un'atmosfera malinconica e di silenzio condiviso, come se fosse un modo per sostenere ciò che hanno vissuto.

Il signor C. racconta di riconoscere cosa vuol dire stare accanto a una persona che ha bevuto, "*diventano bestie*", dice. Una volta si è ritrovato con una persona così che voleva mettergli le mani addosso, ma lui "*gli ha mostrato i denti*" e lo ha allontanato. Poi si sente di parlare liberamente anche di sua moglie che lo ha lasciato tre volte per poi tornare a chiedergli perdono, cosa che lui ha rifiutato. Ha avuto due figli, ma la figlia se n'è andata di casa perché ha trovato la madre con un altro uomo. Il signor C. si rattrista molto, viene compreso il suo vissuto, ne viene discusso e poi si passa alla conclusione.

Nel momento della restituzione vengono ricordate le buone qualità, i valori e gli insegnamenti appresi da qualcuno o dalla vita. Si ricordano quelli citati da ciascun componente del gruppo per dar valore alla condivisione.

4.3.4. Quarto incontro

L'ultimo incontro ha previsto la lettura di un brano tratto e rielaborato da *La fantastica storia dell'ottantunenne investito dal camioncino del latte di J.B.Morrison*. Ancora una volta il fulcro della tematica è un incontro tra Frank, il protagonista della storia, e Kelly, un'assistente domiciliare che dopo essere stato investito da un furgoncino del latte, viene chiamata ad occuparsi di lui con braccio e gamba fratturati e ingessati. Frank all'inizio non vuole assistenza, ma col tempo si affeziona alla donna che gli ricorda che al di fuori delle mura di casa c'è un mondo da esplorare.

Anche questo brano è di facile comprensione ed è vicino ai vissuti emotivi degli ospiti del gruppo.

Il dialogo viene guidato attraverso quattro domande principali: "*C'è una persona che si prende cura di voi? Come? (chiedere di familiari e professionisti) Quando avete la giornata storta cosa fa questa persona? E quando invece l'avete voi? Le persone che vi circondano riescono a tirarvi su di morale? Questi incontri vi sono stati utili?*".

L'obiettivo dell'incontro rimane quello di sempre, ovvero partire dall'analisi del testo per far riaffiorare ricordi riguardo alle tematiche esposte, suscitare emozioni che possano essere condivise nel gruppo e comprendere come quelle negative siano state affrontate nel passato e possano esserlo ora per consapevolizzare i partecipanti della propria resilienza o quantomeno ricevere una restituzione utile a comprendere le proprie capacità di fronteggiamento. In modo particolare ci si vuole soffermare anche sull'opinione delle persone che si prendono cura da vicino dei partecipanti, quali operatori e familiari.

La signora A. afferma che sono molte le persone che si prendono cura di loro, a partire dagli infermieri. Afferma che *“sono necessari”*. Senza di loro non potrebbero fare nulla, anche quando entrambi hanno magari delle giornate nere. Personalmente, la signora A. quando ha una giornata storta aspetta che passi, senza agire.

La signora M. fa la distinzione tra chi fa il suo lavoro con amore e chi no. Ne sente la differenza. Quando ha una giornata storta sta tra sé e sé senza dirlo a nessuno fino a che non passa. A questo incontro non è di molte parole, appare distratta e bisogna rispiegarle le cose. Ammette che per lei è proprio una delle sue giornate no.

La signora C. dice che bisogna essere fortunati nel trovare la persona giusta con cui parlare perché non sono tutte uguali. Racconta poi di come dall'ospedale si è ritrovata all'interno della struttura.

Il signor C. non si è mai sentito fortunato nel trovare una persona a cui fare affidamento, ma non ne ha mai neanche avuto bisogno. Infatti, se ha un problema cerca di distrarsi da solo. È anche dell'idea che gli infermieri e gli altri professionisti comunque devono prendersi cura prima di tutto di loro stessi e lo devono saper fare perché per lavoro lo fanno per altri. Afferma che le giornate nere le abbiamo tutti, ma comunque bisogna superarle e stare molto attenti a come si parla. Non alzare la voce e parlare a vanvera.

La signora R. non parla quando ha un problema. Oggi pare molto assorta nel suo mondo e parla solo se interpellata più volte.

Il signor S. (rappresenta un'eccezione, componente del gruppo invitato al posto della signora L.) racconta di essere uscito dall'ospedale di Mestre e di essersi ritrovato nella Rsa senza sapere perché. È molto disorientato inizialmente, il contesto gli pare molto nuovo e chiede ripetutamente il motivo

del ritrovarsi lì. Motivo che gli viene spiegato ogni volta che lo chiede dalla psicologa. Alla fine, afferma di essere contento di essere lì, c'è più dialogo, di stare bene e di non aver nulla da ridire.

In secondo luogo, sorgono aspetti molto importanti. Pare che i residenti che sono in contatto con i propri familiari non raccontino le loro difficoltà per non farli preoccupare o farli rimanere male. Tengono tutto il malessere dentro sé stessi. Faticano inoltre a riconoscere nel volto dei professionisti persone con cui confidarsi se non direttamente interrogate.

Da un lato sembra che i familiari non riversino le loro preoccupazioni sui propri cari e viceversa (fatto positivo), dall'altro che la relazione si instauri su una zona neutrale in cui si deve parlare solo del più e del meno, senza far trasparire qualcosa di più profondo che possa rompere l'equilibrio portandolo a uno stallo negativo. Questo dipende ovviamente dalle caratteristiche del soggetto, ma su un piccolo gruppo tutti affermano la stessa cosa. Le due parti dunque non sono di sostegno l'uno per l'altra. Occorre una terza figura.

Dopo averlo chiesto esplicitamente, nel gruppo è inoltre emerso che tale attività è stata utile a tutti perché ha alleggerito i pensieri negativi, ha portato ad apprendere cose nuove. Per altri ha portato a nuove riflessioni e a nuovi pensieri. L'importanza di creare uno spazio di dialogo e ascolto è sempre sottovalutata quando invece, se portata avanti con continuità, può portare a un netto miglioramento.

È stato utile dunque avere uno spazio dove parlare, dove far uscire ciò che si teneva dentro. Ciò che è emerso è stato anche ripreso dai residenti prima di andare a letto e fonte di riflessioni.

Per la signora A. ha giovato molto in quanto lo ha riconosciuto un punto di riferimento per poter parlare con qualcuno.

Nella restituzione oltre a riassumere quanto detto, viene ringraziato ciascun partecipante per aver condiviso lungo il ciclo di incontri esperienze personali e vissuti emotivi da cui assieme si sono tratti insegnamenti.

4.3.5. Dati a confronto

Si riporta la tabella (Tabella 1) utilizzata come scheda di osservazione e monitoraggio compilata lungo il ciclo di incontri.

Residenti	Punti di forza	Punti di debolezza	Interesse	Partecipazione	Stato d'animo	Interazione con il gruppo
1. Il signor C.	Riesce a esprimere i suoi ricordi in modo abbastanza chiaro anche a livello emotivo	Non rispetta i turni di parola e il conduttore deve richiamarlo per garantire lo spazio di ciascuno	5	5	5	5
2. La signora A.	Riesce a riportare esempi del suo passato che si collegano chiaramente con la tematica del gruppo	Fa fatica a fidarsi degli altri e a esprimere ciò che sente. Questo ostacolo però è stato superato grazie alla condivisione nel gruppo	4	5	5	4
3. La signora M.	Esprime la sua opinione in modo preciso e chiaro	Bisogna interpellarla spesso per sentire la sua opinione	4	3	4	3
4. La signora L.	Riesce a trovare ricordi positivi nonostante la difficoltà delle emozioni provate	I ricordi del passato hanno emozioni ancora molto vivide	3	3	3	3
5. La signora R.	Si concentra su aspetti magari poco rilevanti per il gruppo, ma che per lei significano molto	Appare molto disorientata e si perde spesso	3	2	3	2
6. La signora C.	Riesce a parlare di vissuti emotivi molto intensi	Sembra far fatica ad esprimersi liberamente, alla ricerca delle parole giuste.	4	5	3	4

Tabella 1 Scheda Osservazione e Monitoraggio compilata

Lo strumento del gruppo di sostegno è stato senza dubbio quello più difficile da gestire, per via delle mancate conoscenze e della poca pratica del conduttore riguardanti, in particolar modo, la gestione del vissuto emotivo. Fondamentale, dunque, si è rivelata la presenza della psicologa della struttura.

Uno degli aspetti positivi, invece, risiede nella flessibilità dello strumento, ovvero nel poter modificare in itinere domande e fasi, e di conseguenza poter adattare il dialogo a seconda della partecipazione e dell'interazione del gruppo. Si può dire dunque che si adatti al residente e non viceversa, sebbene sia prevista una scaletta da poter seguire per condurre il discorso. Ad esempio, dal terzo incontro si è ritenuto maggiormente efficace evitare la parte del riassunto subito dopo alla lettura per lasciare liberamente parlare i partecipanti su quello che avevano compreso a primo impatto e si è così avviata una conversazione autonoma che ha previsto l'interazione di tutti i componenti.

La scelta dei brani, inoltre, ha permesso l'avvio della conversazione, fornendo un pretesto da cui partire per poi arrivare alla condivisione emotiva espressa dal gruppo.

Oltre a dover considerare il linguaggio non verbale espresso soprattutto attraverso silenzi, tremori e occhi lucidi, deve essere tenuto conto anche del fatto che quello verbale degli anziani segue ritmi diversi. La narrazione di un evento può iniziare coincidendo con l'avvio del gruppo e può essere ripreso o ripetuto più volte lungo la durata dell'attività o utilizzando le stesse frasi e parole o elaborandolo in modo diverso. Risulta molto difficile, dunque, condurre un gruppo anche con soli sei partecipanti per volta.

Creare però uno spazio di dialogo, in cui, le stesse persone, tramite un appuntamento fisso, possano conoscersi tra loro e confidarsi è un valore aggiunto alle attività proposte in struttura. Questo valore aumenta quando il contesto, in questo caso emergenziale, è difficile da sopportare e il riprendere in mano progetti precedentemente interrotti riporta i residenti a sentirsi maggiormente coinvolti.

I vissuti emotivi narrati e trascritti precedentemente non riescono a rivelare in realtà l'intensità delle emozioni provate e rimangono solo sulla carta. È complesso, dunque, anche riportare i dati raccolti per il ricercatore, che ha partecipato in prima persona all'attività, e analizzarli da un punto di vista prettamente oggettivo.

La scelta, inoltre, di creare un gruppo al quale non invitare ulteriori partecipanti, salvo il caso dell'eccezione dell'ultimo incontro, ha portato a creare un clima di fiducia e uno spazio libero nel quale non avere nessun ostacolo per esprimere ciò che si sentiva o pensava.

In conclusione, si ritiene necessario riassumere le tematiche emerse e scelte per questo percorso.

Nel primo incontro si è parlato di cambiamenti, quelli vissuti nel passato come un cambio di lavoro o una difficoltà superata, riconoscendone le caratteristiche comuni. Poi si è riconosciuta l'emergenza Covid-19 come un evento di grande cambiamento che tutti stavano vivendo e quindi, elemento comune, che avvicinava ogni componente del gruppo all'altro.

In un secondo momento si è trattato il tema del viaggio, inteso anche come viaggio interiore, come una delle possibili soluzioni per far fronte ad emozioni negative. Tutti i partecipanti hanno ammesso di aver intrapreso almeno un viaggio nelle loro vite e che è legato ad un ricordo bello. Le modalità, però, con cui vengono affrontati i malumori sono altri, spesso li si affronta stando da soli e non parlandone. Dato il carico emotivo di questo incontro, viene ribadito che per ogni emozione negativa può essere collegato un ricordo bello per distrarsi, ma anche guardare oltre.

Con la terza lettura si è parlato delle persone che hanno insegnato ai residenti un valore o un atteggiamento da osservare sempre. Sono stati riconosciuti come valori positivi il coraggio, l'onestà, la sincerità, tramandati spesso dai propri familiari. Tali insegnamenti hanno aiutato gli stessi residenti a far fronte ad alcune avversità nella loro vita.

Infine, nel quarto incontro si è cercato di comprendere meglio la relazione di cura tra familiari, residenti e operatori interni alla Rsa. Si è chiesto esplicitamente ai partecipanti se riconoscono nelle altre due figure dei riferimenti con cui parlare per superare eventi negativi. Nei confronti dei familiari è emerso che gli anziani cercando di evitare di farli preoccupare raccontando loro qualcosa che li fa star male emotivamente, mentre nei confronti degli operatori è emerso che essi sono necessari per il loro benessere e la loro cura, ma non vengono visti come possibili persone con cui confidarsi, a meno che non venga loro esplicitamente richiesto.

Questo fatto sottolinea come gli operatori debbano avere un'attenzione maggiore verso anche ciò che non viene espresso dal residente, e avvicinarsi, chiedere per primi il motivo del loro malessere. Tale dato quindi conferma anche il carico maggiore di supporto e sostegno portato avanti durante l'emergenza Covid-19. Questo segna anche come la figura dei residenti all'interno del triangolo relazionale tenda ad

isolarsi anche autonomamente, poiché fatica a confidarsi con l'esterno che li circonda e come i familiari, evitando di parlare loro degli eventi negativi che li riguardano per non farli agitare il più delle volte, porti una reazione uguale da parte loro e ponga tra le due figure gli stessi operatori a dover fare da ponte.

4.4. Sintesi delle informazioni raccolte

In conclusione, la ricerca ha fatto emergere in totale sei aspetti su cui l'emergenza Covid-19 ha maggiormente influito e in riferimento ai quali è possibile attuare dei confronti per mezzo di tutti e tre gli strumenti utilizzati.

4.4.1. Il ruolo degli operatori interni alla Rsa

All'interno della Rsa ogni operatore svolge 'qualcosa in più' a livello burocratico o sociale rispetto al proprio ruolo. Questo ha conseguenze positive e negative a seconda della professione presa in riferimento. Ad esempio, gli assistenti sociali hanno una parte burocratica maggiore da svolgere che limita il loro agire sociale. Essi, infatti, sono chiamati da contratto ad occuparsi delle fatture o ad altri incarichi che vengono assunti dalla loro mansione in base alle decisioni dell'ente.

Mentre le infermiere che guardano alla sfera sanitaria, al quadro clinico e diagnostico del residente, si sentono incaricate di salvaguardare un benessere anche mentale e cognitivo che va tutelato anche gestendo i rapporti con i familiari.

I ruoli, dunque, nonostante per ogni professione siano previsti degli elenchi di mansioni e azioni ben definite, superano i confini di competenza, in favore di un benessere globale, a partire da quello del residente.

Tale evidenza è dimostrata dalla necessità all'interno di una Rsa di lavorare in un'ottica multidisciplinare e dal fatto che davanti all'emergenza Covid-19, gli stessi operatori si sono sostituiti ai familiari stessi o si sono ritrovati a 'improvvisarsi' psicologi o in altre mansioni per sostenere il sistema.

Nello specifico, gli operatori sono divisi tra burocrazia e lavoro a diretto contatto con il residente per il quale, al fine di garantire un benessere globale, portano a termine mansioni che non spettano al proprio ruolo. Al contrario, quando si parla di familiari, l'andare oltre il compito di fornire informazioni necessarie e da protocollo riguardo al residente in questione, viene considerato come carico assistenziale non dovuto e maggiore. Ci sono operatori che comprendono che il familiare è parte

integrante del progetto di cura e forniscono ad esso supporto emotivo e psicologico, oltre alle informazioni di routine sulle condizioni di salute del proprio caro; mentre per altri, guardare al familiare non compete al proprio ruolo.

Questa visione è determinata proprio da come si considera la figura del familiare, come una figura che in quanto esterna alla struttura deve starne al di fuori, oppure, come parte da coinvolgere e di cui farsi carico nel progetto di cura riguardante il residente.

Dall'altra parte, poi, dal punto di vista del familiare, si pretende di dovere essere continuamente aggiornati e coinvolti, così come supportati e aiutati, quale mansione sottintesa e implicita del ruolo di tutte le figure che lavorano nella Rsa. Di conseguenza, i familiari non considerano il supporto ricevuto dagli operatori come legame confidenziale o derivante dalle personalità più sensibili, ma come un aspetto dovuto in quanto paganti dei servizi.

Di conseguenza, il fatto che solo 2 familiari su 25 abbiamo affermato di confidarsi con gli operatori, mostra come solo in pochissimi casi questo supporto emotivo e di vicinanza sia riconosciuto come derivante da un legame confidenziale in più, rispetto al ruolo dell'operatore.

Questa difficoltà deriva soprattutto dal tempo, da dividere tra quello richiesto per condurre una continuità assistenziale e quella da poter spendere per instaurare rapporti di fiducia che possano diventare saldi sia tra operatore- residente, sia tra operatore-familiare.

In fase emergenziale, infatti, è aumentato il carico di lavoro e se n'è risentito in particolar modo sul lato psicologico ed emotivo. La mancanza di contatto, dell'utilizzo di dpi, l'aumento delle terapie farmacologiche e l'isolamento sono solo alcuni fattori citati durante le interviste che hanno avviato una catena di contagio non del virus, ma di un malessere diverso, all'interno della Rsa.

Inoltre, il contesto lavorativo osservato, essendo sottoposto continuamente a cambiamenti dettati da Ulss, regione e governo ha richiesto una maggiore formazione del personale sanitario attraverso corsi per imparare come fare i tamponi, utilizzare nel modo corretto i dpi, gestire i casi di contagio e un maggiore aumento del carico lavorativo del personale sociale per la gestione e l'organizzazione interna volta a fronteggiare l'emergenza.

L'adattamento al nuovo clima, alla nuova organizzazione, e il dover sopperire, subentrare al posto di altri nella gestione interna, ha portato al non avere più tempo da dedicare al di fuori di ciò che comportava il portare avanti, nelle modalità possibili, la relazione tra residente e familiare, considerato il punto più importante per salvaguardare il benessere dell'anziano.

Il tempo dedicato, dunque, ad attività quotidiane ludico-creative, di dialogo tra professionista e residente è stato indirizzato nei compiti gestionali e organizzativi. Questo ha privato i residenti di spazi dedicati interamente a loro e che scandivano le giornate, portandoli inizialmente a un disorientamento, ma favorendo dei ritmi di vita, in precedenza dettati dalla Rsa, più dilatati e lunghi, adattandosi maggiormente a quelli dell'anziano.

Infatti, il vissuto emotivo negativo degli operatori derivanti dalla difficoltà di adottare un distacco professionale e di lavorare in un contesto ad alto rischio di contagio ha portato a due diversi modi di reagire, salvo per chi si è rifiutato di lavorare in reparti Covid-19 e chi si è licenziato, eventi che hanno portato a carenze di personale, specie di infermieri, assunti maggiormente dagli ospedali con un salario maggiore.

Da un lato, pertanto, gli operatori sono riusciti a far gruppo, a condividere le emozioni e a riconoscere di essere insieme ad affrontare l'emergenza, fattore positivo che ha permesso una maggiore collaborazione dell'equipe multidisciplinare e ha arginato le emozioni negative influenzando il clima interno in modo positivo.

Dall'altro, ansia e preoccupazione hanno portato alcuni operatori ad agire in riferimento ad operare o ad essere coinvolti a un maggiore controllo. In particolare, i coordinatori hanno seguito in modo scrupoloso le indicazioni per ostacolare la diffusione del virus all'interno della struttura, ponendo quindi molta attenzione ai regolamenti e alle procedure per salvaguardare sé stessi, colleghi e residenti. Gli operatori addetti ad altre mansioni, invece, hanno rivelato di aver fatto fronte alle loro emozioni negative anche grazie al coinvolgimento e alla partecipazione degli screening attuati per mezzo dei tamponi, poiché tramite essi acquisivano maggiore sicurezza sul non essere una fonte di contagio per gli anziani e per le famiglie, o nel caso risultassero positivi, sul poter gestire il virus e la sua diffusione per mezzo delle norme riguardanti la quarantena.

4.4.2. La relazione tra operatori, familiari e residenti

Le figure che compongono il triangolo relazionale interno alla Rsa, quali operatori, familiari e residenti si sono influenzati a vicenda con una conseguente diffusione di emozioni negative.

Come detto precedentemente, alcuni operatori sono stati in grado, attraverso il supporto dell'equipe, di arginarle e mantenere un clima interno positivo, altri di aver trovato un equilibrio grazie al potersi sottoporre ai tamponi, altri ancora, non riuscendoci, hanno posto dei rifiuti o se ne sono andati.

Educatrice e fisioterapista hanno inoltre rivelato nelle interviste che, lavorando a stretto contatto con il residente, sono maggiormente coinvolte nelle emozioni che le legano ad essi, ma questo è sempre soggettivo e dipendente dalla tipologia di rapporto che viene instaurata.

Sono poi, i familiari, le figure più influenzabili di tutti, in particolare i figli, e specie riguardo le emozioni negative. Il target di utenza a cui sono stati somministrati i questionari, infatti, è composto maggiormente dai figli dei residenti, nipoti e poi da fratelli e sorelle, tutti familiari, che dalla frequenza di visite effettuate precedentemente all'emergenza, hanno un rapporto stretto con il parente di riferimento.

Questa maggiore influenzabilità può essere dedotta dal fatto che essi non sono chiamati come gli operatori a mantenere un distacco professionale e sono maggiormente coinvolti dalle notizie e vicende riguardanti attualmente l'emergenza sanitaria, non solo attraverso lo schermo di un televisore come lo è per il residente, ma nella vita quotidiana.

La ricerca ha poi dimostrato come non si possa dedurre quale delle tre figure abbia avuto un impatto emotivo maggiore su un'altra, poiché tutte hanno influito sul contesto residenziale attraverso modalità differenti.

Degli operatori è stato già accennato, sono stati soggetti a emozioni negative, incomprensioni e a difficoltà di comunicazione, a cui hanno fatto fronte in maniera diversa.

I familiari hanno manifestato episodi di rabbia anche non sempre comprensibili, evidenziando la necessità di essere costantemente rassicurati sulle condizioni dei loro cari all'interno della Rsa, specie non potendoli sentire né vedere come prima.

I residenti, invece, essendo i destinatari dell'azione di cura all'interno del triangolo relazionale, hanno suscitato molta preoccupazione per i cambiamenti subiti a livello fisico, ma anche cognitivo e per le conseguenze derivanti, quali aumento dei farmaci, aumento dell'aiuto assistenziale, aumento del supporto psicologico.

4.4.3. Nuovi mezzi di comunicazione

A fronte delle modifiche attuate in riferimento ai ruoli degli operatori, ulteriori cambiamenti sono stati adottati per portare a termine le abituali mansioni in periodo emergenziale.

L'assistente sociale ha affermato che è sorta *“una difficoltà nel far capire e farsi capire”* non solo a causa dei nuovi dpi, dello scontento generale dei familiari, ma proprio, appunto, nello svolgimento dell'attività lavorativa quotidiana.

Pertanto, si sono ideate nuove soluzioni grazie allo sviluppo della tecnologia, ritrovando in essa una valida alternativa agli strumenti abituali e prevalentemente cartacei precedenti.

Per continuare ad effettuare ingressi, solo in modalità convenzionata e secondo la graduatoria, si sono resi possibili colloqui tramite videochiamate, ma anche incontri con l'Ulss hanno messo in collegamento tutti i coordinatori delle Rsa, favorendone la partecipazione e la praticità.

Nuove modalità di comunicazione, dunque, sono state utilizzate in settori dove prima non erano considerate affatto e si è riscontrata una serie di vantaggi: quali rapidità, qualità e comodità.

La continuità di una relazione residente-familiare non sarebbe stata possibile senza l'uso della tecnologia. Tutto il personale si è infatti organizzato e quasi totalmente dedicato per attuare telefonate o videochiamate e metter in contatto residente e familiare durante la fase emergenziale in cui non erano permesse visite in presenza.

Tale modalità, comunque, anche se quando è possibile effettuarla porta ad alcune complicazioni come difficoltà della comunicazione con l'anziano per via dei dpi e la distanza da mantenere, rimane la preferita rispetto alle videochiamate che risultano ultime nella scala preferenziale, precedute dalle chiamate telefoniche. Essa riesce infatti a suscitare serenità nel familiare, per la maggior parte dei casi.

Questo dato è spiegato dal fatto che non tutti gli anziani comprendono che dall'altra parte di uno schermo possa esserci veramente il proprio familiare, specie per coloro che per mantenere una relazione hanno bisogno di un contatto, magari non fisico perché non possibile, ma almeno reale e visivo.

In riferimento non all'utilizzo di mezzi tecnologici, ma al linguaggio stesso, va aggiunto che per comunicare con le persone anziane si deve tener conto di un linguaggio verbale che segue ritmi di versi. È molto lento e a volte confuso. Ma ciò che viene detto ed ha valenza maggiore, viene espresso attraverso un linguaggio non verbale. Ciò si verificava certamente anche prima dell'emergenza Covid-19, ma va riconosciuta un'intensificazione al suo ricorso.

Come riscontrato durante interviste e gruppi di sostegno, questo fatto sottolinea come gli operatori debbano avere un'attenzione maggiore verso anche ciò che non viene espresso dal residente, e avvicinarsi, chiedere per primi il motivo del loro malessere. I residenti non riconoscono, infatti, gli operatori come persone a cui far riferimento per condividere le loro emozioni per primi, ma solo come necessari a dare loro assistenza sanitaria e sociale.

Tale dato quindi conferma anche il carico maggiore di supporto e sostegno portato avanti durante l'emergenza Covid-19. Questo segna anche come la figura dei residenti all'interno del triangolo relazionale tenda ad isolarsi anche autonomamente, poiché fatica a confidarsi con l'esterno che li circonda e come i familiari, evitando di parlare loro degli eventi negativi che li riguardano per non farli agitare il più delle volte, porti una reazione uguale da parte loro e ponga tra le due figure gli stessi operatori a dover fare da ponte.

4.4.4. Benessere emotivo

L'emergenza Covid-19 ha avuto un impatto emotivo sul contesto residenziale, nello specifico su ognuna delle figure che compongono il triangolo relazionale.

Le emozioni hanno influito sul benessere di ciascuno in modo diverso e soggettivo, e in modo altrettanto differente e personale si è reagito per farvi fronte.

Risulta interessante guardare al lessico utilizzato dagli operatori nelle interviste che sostengono, in quanto professionisti, di non farsi coinvolgere emotivamente troppo per salvaguardare il benessere del residente, ma anche di colleghi e familiari.

Nelle interviste si parla di *“doversi mostrare in un certo modo”*, *“di non potersi permettere il contrario”* all'interno del contesto lavorativo in virtù della professione svolta.

Tristezza e preoccupazione, però, risultano come emozioni negative maggiormente provate. Tra i familiari c'è chi tende a trovare un equilibrio tra le due, oppure tra emozioni negative e positive di altro genere per affrontare la difficoltà.

Tristezza e preoccupazione sono comunque delle emozioni che vengono condivise, rispetto ad ansia e paura che tendono ad essere custodite o vissute in maniera solitaria.

Questo aspetto può essere analizzato in base a quanto detto anche dai residenti stessi, ovvero che entrambe le figure si trattengono dall'esprimere emozioni troppo negative per non influenzare l'altro. Vi è dunque un'attenzione reciproca, che sta alla base di una relazione di cura.

Coloro che si esprimono, poi, a livello emotivo, lo fanno specialmente all'interno della famiglia, la quale, oltre a fornire un supporto economico per la retta, ne fornisce uno emotivo e psicologico all'interno dei membri stessi.

Il 10 % dei familiari si confida con i professionisti della struttura, percentuale apparentemente inferiore rispetto al carico maggiore di supporto psicologico affermato dagli operatori, ma va confrontato con il numero totale di questionari somministrati.

Il parlare con qualcuno risulta comunque la soluzione per eccellenza scelta dal familiare per liberare emozioni negative, rispetto alle valvole di sfogo degli operatori che prediligono fare attività di vario genere per sentirsi meglio. I familiari poi tendono a parlare per cercare consiglio, i professionisti tendono a farlo per sentirsi meglio.

I familiari però non si rivolgono ad altri familiari. Manca una rete interna anche se si potrebbe ottenere una coalizione contraria alle scelte delle Rsa. Come accennato in precedenza, il non rivolgersi a familiari di altri residenti sembra far apparire la mancanza di un'ulteriore rete che potrebbe essere un vantaggio se si rivelasse di appoggio, se si basasse sull'essere uniti per andare contro alle scelte effettuate dalla struttura.

4.4.5. Conferma del risultato atteso

Emozioni positive giovano ad un clima di benessere positivo.

Questa è la risposta attestata e confermata dalle interviste. Non si è rivelata priva, però, di molte precisazioni. Infatti, essa viene affermata, ma riguardo alla sua realizzazione, pare essere un'utopia per la maggior parte degli operatori. Pensiero legato ai numerosi fattori su cui si dovrebbe intervenire per ottenerla.

Il primo fattore riguarda la mancanza e/o presenza dei familiari. In tempo emergenziale la loro mancanza ha portato a profonde condizioni di fragilità del residente.

Non si esclude però che sussistano casi in cui è proprio la mancanza del familiare a giovare al benessere dell'anziano, se tra questi il rapporto è malsano e prevede interessi diversi dal bene di entrambi.

Inoltre, dal familiare dovrebbe nascere, dal momento in cui il proprio caro entra in struttura, l'accettazione delle sue condizioni e la consapevolezza che un giorno potrebbero aggravarsi, ma soprattutto che la decisione di inserirlo in una Rsa non è una colpa, ma una ricerca di aiuto.

Il secondo fattore è legato a una risposta delle interviste in cui emerge come nelle Rsa, in alcune situazioni, si agisca anche con “*un’ottica di limitazione dei danni*”. Tale dichiarazione avrebbe potuto essere approfondita in un secondo momento, ma ne si può cogliere comunque il senso. Per ogni situazione, infatti, non si può avere sempre una soluzione, oppure i mezzi stessi per ricercarla o attuarla. Di conseguenza non si cerca di arrivare ad essa, ma di far tutto il possibile per non causare ulteriori problematiche. Tale strategia dovrebbe rivelarsi in ogni caso, l’ultima da adottare.

Il terzo fattore è strettamente collegato alla figura degli OSS. L’opinione generale è che essi dovrebbero essere posti nelle condizioni di essere soddisfatti e ricevere soddisfazioni dal loro ruolo. Questo porterebbe ad evitare i turn-over e a garantire la continuità dell’assistenza con la conseguente consolidazione dei rapporti tra residente ed operatore che se ne prende cura. Invece appaiono scontenti dal punto di vista della loro carriera, del loro salario e della considerazione che hanno gli stessi professionisti sempre interni alla Rsa.

4.4.6. Il concetto di Resilienza

Alla fine della ricerca le risposte alle domande sulla resilienza possono essere ricondotte a tre categorie diverse.

La prima, composta dalla maggioranza di operatori e familiari, rappresenta coloro che hanno risposto in maniera affermativa e che sono diventati resilienti nell'affrontare l'emergenza sanitaria Covid-19 e coloro che erano già resilienti perché nel passato hanno vissuto un evento, una situazione difficile che li ha resi consapevoli delle loro capacità di fronteggiamento.

La seconda è composta da un unico no espresso da un familiare.

La terza, infine, racchiude il gruppo di indecisi.

Di queste due categorie sono state anche raccolte le motivazioni e i perché delle loro risposte nella maggior parte dei casi che sono state analizzate sia nelle interviste sia nei questionari.

Dall'analisi emergono alcuni aspetti di criticità, poiché chi nega o è indeciso lo è per:

- non aver compreso nella sua interezza il significato di resilienza,
- non aver raggiunto ancora consapevolezza riguardo alle capacità che ha utilizzato per affrontare la situazione,
- non aver superato le emozioni negative legate a quell'evento e sentirsi ancora collegato ad esso come se non si fosse andati oltre lo stesso.

Nei gruppi di sostegno, nonostante non si sia mai parlato direttamente del concetto di resilienza, una delle finalità di tale strumento era quella di far emergere una maggiore consapevolezza in ciascun residente delle proprie capacità di fronteggiamento. Il condividere le esperienze di vita, parlare di come si possono affrontare gli ostacoli incontrati durante essa, descrivere qualità e difetti, tematiche scelte lungo il ciclo di attività, è stato proprio un intento verso questo fine.

Il fatto che i residenti si siano sentiti più leggeri, più liberi dopo aver condiviso le proprie emozioni con altri, può essere un inizio di percorso da cui poter trarre, dopo un ulteriore tempo, maggiori benefici. Infatti, può dirsi solo l'avvio, un inizio di un cammino verso la consapevolizzazione delle proprie capacità e dunque di riconoscersi, apprendendone il significato, come persone resilienti.

Un risultato inatteso, legato al concetto di resilienza, riguarda le capacità del conduttore della ricerca, nonché tirocinante presso la Rsa presa in considerazione. Nonostante una formazione non del tutto completa, mettersi in gioco e provare ad avviare un cambiamento interno, volto a un benessere globale, ha significato avere la possibilità di consolidare, specie attraverso l'ascolto attivo dei vissuti emotivi degli anziani, le proprie capacità di fronteggiamento e di conseguenza la propria resilienza.

4.5. Criticità ed elementi da migliorare della ricerca

Per quanto riguarda le interviste semi strutturate rivolte agli operatori, esse si sono rivelate un ottimo strumento per la raccolta dati e fornire risposte secondo le finalità della ricerca.

Pertanto, non necessitano di modifiche in sé, ma di essere costituite da ulteriori domande che permettano di approfondire le tematiche emerse, nonostante la loro caratteristica di flessibilità abbia portato a condurre quasi un dialogo con l'intervistato e sia stato possibile soffermarsi su punti salienti.

Potendo avere più tempo, dunque, sarebbe stato interessante ed utile intervistare anche OSS, professione molto citata dalle altre e a cui viene imputato un ruolo quasi centrale nel mantenere un clima di benessere.

Sarebbe stato possibile anche inserire ulteriori domande che potessero comprendere meglio le tipologie di difficoltà comunicative, le idee e le opinioni personali su come poter realizzare o mantenere un clima positivo all'interno della Rsa e quali potessero essere gli strumenti utili a supportare gli stessi operatori per far fronte alla loro emotività e maggior carico di lavoro.

Sui questionari la prima considerazione da fare riguarda il numero, forse esiguo, di dati raccolti. All'inizio del progetto di ricerca era prevista la somministrazione di 25 questionari presso la Rsa di riferimento e 25 questionari da somministrare presso un'altra struttura, al fine di poter attuare un confronto. Questo non è stato possibile, poiché non si è riusciti ad avere l'autorizzazione per il secondo gruppo di questionari, in quanto i familiari, destinatari di questa fase della ricerca, secondo l'opinione della coordinatrice della struttura contattata per il confronto, erano sottoposti a una situazione già carica emotivamente e coinvolgerli ulteriormente sarebbe stato chiedere loro troppo.

L'idea di rivolgersi a una terza struttura è nata successivamente, in un periodo emergenziale diverso, di conseguenza il confronto non sarebbe stato attuato secondo le volontà iniziali, ma avrebbe raccolto dati di periodi diversi, pertanto non è stato avviato.

All'interno dei questionari, così come nelle interviste, si sarebbe potuto dare maggiore spazio ad ulteriori domande riguardanti la modalità di confidarsi con qualcuno per liberarsi delle emozioni negative, al fine di comprendere la necessità dei familiari nell'aver consigli riguardo a che tipologie di tematiche e il perché non si rivolgevano mai ad altri familiari dei residenti della stessa struttura.

Sarebbe stato utile e interessante sempre chiedere direttamente a loro in che modo si potesse migliorare il benessere interno alla Rsa e se dal loro punto di vista questo fosse realizzabile, o nel caso non lo fosse stato capire, quali sono i fattori che incidono su di esso.

Infine, si sarebbe dovuto descrivere e spiegare meglio il concetto di resilienza per avere meno risposte sull'indecisione e negative, e poter rendere obbligatoria la risposta aperta sul perché.

Le difficoltà riscontrate nel gestire i gruppi di sostegno riguardano specialmente la formazione del conduttore, il quale ha trovato difficoltà nel saper leggere anche il linguaggio non verbale e sostenere

il vissuto emotivo raccontato. È molto difficile analizzare il linguaggio non verbale. Molti sono stati i momenti di silenzio o in cui il corpo si è espresso senza che l'anziano parlasse. La carica emotiva nel far riemergere un ricordo è maggiormente visibile con tale tipo di linguaggio rispetto alle parole.

La modalità delle letture non è stato altro che un pretesto per poter iniziare a creare un angolo di dialogo e ascolto. Così come la lettura, potrebbe funzionare una modalità diversa come l'utilizzo di immagini, musica e video. Pertanto, si sarebbero potuti tenere due gruppi differenti per raccogliere maggiori dati e avere conferma su quale possa essere la migliore modalità per condurre tale tipo di attività.

I gruppi devono comunque prevedere la partecipazione di pochi componenti per dare a ciascuno il suo spazio e devono essere sempre gli stessi, in quanto in questo modo si può creare una fiducia reciproca e aumentare la possibilità di costruire una vera condivisione tra loro.

Serve una reciprocità intesa come vedere nel processo di aiuto e nelle relazioni che si instaurano un percorso di scambio. *“Una vera relazione si ha soltanto quando chi offre e chi riceve sono sullo stesso piano: serve conoscenza dell'altro. L'operatore terrà conto pertanto dei valori, dell'etica, della deontologia, poi della persona, la situazione, il contesto, il percorso o progetto, la comunità. È chiaro che ognuno agirà rispetto al suo ruolo, funzione e compito, con la consapevolezza di svolgere una parte rispetto al tutto, che non si esaurisce solo nel rispetto all'ambito teorico e disciplinare di appartenenza, ma trova pieno compimento nell'integrazione di differenti prospettive”*.³⁵⁵

Il setting, invece, dovrebbe essere rivisto, poiché anche se nessun partecipante può non presentare moderati o lievi disturbi comportamentali è facile che si distraiga.

A livello di risultati riscontrati bisogna tener conto che una scheda di osservazione e monitoraggio può riuscire ad essere una guida per l'analisi, ma sono i vissuti emotivi narrati la fonte da cui trarre maggiormente i dati.

Quattro incontri non sono abbastanza per affermare che gli anziani partecipanti ora siano diventati delle persone resilienti, ma può considerarsi un inizio. Il progetto ha bisogno di essere sviluppato con continuità nel tempo, al fine di produrre ulteriore benessere, attraverso soprattutto il momento della restituzione guidata dal conduttore/professionista, il quale dovrebbe essere già a conoscenza delle

³⁵⁵ B. Cyrulnik, E. Malaguti, op. cit. p. 74.

vite degli anziani.

*“Il tempo è una risorsa indispensabile sia per creare legami sia per accettare il dolore di fronte a una perdita o a un trauma. È rispettando i tempi di ciascuno che si opera per l'accettazione da parte del soggetto stesso e della famiglia, della propria difficoltà, al fine di aiutare la persona a costruire un percorso di coping, di empowerment e di autonomia, che porti a una rivisitazione della sofferenza e a una risposta positiva dell'evento traumatico”.*³⁵⁶

In conclusione, i risultati della ricerca possono essere utilizzati all'interno di una metafora che può semplificare ciò che si è verificato durante il periodo emergenziale in Rsa.

Si prenda in esempio il gioco degli scacchi, ad una partita da svolgersi non in un contesto di svago, ma professionale, in cui, così come si è verificato durante la pandemia, il tempo deve essere utilizzato nel migliore dei modi essendo poco per attuare delle scelte fondamentali.

La scacchiera che si divide in caselle nere e bianche rappresenta rispettivamente emozioni negative e positive, ma anche i cambi di ruolo che gli operatori hanno subito per il contesto emergenziale che richiedeva flessibilità e allo stesso tempo una continuità assistenziale di uguale qualità.

Il re, sempre metaforicamente parlando, è il residente, protetto dalla regina, che incarna la figura del coordinatore di struttura per importanza, gli alfieri quali educatori, psicologi, fisioterapisti si fanno strada in diagonale, lasciando dietro di loro ciò che non è più prioritario per guardare al benessere del rapporto residente-familiare. Poi ci sono i cavalli, gli assistenti sociali che dopo aver trovato una soluzione a un problema si bloccano 'sulla punta della L', modalità di spostamento della pedina sulla scacchiera, per riflettere, vagare nell'incertezza e poi muoversi ancora. A seguire si trovano le torri, infermieri, coordinatrici infermieristiche e OSS, limitate a spostarsi di una sola posizione, ma ferme nelle loro decisioni perché la cura non può smettere di essere fornita, così come i pedoni, gli OSS, pedine da sacrificare per i giocatori inesperti, ma essenziali per le mosse conosciute da giocatori professionisti. I familiari sono gli spettatori esterni in un regime di assoluto silenzio per non far perdere la concentrazione agli sfidanti. Non creano gruppo e non sono coinvolti, proprio come emerso dalla ricerca.

³⁵⁶ B. Cyrulnik, E. Malaguti, op. cit. p. 74.

Il bianco muove per primo, di conseguenza la partita viene iniziata dall'arrivo del Covid-19 e le altre pedine bianche possono considerarsi come tutti i fattori che hanno ostacolato la gestione interna della Rsa in periodo emergenziali, quali la mancanza di dpi, di personale, i casi positivi e quelli analizzati in precedenza.

Il giocatore dei neri è l'insieme del quadro normativo repentinamente mutato, il bagaglio culturale e tecnologico, la costante formazione sanitaria, che permette di lavorare con mente, cuore e mano e che muove tutti gli operatori interni alla Rsa, al fine di trovare sempre un equilibrio per un benessere interno. Come carta bonus ha la resilienza, davanti a una scelta sbagliata non si arrende e cerca di adattarsi alla nuova situazione trovando una via d'uscita.

Le mosse prevedibili dell'avversario sono i risultati attesi della ricerca, come il confermare la possibilità di avere un benessere emotivo quando tutte le figure della Rsa provano emozioni positive e che per questo motivo è difficile instaurarlo. Le mosse imprevedibili, invece, sono i risultati inaspettati come sapere che gli operatori conoscono quali sono i margini di miglioramento di un tale benessere, ma non lavorano per ottenerlo perché preferiscono limitare i danni, oppure la scoperta che condurre la ricerca ha portato lo stesso conduttore a diventare resiliente.

In caso di scacco matto qualche pedina retrocede come gli operatori che se ne sono andati per paura, in situazioni dove non si sentivano tutelati, facendo crollare l'organizzazione interna, ma il giocatore così come può dichiarare la resa, può anche difendere, portando le pedine a collaborare, aspetto positivo emerso dall'emergenza, oppure può attaccare avviando dei cambiamenti interni che seppur piccoli, inizialmente, possono condurre alla vittoria.

4.6. Riflessioni conclusive

L'Italia ha da sempre visto una struttura demografica costituita da una popolazione anziana.

*“Secondo le previsioni dell'Onu, nel 2025 gli ultrasessantenni nel mondo saranno un miliardo e 200 milioni, e due miliardi nel 2050”.*³⁵⁷ Il nostro paese sta attraversando un periodo in cui l'aumento della longevità grazie anche alle nuove tecnologie e cure mediche e la diminuzione del tasso di nata-

³⁵⁷ F. Perocco, P. Basso, op. cit. p. 57.

lità ha addizionato il processo di invecchiamento già avviato nei decenni precedenti. Infatti, l'incremento del numero degli anziani ha radici lontane e solo negli ultimi vent'anni si è aggravato in modo celere.³⁵⁸

Le caratteristiche demografiche del Veneto non si sottraggono al processo di invecchiamento che interessa la popolazione italiana. Nel panorama nazionale questa regione si colloca al tredicesimo posto in rapporto all'incidenza degli ultra-sessantacinquenni sul totale della popolazione.

Senza un ricambio generazionale quindi, in particolare di *caregivers*, sia la politica della domiciliarità che quella della residenzialità rischiano di non riuscire a sopperire al fabbisogno del territorio.³⁵⁹

Questo fenomeno è la causa del cambiamento della struttura demografica europea e si può evidenziare confrontando le fasce d'età della popolazione che portano non più alla formazione di una piramide, ma a un cilindro per la diminuzione per la parte di persone in età da lavoro e l'aumento di grandi anziani. L'invecchiamento è poi soggetto a un incremento della presenza femminile rispetto a quella maschile.³⁶⁰

L'invecchiamento non deve essere solo visto in termini biologici, ma anche soprattutto in virtù di cambiamenti sociali, come i nuovi nuclei familiari più frammentati e autonomi e quindi privi del bisogno di avere una figura di riferimento come lo era un tempo l'anziano, la polarizzazione della società, l'aumento della povertà e la marginalizzazione degli anziani nella società.³⁶¹

Con l'aumento della popolazione anziana, divenuto un processo rilevante anche nelle tematiche di dibattito, l'OMS ha sviluppato una riflessione riguardante al cosiddetto invecchiamento attivo. Esso viene definito come un processo in cui devono essere valorizzate la partecipazione e la salute dell'anziano al fine di garantire ad esso una migliore qualità della vita e un benessere fisico, sociale e mentale. Di conseguenza non si deve guardare solo al suo stato di benessere che viene tutelato dalle attività sanitarie, ma anche al suo stato di autonomia e relazione.³⁶²

Davanti all'espressione di tale concetto le politiche sociali dovrebbero mirare a nuovi progetti che possano favorire indipendenza e solidarietà intergenerazionale per permettere alla persona anziana di

³⁵⁸ Ibidem.

³⁵⁹ Ibidem.

³⁶⁰ Ibidem.

³⁶¹ Ibidem.

³⁶² F. Perocco, P. Basso, op. cit. p. 57.

raggiungere una migliore qualità di vita. Questo obiettivo, se raggiunto, secondo l’OMS potrebbe diminuire i costi che gravano su famiglie e sistemi sanitari, poiché porterebbe alla diminuzione di patologie e all’aumento di persone anziane che possono partecipare attivamente alla società ed essere per essa sempre una risorsa e non un mero costo. Perché tale inversione di pensiero e azione si possa realizzare è necessario partire da un cambiamento della modalità di visione e considerazione della persona anziana come figura portatrice ancora di valore e contributi. Considerandoli come tali, infatti, sarebbe ridotto il loro isolamento a favore di una maggior integrazione che porterebbe anche a rivedere l’organizzazione delle città secondo i loro bisogni in termini di servizi e risorse.³⁶³

Secondo l’OMS dal loro benessere dipende quello economico dello stato, quello sanitario e anche quello previdenziale. Ponendo dunque un invecchiamento attivo come obiettivo dell’agenzia politica ne beneficerebbero maggiori e più numerosi settori.

Perseguirlo si rivelerebbe una nobile causa, ma soltanto prendendo in considerazione anche gli ostacoli da dover sormontare per ottenerlo.³⁶⁴

È difficile, infatti, diffondere un messaggio correlato all’invecchiamento che non includa subito dopo dei riferimenti alla salute o malattia, che venga trasformata l’immagine di un anziano bisognoso di assistenza in una figura attiva della società. In una società poi, che è strutturata in base a politiche e indirizzi dominanti che guardano proprio dall’altra parte rispetto alle problematiche delle persone anziane. Anche si avvia l’intento di una rappresentazione diversa di esse, come risorse, e questa venisse accettata, assumerebbe comunque un significato diverso da quello centrale. Oggi l’anziano può essere considerato sì una risorsa, ma dal punto di vista economico. È una fonte gestita dal mercato del lavoro sottopagato che lo vede come o improduttivo o da sfruttare. L’idea invece di ridurre le spese sanitarie in favore di un suo invecchiamento attivo viene accolta con l’abbassamento della protezione sociale.³⁶⁵

Sembra impossibile dunque parlare di invecchiamento attivo nella realtà odierna al di fuori di una sfera concettuale senza apporre nessuna modifica alla struttura politica, economica e sociale.

Può cambiare il pensiero di considerare l’anziano come soggetto malato a un soggetto attivo e può essere un messaggio di indirizzo per le nuove politiche sociali, ma nel concreto non si avrà nessun cambiamento se non lo si realizza tenendo conto del funzionamento complessivo del sistema sociale

³⁶³ Ibidem.

³⁶⁴ Ibidem.

³⁶⁵ F. Perocco, P. Basso, op. cit. p. 57.

e dei suoi rapporti. Non può essere così se non si guarda anche all'ordine sistemico che produce risultati che vanno a svalutare e rendere fragile l'anziano.³⁶⁶

Tutto ciò che riguarda la sfera della persona anziana deve essere tenuto in considerazione secondo un'ottica per cui l'ultima fase della vita di un individuo non è unicamente contraddistinta da malattia o da un peso sulla società, ma anche da crescita e maturazione. La fragilità non è da intendersi solo e sempre come disabilità.³⁶⁷

L'idea che la persona, dopo una certa età, diventi irrilevante, da non curare, quasi da scartare, non è più sostenibile.³⁶⁸

L'emergenza Covid-19, come si è già detto in precedenza, ha colpito gli anziani in modo sproporzionato e in particolare residenti in strutture residenziali. In molti paesi, essi hanno costituito il 40% dei decessi correlati, se non addirittura l'80% in alcuni paesi ad alto reddito. Agire nell'immediato dunque sul settore LTC, compresa l'assistenza a domicilio e nel territorio è di vitale importanza. La pandemia ha infatti evidenziato come ci siano importanti sfide strutturali ed organizzative che devono essere colte per migliorare la sicurezza e la resilienza del settore residenziale.³⁶⁹

Il documento dell'OMS³⁷⁰, rivolgendosi a tutti i soggetti coinvolti nell'emergenza, fornisce 11 obiettivi politici e punti di azione per gestire il Covid-19 nel settore delle residenze per anziani. Essi guardano all'inclusione della LTC nelle fasi della risposta nazionale alla pandemia da supportare con un adeguato finanziamento, garantire un controllo e una valutazione dell'impatto della pandemia nell'assistenza fornendo informazioni tempestive per ottimizzare le risposte, fornire numeri adeguati di personale e risorse, garantire la continuità dei servizi, attuare piani di prevenzione con tracciamento e monitoraggio della diffusione del Covid-19, supportare i caregivers, trasformare i sistemi di cura in termini di efficacia anche in regimi emergenziali, dare priorità al benessere psicosociale per chi riceve e offre assistenza.³⁷¹

³⁶⁶ F. Perocco, P. Basso, op. cit. p. 57.

³⁶⁷ Ibidem.

³⁶⁸ P. Vigorelli, *Quali Rsa per il prossimo futuro?*, Welforum, 19/05/2020.

³⁶⁹ F. Pesaresi, *OMS: undici obiettivi per ridurre l'impatto del Covid-19 nei servizi per anziani*, <https://francopesaresi.blogspot.com/2020/07/oms-undici-obiettivi-per-ridurre.html?view=magazine>.

³⁷⁰ Oms, *Prevenzione e gestione del Covid nei servizi di assistenza a lungo termine*, 24 luglio 2020.

³⁷¹ F. Pesaresi, op. cit. p. 180.

La pandemia ha svelato dei punti critici di squilibrio tra i nuovi bisogni dei residenti e gli aspetti strutturali e organizzativi delle Rsa. Secondo quanto dibattuto durante il Webinar di psicogeriatrica su 'Covid-19: cosa ha insegnato alle Rsa'³⁷², le criticità principali.

Prima di tutto l'organizzazione strutturale delle Rsa presenta una profonda mancanza di spazi privati che si rivelano necessari specialmente per le persone affette da demenza. Esse, infatti, sono più difficili da assistere per la loro perdita di autonomia, non solo ed essenzialmente fisica, e che comporta imprevedibilità di comportamenti. Si necessita dunque di assistenza integrata da sorveglianza alla quale si potrebbe dedicare un numero di ore adeguate se solo gli spazi della struttura residenziale potessero essere resi davvero sicuri.

Inoltre, la cura medico infermieristica dei residenti non è delegabile. Davanti all'aumento della intensità sanitaria si è verificata una diminuzione di figure mediche. Esse dovrebbero dedicare 1772 minuti a settimana a persona, quindi fornire un'assistenza caratterizzata da un rapporto di 0,82. Esso, invece, è ancora di gran lunga inferiore.³⁷³

La dotazione di personale e la sua qualificazione, poi, sono cruciali. Si parla di avere un numero adeguato di operatori interni alla Rsa per permettere una continuità assistenziale e garantire un livello qualitativo buono grazie anche alla formazione dello stesso personale. Gli operatori, infatti, devono essere formati costantemente per lavorare anche in periodi emergenziali.

I familiari dei residenti fanno parte del progetto di cura, sono una parte sia della equipe medica sia delle persone da assistere. Devono pertanto essere visti come destinatari di assistenza e sempre di più come una risorsa e non un ostacolo alla presa in carico del loro caro.

I rapporti tra strutture residenziali per anziani e i servizi connessi sul territorio devono essere aumentati e resi qualitativamente migliori ed efficienti. Lavorare su questa criticità permetterebbe di avere comunicazioni più rapide e fornirebbe un supporto maggiore per rispondere ai bisogni dei cittadini. Inoltre, le Rsa soffrirebbero meno per l'isolamento in cui versano.

³⁷² W. Modini, A. Guaita, M. Trabucchi, *Covid-19: cosa ha insegnato alle Rsa*, Webinar AIP (associazione italiana di psicogeriatrica) online del 7/04/2021.

³⁷³ Nel 2015 secondo dati Istat tale rapporto risulta essere pari a 0.51.

Infine, si necessita di discutere delle Rsa considerandole come essenziali per fornire assistenza, guardando anche ai nuovi strumenti forniti dalla tecnologia poiché il suo utilizzo possa rivelarsi utile alle figure interne alla struttura.

Difronte a queste criticità, le Rsa sono riuscite ad affinare i loro servizi tradizionalmente offerti spesso ingabbiati in sistemi di accreditamento e ad avere una nuova presa di coscienza che va al di là delle direttive o le mansioni. Infatti, la semplice assistenza non è più sufficiente, va completata con un investimento organizzato sanitario, poiché quello assistenziale non soddisfa l'intera richiesta sociale. Questa nuova versione delle strutture residenziali deve essere inoltre supportata da stampa e social affinché non diffondano ancora immagini delle Rsa come focolai del virus portando un regime di paura e terrore o sugli operatori che vi lavorano, chiamati a svolgere atti eroici riconducibili semplicemente al loro ruolo, portando i familiari a vivere un malessere presente non solo in periodi pandemici.³⁷⁴

Una delle possibili proposte di soluzione dibattute all'interno del Webinar³⁷⁵ riguarda la riqualificazione delle strutture residenziali secondo il Fondo Nazionale Ripresa e Resilienza di 1.75 miliardi che, pur non essendo sufficiente, pone le prime basi verso un cambiamento. Esso mira a:

- ristrutturare le Rsa in modo tale che assicurino spazi di vita adeguati e si superi la promiscuità che caratterizza attualmente la struttura edilizia delle residenze per anziani in Italia,
- costruire spazi sicuri per residenti affetti da problemi psichici, conciliando sicurezza e libertà di movimento,
- adeguare le dimensioni delle residenze superando l'impatto negativo causato nella qualità della vita dei residenti e nell'efficacia dell'attività assistenziale e dall'inadeguatezza dimensionale delle strutture,
- favorire le relazioni con i familiari considerandoli parte integrante ed essenziale della quotidianità degli anziani residenti,
- accrescere le relazioni con il territorio. Favorire le relazioni tra la struttura e il territorio di riferimento, sia nei confronti della comunità locale sia rispetto ai servizi presenti.

Nonostante un'emergenza possa riguardare apparentemente un'unica sfera come quella personale o familiare, essa è da considerarsi sempre all'interno di un contesto sociale che cambia costantemente

³⁷⁴ W. Modini, A. Guaita, M. Trabucchi, op. cit. p. 181.

³⁷⁵ Ibidem.

per mezzo di uno sviluppo culturale, economico e professionale e di conseguenza una problematica del singolo può tramutarsi in una di massa.³⁷⁶

È impensabile poter gestire l'emergenza senza un welfare di comunità. Anche se l'emergenza pare essere definita come unicamente sanitaria in realtà sta già portando a conseguenze sociali, a fragilità fisiche, cognitive e patologiche che l'organizzazione dei servizi territoriali non è ancora pronta ad affrontare in tempi rapidi. Mancano progettualità e coordinamento dei servizi sociali territoriali che in questo periodo devono reinventare anche il *modus operandi*. Serve una maggiore collaborazione all'interno di un piano di interventi che possa essere multilivello e preveda l'utilizzo di maggiori risorse.³⁷⁷

Emergenze di massa ed emergenze individuali sono due facce della stessa realtà davanti alla quale le scienze sociali devono trovare gli strumenti adatti per farvi fronte. La celerità e la complessità che caratterizzano sempre di più le nuove situazioni di bisogno portano il servizio sociale ad avere la necessità di risorse specifiche, tra cui, in particolare, un'assistenza di pronta accoglienza.³⁷⁸

Nel dibattito odierno delle scienze sociali vi è l'opinione di un bisogno della popolazione che può essere soddisfatto solo attraverso la realizzazione di strutture organizzative dedicate alla gestione di situazioni e interventi di urgenza, al fine di poter dare una risposta immediata alla persona che ne necessita e di evitare di caricare ulteriormente il sistema delle attività ordinarie.³⁷⁹

Il rischio infatti è che le risposte ai bisogni dei cittadini non siano soddisfatte e portino a sofferenza e malessere gravando ulteriormente sul sistema delle scienze sociali che si deve occupare sia delle pratiche ordinarie che quelle straordinarie. Inoltre, l'assistente sociale che opera nell'ordinario potrebbe ritrovarsi in difficoltà nel gestire l'evento improvviso, in quanto lavorare nell'emergenza non è un'abilità quotidiana, ma richiede una preparazione specifica.³⁸⁰

Pertanto, è diffusa l'idea che debba nascere un pronto intervento sociale come vi è già nel campo sanitario, che abbia caratteristiche di un servizio specifico, con una propria struttura organizzativa standardizzata a livello nazionale e territorialmente omogenea.³⁸¹

³⁷⁶ A. Mirri, *Emergenza coronavirus e lavoro di servizio sociale d'urgenza*, Welforum, 22/05/2020.

³⁷⁷ S. Pasquinelli (a cura di), *L'impatto del virus sui servizi sociali*, Welforum, 11/03/2020.

³⁷⁸ A. Mirri, *Emergenza coronavirus e lavoro di servizio sociale d'urgenza*.

³⁷⁹ Ibidem.

³⁸⁰ A. Mirri, op. cit. p. 183.

³⁸¹ Ibidem.

Per fronteggiare l'emergenza tutti gli operatori delle Rsa hanno reagito mettendo in atto strategie che hanno garantito la continuità dell'assistenza e anche la collaborazione interna. La tecnologia si è rivelata essere un nuovo strumento da poter utilizzare, specie per mantenere contatti e relazioni a distanza. Ha permesso infatti di mantenere una certa stabilità nel rapporto familiare-residente e la possibilità per gli assistenti sociali, ad esempio, di condurre colloqui per possibili ingressi anche durante l'emergenza. L'utilizzo di mezzi tecnologici si sta rivelando una nuova opportunità per svolgere con una modalità alternativa il proprio ruolo e il segretariato sociale, in particolare, riscuote un valore di vitale importanza.³⁸²

*“Il lavoro dell'assistente sociale deve necessariamente fronteggiare problemi come questo; il lavoro di relazione, il sostegno, il prefigurare con la persona la ripresa del percorso interrotto, la ridefinizione di un progetto, richiedono oggi all'assistente sociale prospettive ed approcci diversi da quelli di ieri”.*³⁸³

Infine, dalla ricerca condotta all'interno della Rsa, argomento portante di questo elaborato, è chiaro che il benessere degli anziani residenti è strettamente correlato con il benessere degli operatori e dei familiari. Da questa osservazione di base derivano alcune proposte descritte qui di seguito.

È auspicabile che il personale delle Rsa venga rivalutato sotto a un profilo maggiormente professionale. Gli operatori, infatti, si adoperano per il benessere del residente guardando a tutti gli aspetti quotidiani che necessitano di assistenza. Nonostante i tempi all'interno della struttura siano scanditi da una routine rigida, ciò di cui si sente la mancanza da parte del residente e dell'operatore è tempo da dedicare al rapporto tra loro, un tempo che durante l'emergenza sanitaria è stato ritrovato per mezzo di un'assistenza erogata in un regime di slow care, che ha permesso anche di supportare residenti, ma anche colleghi e familiari a livello psicologico.

Spesso nella struttura si vive una netta separazione tra i ruoli, tra coloro che vengono chiamati professionisti e si occupano del quadro sociale, psicologico, ricreativo e fisioterapico del residente e chi si assume responsabilità di assisterlo a livello di igiene e di cura. Tale divisione comporta anche una considerazione diversa delle figure interne alla Rsa, anche se tutte prendono parte all'equipe multidisciplinare per stendere i piani individuali dei residenti. Tale considerazione porta a vedere su un livello inferiore il ruolo degli OSS, anche se sono essi ad essere maggiormente a contatto con i residenti. Bisogna dunque superare questo divario, portando a un maggiore riconoscimento del loro

³⁸² G. Cellini, *Il ruolo delle professioni sociali nell'emergenza Coronavirus. Spunti di riflessione sull'oggi nell'attesa di un futuro*, Welforum, 26/03/2020.

³⁸³ Ibidem.

ruolo, almeno al pari delle altre figure attraverso una formazione che non consista solo nell'imparare procedure emergenziali, ma anche pratica e teoria di una sfera psicologica che possa giovare a residente e familiare e quindi a un clima di benessere. Un maggiore coinvolgimento da parte loro, infatti, potrebbe rivelarsi vantaggioso per l'intero sistema. Coinvolgimento, partecipazione e formazione sono dunque le chiavi fondamentali per riconoscere gli OSS come figure di vitale importanza nell'assistenza e la cui presenza non può essere sottovalutata.

In secondo luogo, sarebbe già segno di un primo cambiamento riconoscere i familiari sempre di più come risorse nel processo di cura e parte di esso. Essi chiedono un maggiore coinvolgimento nella vita del residente non solo nel comitato familiari o nelle feste organizzate, ma anche durante le visite familiari. Pertanto, si potrebbero costruire progetti che prevedano attività gestite da operatori e familiari. Questo potrebbe giovare anche alla conoscenza di familiari con altri familiari. Da un lato dunque devono essere risorse da coinvolgere all'interno dei progetti di cura destinati ai residenti e dall'altro assistiti dagli stessi operatori che prendono a carico i loro familiari.

Dei possibili progetti potrebbero riguardare cicli di incontri per effettuare attività ricreative anche durante le stesse visite familiari condotte da familiari e volontari o operatori stessi. L'obiettivo, infatti, non sarebbe quello di mettere in mostra l'offerta di servizi ricreativi o la competenza degli operatori davanti ai familiari, ma di creare un gruppo tra i familiari stessi e rapporti di fiducia reciproca interni ed esterni alla Rsa.

I residenti si sono ritrovati disorientati davanti alla nuova situazione emergenziale, specie per il cambio di orari della routine quotidiana e del suo svolgimento, anche se la slow care ha portato dei benefici. L'assenza di attività, colmata dalla gestione delle visite familiari a cui si è sempre data la precedenza, ha portato ad un'assenza anche di condivisione, di dialogo in gruppo attraverso attività programmate. L'ascolto è stato comunque fornito da tutti gli operatori che hanno cercato di limitare le conseguenze di un malessere psicologico dovuto all'isolamento, ma è stato rivolto al singolo e in modo informale, non sono stati creati degli spazi volti direttamente a condividere emozioni e pensieri riguardo al periodo che si stava vivendo. Tale fatto si giustifica per la difficoltà di mettere in atto una nuova organizzazione e gestione interna della struttura secondo ordini e norme esterne e l'obiettivo primario di prevenire la diffusione del Covid-19.

È stato poi appurato, con i risultati della ricerca, che l'opinione generale delle figure interne alla Rsa afferma che il provare e condividere emozioni positive porta un clima di benessere. Come può essere favorito tale clima? Per gli operatori è bene attuare un distacco professionale, che porti a tenere i problemi derivanti dalla sfera personale lontani dalla sfera lavorativa e viceversa. Inoltre, è chiaro come una buona collaborazione con i colleghi porti a una maggiore assistenza qualitativa all'interno della struttura e a un'assenza, anche se mai totale, di conflitti e ostacoli nella comunicazione. Coinvolgimento, partecipazione e riconoscimento rimangono le chiavi base perché ciò avvenga, ma oltre alla formazione si potrebbe pensare anche a incontri dedicati solamente a loro per parlare del funzionamento della struttura tra ruoli e mansioni per apporre un libero dialogo e cercare di migliorare dove ci son margini possibili. All'interno della Rsa questa possibilità è stata avviata però con poco successo poiché in gruppo non si confidava nessuno e privatamente il supporto psicologico fornito veniva ricercato per problematiche personali o familiari e non derivanti dal contesto lavorativo. Potrebbe essere dunque ripensato utilizzando soprattutto la figura dei coordinatori OSS che conoscono meglio gli operatori sociosanitari e sono a conoscenza dei conflitti e delle problematiche interne. I familiari sentono la necessità di essere aggiornati costantemente e di essere tranquillizzati sulle condizioni dei propri familiari. Si necessita dunque di rapporti di fiducia concreti tra operatori e familiari. Gli operatori stessi devono considerare nel loro servizio di assistenza la presa in carico, seppur differente, anche dei familiari che la ricercano. Essi devono essere visti come risorse, e perché ciò sia possibile e gli operatori li considerino come tali e non come peso. Potrebbero essere vantaggiosamente coinvolti nell'assistenza anziché essere tenuti al margine ed evitati. I residenti dovrebbero anch'essi riconoscere negli operatori, figure di cui si possono fidare per parlare delle problematiche emerse e poterle così risolvere, invece essi tendono a tenerle per sé stessi per non preoccupare familiari e non ne parlano con gli operatori perché non li riconoscono come persone cui far riferimento. Sono dunque i rapporti a dover cambiare.

Un altro aspetto da considerare è il ruolo della tecnologia che sta diventando sempre più diffusa e può essere utilizzato per colmare proprio le mancanze di cui sente le relazioni tra le tre figure interne alle Rsa. Tramite essa può essere fornita la formazione mancante ai dipendenti per saper gestire quadri psicologici complicati, situazioni emergenziali e rapporti con i familiari. Essa ha avuto un ruolo fondamentale nelle visite familiari poiché ha messo a disposizione la possibilità di comunicare a distanza e mantenere come possibile i rapporti tra residenti e familiari. Le numerose telefonate e le mail, poi, hanno permesso di rispondere ai familiari in stati di preoccupazione e ansia, specie nella prima fase iniziale della pandemia.

L'introduzione della tecnologia in sempre più ambiti riguardanti il settore della LTC fornisce oggi uno dei grandi dibattiti per fornire una maggiore qualità dei servizi.

Invecchiamento e tecnologia sono sempre stati considerati come tematiche antitetiche, ma nell'attuale contesto sociale si stanno rivelando sempre più collegati sia per l'utilizzo sempre più frequente della tecnologia nella vita quotidiana sia per l'aumento delle persone anziane connesse.³⁸⁴

Gli anziani hanno di fronte a sé reti familiari sempre più corte e frammentate. I caregiver sono sempre più soli nell'assunzione di carichi di cura che si trovano ad assumere spesso in condizioni vincolate dall'attività professionale e lavorativa.³⁸⁵

Questo cambiamento è avvenuto per ricercare soluzioni alternative al problema dell'invecchiamento della popolazione e alla necessità nel tempo di soddisfare i suoi bisogni con sempre meno caregiver e operatori sociosanitari. Inoltre, i bisogni sociosanitari e socioassistenziali si stanno diversificando richiedendo aiuti specifici da parte di professionisti competenti e che possano attuare piani individualizzati.

La tecnologia, dunque, viene vista come possibile strumento per fornire assistenza e cura, un maggiore benessere e qualità di vita attraverso promozione e prevenzione della salute stessa, socializzazione, informazione necessitata dai caregivers, aiuto e supporto agli stessi operatori che si occupano degli utenti.³⁸⁶

È necessario individuare un unico soggetto istituzionale che dopo aver attuato una lettura integrata del problema possa attuare gli interventi necessari. Il presupposto fondamentale è la comprensione dell'urgenza del fenomeno nel suo intero contesto: dai reparti ospedalieri all'assistenza a domicilio, senza dimenticare la parte di popolazione non tutelata.

Stabilire il senso dell'urgenza è una condizione basilare per iniziare a sperimentare una linea di condivisione e integrazione.³⁸⁷

Uno studio condotto nel 2018 presso oltre quindici Rsa nel nord Italia ha riscontrato la possibilità per mezzo dell'introduzione della tecnologia di facilitare il rapporto tra operatori e familiari.³⁸⁸

³⁸⁴ Egea, op. cit. p. 19.

³⁸⁵ Ibidem.

³⁸⁶ Ibidem.

³⁸⁷ Ibidem.

³⁸⁸ F. Fiore, F. Casati, *Complessità ed opportunità nel rapporto fra staff e parenti degli ospiti in Rsa*, in Riv. I luoghi della cura del Network Non Autosufficienza (NNA).

Infatti, gli operatori sono caregiver formali che forniscono assistenza continua ai residenti e spesso sono vittime di stress e burnout, mentre i familiari, in questo caso caregivers informali, non riescono a instaurare un buon rapporto con questi per via di lacune comunicative. Queste difficoltà incidono sul benessere interno per il quale gioverebbero senz'altro dinamiche di interazione in termini di continuità dell'informazione e relazionale.³⁸⁹

Attraverso interviste, questionari e focus group un punto emerso chiaramente riguarda il desiderio dello staff di poter avere più tempo da dedicare al residente per instaurare un vero rapporto al posto di sottostare a orari stabiliti che scandiscono in modo molto rigido la routine quotidiana interna alla Rsa. Questa difficoltà si riversa poi sul rapporto tra staff e familiari del residente poiché per i primi è difficile poi lavorare facendo i conti con la diffidenza e le aspettative dei secondi, i quali vedono la loro decisione di inserire il proprio caro in una struttura come una sconfitta personale. Infatti, questo genera tensioni interne che possono creare gravi danni al benessere interno se non si cerca di instaurare un rapporto di fiducia fin dal giorno dell'ingresso anche attraverso una costante e chiara comunicazione e il coinvolgimento dei familiari nel progetto di cura. A proposito di questo, una criticità emersa durante la ricerca è quella relativa alla mancanza di attività interna alla Rsa che possano essere svolte tra familiare e residente magari durante le ore di visita poiché il familiare spesso non sa che fare.³⁹⁰

Attraverso la tecnologia è possibile creare un sistema che facilita la comunicazione di informazioni non riguardanti solo le informazioni mediche, ma anche la sfera emotiva del residente al familiare stesso attraverso un'applicazione da scaricare sul cellulare. In essa si potrebbe poi aggiornare il profilo del residente con le sue abitudini giornaliere e indicare la preferenza delle attività a cui partecipa, affinché il familiare possa venirne a conoscenza.³⁹¹

Alla fine di tale ricerca sono state realizzati una serie di prototipi che hanno ricevuto riscontri positivi. Va ricordato però che mentre sviluppare tecnologia è facile, creare degli strumenti che possano davvero aiutare gli operatori senza gravare sul loro carico lavorativo non è banale. D'altro lato la mancanza di strumenti che possano soddisfare bisogni emozionali dei residenti così come dei familiari segna una nuova area di intervento nella quale si può parlare di innovazione.³⁹²

³⁸⁹ F. Fiore, F. Casati, op. cit. p. 187.

³⁹⁰ Ibidem.

³⁹¹ Ibidem.

³⁹² Ibidem.

È auspicabile, inoltre, che la dirigenza delle Rsa consideri tra i propri obiettivi anche la qualità di vita e la soddisfazione degli operatori, nella consapevolezza che il benessere degli anziani è strettamente correlato col benessere degli operatori. Da non sottovalutare è anche quella dei familiari, poiché come dimostrato dalla ricerca, le tre figure sono strettamente influenzabili e connesse.

Guardando anche alle relazioni esterne alle strutture residenziali, è bene che le Rsa diventino sempre più delle strutture aperte al territorio, creando occasioni di collegamento tra il mondo del dentro e il mondo del fuori. Sempre la tecnologia in questo caso è stata un mezzo di grande supporto in questo. In particolar modo, si è rivelata utile anche nel gestire i colloqui di pre-ingresso con la popolazione che necessitava di assistenza. Essa ha anche permesso di dare tutte le informazioni ricercare attraverso il ruolo degli assistenti sociali e i colloqui telefonici o in videochiamata. Il segretariato sociale, dunque, non ha subito interruzioni, ma ha cambiato solo modalità con cui essere erogato. Bisogna ricordare però, che un'assistente sociale per effettuarlo ripete le stesse informazioni a ciascuna persona che le richiede, dedicando tempo della sua giornata lavorativa a questo, senza magari poi effettuare un ingresso in struttura. Per la popolazione però che ne ricerca ed è già avvezza all'utilizzo di tecnologie si potrebbe pensare a una mappa del territorio che indichi i vari centri di assistenza con caratteristiche annesse. Si potrebbe pensare infatti alla creazione in un app o di un sito che, con la collaborazione delle Ulss, con le quali di favorirebbe un ulteriore legame positivo, mostrasse le strutture residenziali e semiresidenziali, ma anche le associazioni e le loro sedi, con caratteristiche quali luogo, tipologia di servizi, tariffe approssimative, modalità di ingresso, documenti necessari per aiutare la popolazione ad orientarsi nel settore assistenziale, spesso non conosciuto fino a quando non ne sussiste la necessità. Inoltre, la possibilità di poter aprire una scheda S.Va.M.A. e poter spiegare la procedura necessaria prima di una possibile telefonata potrebbe davvero far risparmiare il tempo, sia al professionista, che alla persona che ne richiede informazioni, la quale potrebbe attivarsi precocemente e chiamare quando è già in possesso dei documenti necessari.

In conclusione, è importante che la valutazione delle Rsa venga fatta non solo in base alla rilevazione dell'osservanza delle procedure, ma anche in base a indicatori che misurino prima di tutto la qualità di vita degli anziani affinché possano esprimersi liberamente ed essere ascoltati. Essi, infatti, sono i destinatari dell'insieme dei progetti, delle attività e dell'organizzazione di cura e sono preziosi. Pertanto, vanno tutelati e riconosciuti come risorse.

In secondo luogo, dev'essere tutelata anche la qualità di vita degli operatori per evitare ulteriore carico assistenziale e casi di burnout, al fine sempre di ottenere un complessivo stato di benessere.

Infine, come criterio da osservare non va dimenticato il grado di soddisfazione dei familiari derivante dal coinvolgimento all'interno della Rsa, in quanto la ricerca ha dimostrato come sia fondamentale per il bene del singolo anziano.³⁹³

³⁹³ VIGORELLI (2020), 'Quali Rsa per il prossimo futuro?'

Bibliografia

Albanesi, V., (2020), *Anziani deportati*, Redattore Sociale, 20/05/2020.

Arlotti, M. e Ranci, C., Laboratorio di Politiche Sociali - Politecnico di Milano, Progetto In-Age (2020), *A volte ritornano. Pandemia, politiche di welfare sanitario e territorio per la gestione della riapertura*.

Arlotti, M. e Ranci, C. (2020), “*Un'emergenza nell'emergenza: cosa è accaduto alle case di riposo?*”, in *Riv. Sossanità*.

Arlotti, M., Parma, A., Ranci, C. (2020), *Residenze per anziani e carenza di personale. Un'ulteriore emergenza nell'emergenza pandemica*, Welforum, 30/12/2020.

Augello, G. (a cura di), (2020), *Covid-19-Ranci Ortigosa: “Sanità pubblica essenziale. Reinvestire è priorità”*, Welforum, 11/03/2020.

Auser (2016), *Le case di riposo in Italia*, disponibile a <http://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/Auser-ricerca-case-riposo.pdf>

Backman, F. (2012), *L'uomo che metteva in ordine il mondo*, formato Kindle.

Beltramello, C. (2020), *La solitudine degli eroi*, Salute Internazionale, 7/05/2020.

Bernardi, F. (2006), *Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare*, Carocci Faber, Roma.

Bernardoni, A. (2020), *Gli eroi dimenticati nell'emergenza Covid-19*, Welforum, 1/04/2020.

Brenna, E. (2020), *Legami familiari e cura degli anziani in Europa. Aggiornamenti da SHARE*, Welforum, 27/10/2020.

Brizzi, L. e Cava, F. (2011), *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Carocci Faber, Roma.

Cellini, G. (2020), *Il ruolo delle professioni sociali nell'emergenza Coronavirus. Spunti di riflessione sull'oggi nell'attesa di un futuro*, Welforum, 26/03/2020.

Cerati, G., Sala, E., Zaccaria, D. (2020), *Anziani e reti di relazioni durante la pandemia. Primi risultati di uno studio esplorativo condotto in Lombardia*, Welforum, 3/06/2020.

Codess Sociale (2020), *Carta Servizi Rsa Villa Althea* (materiale interno)

Codess Sociale (2020), *Regolamento Rsa Villa Althea* (materiale interno)

Codess Sociale (2020), *Istruzione operativa per l'organizzazione delle visite agli utenti con separazione fisica*, Villa Althea-Villa Fiorita, (materiale interno)

Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (2020), *Codice Deontologico dell'assistente sociale*.

Cyrulnik, B. e Malaguti, E. (a cura di), (2005), *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento.

Desogus, A. (2018), *Un alieno in casa: una nuova fanta-commedia*, formato Kindle.

Detambel, R. (2016), *I libri si prendono cura di noi*, Ponte Alle Grazie, Milano.

Egea (2018), *L'innovazione e il cambiamento nel servizio della Long Term Care. Primo rapporto Osservatorio Long Term Care*, disponibile a <https://welforum.it/wp-content/uploads/2018/10/1%C2%B0RapportoLTC.pdf>

Fiore, F. e Casati, F. (2018), “*Complessità ed opportunità nel rapporto fra staff e parenti degli ospiti in Rsa*”, in *Riv. I luoghi della cura del Network Non Autosufficienza (NNA)*.

Franchini, R. (2020), *Le Rsa: se, per chi, come...*, Welforum, 26/11/2020.

Geria, A. e Lodigiani, R. (2020), *La contrattazione sociale di prossimità per la non autosufficienza oltre l'emergenza. Perché l'infrastruttura del welfare territoriale conta*, Welforum, 19/05/2020.

Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni (2020), *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezioni da SARS COV 2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da Covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS*

COV 2, versione del 28 marzo 2020, Roma: Istituto Superiore di Sanità. (Rapporto ISS Covid-19, n.2/2020 Rev.)

Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni Covid-19 (2020), *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS COV 2 in strutture residenziali sociosanitarie*, versione del 17 aprile 2020, Roma: Istituto Superiore di Sanità. (Rapporto ISS Covid-19, n.4/2020 Rev.)

Guaita, A. (2021), *“I familiari come parte essenziale del progetto di cura”*, in Riv. *I luoghi della cura del Network Non Autosufficienza (NNA)*.

Iacopini D. (2020), *Anziani. Don Albanesi: “Basta con le Rsa, è il momento di trasformarle”*, Redattore Sociale, 3/07/2020.

Inail (2020), *Gestione dello stress e percezione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza Covid-19*, disponibile a https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-gestione-stress-operatori-sanitari-covid-19_6443145764145.pdf?section=attivita

Istat (2016), *Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita*, 2016.

Joyce, R. (2012), *L'imprevedibile viaggio di Harold Fry*, formato Kindle.

Landra, P. e Motta, M. (2020), *Quali Rsa vogliamo?*, Welforum, 21/07/2021.

Lepri, S. (2020), *Cosa urge per la protezione dei fragili*, Welforum, 1/05/2020.

Ludovisi, C. (2020), *Le Rsa del futuro o senza futuro? Ecco come rivedere un “servizio necessario”*, Redattore Sociale, 9/09/2020.

Ludovisi, C. (2020), *Strutture per anziani, le tre “rivoluzioni” imposte dalla pandemia*, Redattore Sociale, 27/07/2020.

Maciocco, G. (2020), *Cure primarie e medicina di famiglia. Il vecchio e il nuovo*, Welforum, 28/07/2020.

- Maciocco, G. (2020), *Lettera aperta al Ministro della salute*, Welforum, 28/04/2020.
- Marocchi, G. e Pasquinelli, S. (a cura di), (2020), *Covid nelle Rsa: la strage silenziosa*, Welforum, 2/04/2020.
- Mirri, A. (2020), *Emergenza coronavirus e lavoro di servizio sociale d'urgenza*, Welforum, 22/05/2020.
- Modina, S. (2020), *L'organizzazione e controllo nelle Rsa. Residenze Sanitarie Assistenziali*, FrancoAngeli, Milano.
- Modini, W., Guaita, A., Trabucchi M. (2021), *Covid-19: cosa ha insegnato alle Rsa*, Webinar AIP (associazione italiana di psicogeriatrica) online del 7/04/2021.
- Morrison, J.B. (2015), *La fantastica storia dell'ottantunenne investito dal camioncino del latte*, formato Kindle.
- Motta, M. (2020), *Come potenziare l'assistenza domiciliare per i non autosufficienti?*, Welforum, 22/10/2020.
- Network Non Autosufficienza (2020), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, disponibile a http://www.irisonline.it/web/images/7dicembre2020/nna_2020_7%B0_rapporto.pdf
- Notarnicola, E., Rotolo, A. (2020), *Covid-19 e Rsa, oggi e domani*, Welforum, 12/05/2020.
- Novelli, M.C., Totis, M., Bruno, B. (a cura di), (2020), *Anziani e pandemia: lo strappo nel cielo di carta*, Welforum, 22/10/2020.
- Oms (2020), *Prevenzione e gestione del Covid nei servizi di assistenza a lungo termine*.
- Paladini, D. (2020), *I familiari degli ospiti delle Rsa scrivono al Garante: "Diritto all'affettività"*, Redattore Sociale, 29/06/2020.
- Pasquinelli, S. (2020), *Dopo la strage. Come ricostruire il futuro delle Rsa*, Welforum, 4/05/2020.

Pasquinelli, S. (a cura di), (2020), *L'impatto del virus sui servizi sociali*, *Welforum*, 11/03/2020.

Pasquinelli, S. (2020), *Solitudini*, *Welforum*, 23/03/2020.

Perocco, F. e Basso, P. (a cura di), (2007), *Per un invecchiamento pienamente attivo. Un'indagine sulla condizione e le attività degli anziani a Cavallino Treporti, Marcon e Quarto d'Altino*, disponibile a https://www.unive.it/pag/fileadmin/user_upload/dipartimenti/filosofia/doc/laboratori/laris/library/invecchiamento-pienamenteattivo.pdf

Pesaresi, F. (2020), *Covid-19. La mortalità nelle strutture residenziali per anziani*, *Welforum*, 7/07/2020.

Pesaresi, F., (1997), *“Le residenze sanitarie assistenziali. Il quadro normativo nazionale”*, in *Agenzia sanitaria italiana* n. 22/1997, Roma Edizioni A.S.I.

Pesaresi, F. (2020), *Covid-19. Le unità speciali di continuità assistenziali (Usca)*, *Welforum*, 29/04/2020.

Pezzati, R., Ballabio, R., Curia, L., Molteni, V., Maggi, A., Contento, E., Spolidoro, E., Durante, M. e Colombo, P. (2018), *Programma benessere emotivo anziani. Attività e giochi per conoscere, esprimere e gestire le emozioni*, Erickson, Trento.

Redattore Sociale (2017), *Anziani, la "Babele" dell'assistenza: solo 3 su 100 curati a domicilio*, disponibile a <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/anziani-la-babele-dell-assistenza-solo-3-su-100-curati-a-domicilio>

Rossi, P. (2014), *Organizzazione dei servizi socioassistenziali. istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci Faber, Roma.

Terraneo, M. (2018), *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, FrancoAngeli, Milano.

Vannotti, M. (2020), *Morire da soli, morire con gli altri*, *Welforum*, 15/04/2020.

Vicarelli, G. e Giarelli, G. (a cura di) (2021), *Libro Bianco. Il servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.

Vigorelli, P. (2020), *Sul coinvolgimento dei familiari nelle Rsa. Imparare dall'esperienza Covid-19*, Welforum, 24/06/2020.

Vigorelli, P. (2020), *Nuove consapevolezze sviluppate nelle Rsa durante l'epidemia*, Welforum, 9/06/2020.

Vigorelli, P. (2020), *Quali Rsa per il prossimo futuro?*, Welforum, 19/05/2020.

Sitografia

Cisl Piemonte Pensionati Fnp - Breve storia delle Rsa, <https://www.cislpiemonte.it/pensionati-fnp/newsletter/breve-storia-delle-rsa/?cn-reloaded=1>

Istituto romano di San Michele - La storia dell'assistenza, <http://www.irsm.it/la-storia-dellassistenza>

Pesaresi, F., OMS: undici obiettivi per ridurre l'impatto del Covid-19 nei servizi per anziani, <https://francopesaresi.blogspot.com/2020/07/oms-undici-obiettivi-per-ridurre.html?view=magazine>

Redazione Treviso Today, Nuovi spazi e postazioni speciali per gli abbracci in casa di riposo, <https://www.trevisotoday.it/attualita/castelfranco-casa-riposo-abbracci-26-ottobre-2020.html>