



# Università Ca' Foscari Venezia

Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali  
Corso di Laurea Magistrale in Lavoro, Cittadinanza Sociale, Interculturalità  
LM 87 - Servizio Sociale e Politiche Sociali

## TESI DI LAUREA MAGISTRALE



*"Campo di grano con volo di corvi"*

Vincent van Gogh, 8 luglio 1890, olio su tela, 50,5×103 cm, Van Gogh Museum, Amsterdam

Così Vincent descrisse la tela in una delle lettere al fratello Théo:

"Ho temuto, non completamente, ma però un pochino, di avervi spaventato di essere a vostro carico ma la lettera di Jo mi dimostra chiaramente che voi capite che per parte mia sono in travaglio e in pena come voi. Ecco, ritornato qui mi sono rimesso al lavoro, però il pennello mi cadeva quasi di mano, sapendo bene ciò che volevo e ho dipinto ancora tre grandi quadri. Sono delle immense distese di grano sotto cieli nuvolosi e non mi sento assolutamente imbarazzato nel tentare di esprimere tristezza e un'estrema solitudine."

### **Pandemia da SARS-CoV-2: come sono cambiate la socialità degli Ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani e la percezione del loro benessere psicologico?**

a cura di Lisa Fossen (mat. 860855)

docente relatrice: ch.ma prof.ssa Barbara Da Roit  
docente correlatore: ch.mo prof. Maurizio Busacca

Anno Accademico 2021/22 (sessione straordinaria)



In nessuna  
parte  
di terra  
mi posso  
accasare.

A ogni  
nuovo  
clima  
che incontro  
mi trovo  
languente  
che  
una volta  
gli ero stato  
assuefatto.

E me ne stacco sempre  
Straniero.

Nascendo  
tornato da epoche troppo  
vissute.

Godere un solo  
minuto di vita  
iniziale.

Cerco un paese  
Innocente.

di Giuseppe Ungaretti, 1918  
"Girovago" in L'Allegria

E il cuore quando d'un ultimo battito  
avrà fatto cadere il muro d'ombra  
per condurmi, Madre, sino al Signore,  
come una volta mi darai la mano.

In ginocchio, decisa,  
sarai una statua davanti all'eterno,  
come già ti vedeva  
quando eri ancora in vita.

Alzerai tremante le vecchie braccia,  
come quando spirasti  
dicendo: mio Dio, eccomi.

E solo quando m'avrà perdonato,  
ti verrà desiderio di guardarmi.

Ricorderai d'avermi atteso tanto,  
e avrai negli occhi un rapido sospiro.

di Giuseppe Ungaretti, 1929  
"La Madre" ne Il Sentimento del  
Tempo

## **RINGRAZIAMENTI**

Grazie a questo corso ho potuto analizzare i fenomeni sociali contemporanei, con particolare riguardo alle disuguaglianze sociali e di salute, economiche e lavorative, alla marginalità sociale e ai processi di esclusione, di inclusione, alle migrazioni e alle relazioni interculturali, alle questioni di genere e generazionali, alla sostenibilità ambientale dei sistemi di welfare. Ritengo di aver altresì avuto l'opportunità di ricevere conoscenze e competenze nell'analisi dell'evoluzione dei diritti sociali e di cittadinanza e nella comprensione delle trasformazioni dei sistemi di welfare in Europa. Interessante, anche se non poco faticoso per la sottoscritta, che proviene da studi tecnici, è stata l'apertura mentale e filosofica all'analisi delle situazioni critiche ascrivibili alla globalizzazione ed è stato in questo orizzonte, molto utile il tempo dedicato alla riflessione pedagogica ed antropologica sul senso dell'universalismo, a partire dalla categoria nucleare della differenza, che dilata le responsabilità individuali e collettive in un concetto di economia civile (corso della prof.ssa Ines Giunta sulle differenze e traiettorie formative). Con molto interesse ho potuto apprendere inoltre conoscenze teoriche e metodologiche riguardo agli sviluppi più recenti della psicologia sociale, nonché avere degli strumenti per una lettura e analisi critica dei principali processi psicosociali che regolano l'interazione tra individuo e contesto sociale (corso della prof.ssa Cecilia Jacomuzzi di Psicologia delle Relazioni Sociali). Anche la conoscenza e la comprensione delle teorie e dell'analisi delle disuguaglianze sociali nel mondo, delle cause e delle sue dimensioni, della differenza con il concetto di povertà e dei nuovi rischi sociali si è rivelato molto interessante (corsi del prof. Fabio Perocco di teorie e analisi delle disuguaglianze e della prof.ssa Francesca Campomori di politiche di contrasto ai nuovi rischi sociali).

Vengo ora alle riconoscenze più personali.

In primis desidero ringraziare la prof.ssa Barbara Da Roit, relatrice di questa

tesi e coordinatrice del Corso di Laurea Magistrale, per la sua preparazione, per il grande impegno percepito nel lavoro che svolge, per la disponibilità e la cortesia dimostrata durante questo periodo di ricerca e di stesura. Ho apprezzato molto la possibilità che ci ha dato di svolgere plurimi e cadenzati incontri di supervisione in gruppo, durante tutto il lungo periodo di elaborazione di questa ricerca, con le Colleghe tesiste dott.ssa Emma Casula e dott.ssa Francesca Mazzonetto: gli stimoli venuti dallo scambio reciproco, dalla collaborazione e dall'ascolto attivo sono stati fattori che hanno valorizzato questa esperienza ed il risultato finale.

Ringrazio poi il prof. Maurizio Busacca, docente correlatore, che mi ha offerto attente indicazioni teoriche e tecniche per stesura definitiva della tesi, migliorandola soprattutto in seno alla descrizione e motivazione della scelta metodologica della ricerca scientifica.

Grazie ai Direttori dei Centri di Servizio, dott. Paolo Battocchio, dott. Arrigo Boito e dott. Paolo Piazza, che hanno autorizzato la ricerca presso le loro Strutture, ed ai Coordinatori delle stesse, dott.ssa Ornella Bortot, dott.ssa Ivonne Colle, dott. Stefano De Salvador, dott.ssa Monica Fratta, dott.ssa Mirjana Ljevakovic, dott. Alessandro Villabruna, che si sono prontamente resi disponibili a partecipare allo studio e alla compilazione attenta del questionario loro somministrato.

Un sentito ringraziamento anche ai professionisti, esperti nelle scienze mediche ed infermieristiche in area geriatrica, che ho coinvolto per ricevere informazioni e suggerimenti utili al raggiungimento del risultato finale.

Grazie quindi al medico dr Giampaolo Ben, all'infermiere coordinatore dott. Angelo Manfroi e nuovamente all'infermiera coordinatrice dott.ssa Monica Fratta.

Un profondo sentimento di gratitudine esprimo poi ai miei genitori e a Daniel, mio figlio, per il continuo risultato evolutivo che oggi, adulta, mi permettono

di avere.

Un pensiero va poi agli altri Affetti più cari ed ai Colleghi di lavoro.

Ricordo dunque Alessandro Azara, che ben conosce le motivazioni che mi hanno portato ad intraprendere questo ulteriore corso di laurea magistrale e che è stata la prima persona ad essere aggiornata sulle singole giornate di lezione e di studio, sugli esiti degli esami e dei colloqui con i relatori nel periodo dedicato alla tesi.

Un altro pensiero va poi a Sara De Carli: amica capace di provare costante e buon interesse nei miei confronti e sentimento di gioia compartecipe rispetto ai risultati positivi ottenuti.

Penso inoltre alle mie Colleghe di lavoro, Milena Bertagno, Michela Olivotti ed Evi Tremea, che hanno sostenuto con approvazione e mai osteggiato il tempo dedicato allo studio.

Ricordo Milena anche perché, oltre a questo, mi ha incoraggiata nella scelta dell'iscrizione al nuovo percorso accademico ed ha seguito con interesse il lavoro di stesura del presente elaborato: la sua lettura attenta ha esitato in interessanti suggerimenti e spunti di riflessione.

Sono grata infine, ma non da ultimo, al dr Gian Antonio Dei Tos, che mi ha donato la propria etica della cura, quella del pensiero lévinassiano, secondo cui nella nudità dell'epifania del volto, e nell'assimetria tra l'io e il Tu (l'altro è "più alto di me e più povero di me": il suo essere "più alto" stabilisce l'urgenza e l'importanza della cura e il suo essere "più povero" la giustifica), si risponde all'appello dell'alterità e si trova, credo, la traccia dell'infinito. Ciò che caratterizza l'uomo in quanto tale è proprio una dimensione etica: la capacità di infrangere l'egoismo e di rispondere alla domanda dell'Altro, ovvero di esserne "responsabile" (E. Lévinas, 1961, *Totalità ed infinito: saggio sull'esteriorità*, Jaka Book, 2010).

Spero, e farò in modo, di adoperarmi a vivere la mia vita in tal senso e tenendo conto di questa estensione.

## **INDICE**

INTRODUZIONE	pag. 8
I. IL PROBLEMA E L'OBIETTIVO DI RICERCA	pag. 9
II. IL QUADRO TEORICO	pag. 16
2.1 Salute, malattia e socialità	pag. 16
2.2 Solitudine e pandemia da SARS-CoV-2	pag. 20
III. DOMANDA DI RICERCA E IPOTESI	pag. 24
IV. STRATEGIA E DISEGNO DELLA RICERCA	pag. 27
4.1 I casi studio	pag. 27
4.2 Metodi e raccolta dati	pag. 29
4.3 Problemi etici e limiti della ricerca	pag. 32
V. OSERVAZIONI E ANALISI DEI DATI	pag. 34
Il questionario	pag. 34
5.1 Il mutamento delle routine di vita	pag. 34
5.2 Attività educative/animazione/riabilitazione/ cura persona	pag. 37
5.3 Visitatori	pag. 39
5.4 Volontariato	pag. 40
5.5 Spiritualità	pag. 41
5.6 Personale	pag. 42
5.7 Formazione	pag. 44
5.8 Vaccinazione degli operatori	pag. 44
5.9 Considerazioni sulle persone anziane ospiti	pag. 45
5.10 Ultime considerazioni	pag. 45
VI. DISCUSSIONE DEI RISULTATI	pag. 47
VII. CONCLUSIONI	pag. 50
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	pag. 54
ALLEGATO 1 - QUESTIONARIO	pag. 57

## INTRODUZIONE

Questa tesi affronta il tema dell'impatto dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 sulle persone anziane che vivono in strutture residenziali. In particolare si è voluto comprendere come la pandemia e la sua gestione abbiano cambiato la socialità degli Ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani e come questa alterazione abbia impattato sulla percezione del loro benessere psicologico.

L'idea di questo lavoro è nata, in parte, da un progetto condiviso con la dott.ssa Nicole Stefani e la dott.ssa Giulia Samoré, studentesse del Corso di Laurea Magistrale in Lavoro/Cittadinanza Sociale/Interculturalità, all'interno dell'insegnamento in Metodologia della Ricerca Sociale.

Quest'ultimo ha costituito appunto la prima parte di un laboratorio di metodologia della ricerca, che si completava con un modulo di tecniche della ricerca qualitativa/quantitativa. Il corso ha contribuito all'ampliamento e alla specializzazione delle conoscenze e della comprensione dei metodi da applicare per lo studio di problemi di ricerca nell'ambito delle politiche e degli interventi sociali, integrando argomenti teorico-metodologici a concreti problemi e progetti di ricerca, tanto utili quanto necessari nella elaborazione del presente lavoro di tesi.

L'apprendimento di tale materia è stato verificato, oltre che con delle presentazioni e discussioni individuali, con un lavoro di gruppo, di analisi di un processo di ricerca nelle scienze sociali, con un approfondimento sugli elementi costitutivi di un progetto e sulla loro interdipendenza (problema della ricerca, teoria, domande, ipotesi di lavoro, valutazione dei limiti e dei vantaggi, rilevanza sociale e scientifica della ricerca e implicazioni etiche). È in questo contesto che si è sviluppato il mio interesse per questo tema di ricerca e si sono mossi i primi passi per comprendere la rilevanza del tema e per l'elaborazione teorica. La domanda di ricerca, la metodologia, la raccolta dati e l'analisi empirica sono state successivamente oggetto del percorso di tesi.



# CAPITOLO I

## IL PROBLEMA E L’OBIETTIVO DI RICERCA

I servizi residenziali per anziani sono oggetto di studio e dibattito da diversi anni, in quanto l’aumento dell’aspettativa di vita, l’incremento del numero dei cosiddetti grandi anziani, over 80, che necessitano di cure assistenziali e sanitarie dal carico sempre maggiore, e la parallela diminuzione delle nascite, hanno fatto emergere degli interrogativi rispetto alla sostenibilità futura del welfare.

Come dichiarato nel “Commission’s Demographic Report” del 2006 *“l’invecchiamento demografico, ossia l’incremento della proporzione di popolazione anziana, è soprattutto il risultato del rilevante sviluppo economico, sociale e medico che ha dato la possibilità agli europei di vivere più a lungo e in condizioni di vita più confortevoli, che non hanno precedenti simili nella nostra storia”*.

Proprio i cambiamenti demografici dunque, in particolare l’incremento del numero di anziani non autosufficienti, hanno messo in dubbio l’attuale sistema di politiche di Long-Term Care (LTC) - definite dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (1999) come quell’insieme di servizi sanitari e sociali erogati per un periodo di tempo prolungato a soggetti che necessitano di assistenza continuativa di base a causa di disabilità fisiche o mentali - e richiedono una riflessione rispetto a possibili soluzioni ed innovazioni da introdurre per riuscire a rispondere alle richieste di assistenza di tutti coloro che ne avranno bisogno (Bertin, 2009).

I sistemi di welfare attraversano infatti un processo di profonda trasformazione interna e di legame con il sistema economico. Il passaggio dalla modernità alla neomodernità cambia il rapporto fra economia e welfare, non più visto come fattore di risposta ai fallimenti del mercato, ma come motore allo sviluppo locale. Le politiche sociali incidono sulla salute, sulla capability e sul capitale sociale delle persone. Tali fattori costituiscono i determinanti sociali dello sviluppo locale (Bertin, 2010).

Secondo Fosti G. e Notarnicola E., che nel 2014 hanno svolto uno studio sui modelli di welfare e di Long-Term Care in Europa, la governance,

l'articolazione della spesa pubblica e, per la non autosufficienza, l'organizzazione manageriale del sistema (allocazione delle responsabilità, dei meccanismi decisionali, delle modalità di finanziamento e gestione dei servizi) si sono fatti temi sempre più cogenti dagli anni '70 della crisi petrolifera ai giorni nostri.

Secondo gli studi compiuti dalla prof.ssa Da Roit (2017), negli anni '90 soprattutto, la questione dell'invecchiamento viene messa al centro del dibattito politico in Europa, soprattutto in relazione alla sostenibilità del welfare state, andando a toccare la politica pensionistica e quella sanitaria. La crescita del numero di anziani e delle malattie croniche, in un contesto di limitata crescita economica, rappresentano delle minacce alla sostenibilità della spesa pubblica e sono alla base delle riforme avvenute in quegli anni, sulla base dell'assunto che le cure dell'anziano a domicilio siano meno costose perché ampiamente sostenute dal lavoro di cura gratuito delle famiglie. Si sviluppano quindi dei criteri più ristrettivi per l'accesso ai servizi, mirati a ridurre la platea dei beneficiari e a contenere i costi.

Sempre negli anni '90 si diffonde l'idea che l'intervento pubblico e soprattutto la gestione pubblica dei servizi siano inefficienti, e che il mercato rappresenti un migliore meccanismo regolativo. Di conseguenza, nascono nuove forme di produzione e di regolazione dei servizi: l'affidamento di questi ultimi a soggetti privati basati su procedure competitive, l'introduzione del sistema in cui gli operatori sociali non producono ma acquistano servizi, nonché l'introduzione di benefici economici da spendere nel mercato dei servizi per le cure. Tale svolta, che trasforma gli utenti dei servizi in consumatori, ha servito a molteplici obiettivi di garantire la scelta e l'autodeterminazione dei destinatari, di ridurre il peso della burocrazia, di incrementare l'efficienza riducendo il costo di produzione dei servizi.

Si comprende che proprio in questo contesto, particolarmente frammentato e non coordinato dallo Stato, in Italia si sia verificata una grande trasformazione delle pratiche di cura degli anziani: un numero crescente di famiglie con responsabilità di assistenza verso gli anziani fa ricorso a lavoratrici – le badanti o assistenti familiari – soprattutto straniere, che svolgono la loro attività e vivono presso le case persone anziane stesse.

Oggi la solidarietà intergenerazionale scricchiola sotto il peso della

insostenibilità dei costi delle pensioni e dell'alto tasso di disoccupazione giovanile. Fin dall'approvazione della decisione n. 940/2011/UE del Parlamento e del Consiglio Europeo, adottata in occasione dell'anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni (2012), si è preso atto che la fascia della popolazione dell'Unione formata dagli anziani aumenterà ad un ritmo molto più veloce di quanto non sia mai accaduto in passato, così ponendo una serie di nuove sfide per i Paesi membri e le istituzioni dell'UE. Purtroppo, però, l'azione delle istituzioni europee non è stata finora così solerte come avrebbe dovuto o ci si sarebbe aspettati stante questa pubblica e ufficiale presa di coscienza (Fili, Gruppo interdisciplinare sull'invecchiamento attivo – Active Ageing Group dell'Università degli Studi di Udine, 2022).

La necessità di trovare nuove modalità di intervento per assistere la popolazione anziana e garantire servizi residenziali capaci di rispondere alle esigenze degli ospiti, promuovendone il benessere e la salute, è diventata una questione ancor più urgente a partire dal 2020, con la diffusione del virus SARS-CoV-2.

L'epidemia ha incrementato le difficoltà del sistema di welfare, mettendo in evidenza alcune criticità relative alla qualità dei servizi e sulla possibilità di offrire risposte adeguate agli individui, soprattutto i più fragili e maggiormente esposti al contagio, anche sul versante sociale e psicologico, (Ferrucci et al, 2021; Andreoni e Nardone, 2020).

Si cita, a tale proposito, il Rapporto sulle assistenze di lungo termine della Commissione Europea del 2021: la relazione mappa la domanda attuale e futura di assistenza a lungo termine e le lacune nell'accesso all'assistenza formale, nel contesto dei cambiamenti demografici, in particolare la quota crescente della popolazione anziana e i cambiamenti nelle strutture domestiche e nel mercato del lavoro. Si evidenziano lacune nella copertura della protezione sociale dell'LTC e l'impatto che queste potrebbero avere sul tenore di vita delle persone anziane. Sebbene la qualità dell'assistenza a lungo termine sia un'aspirazione comune, il rapporto rivela una diversità di approcci per definire e misurare la qualità. Nonostante il notevole potenziale di creazione di posti di lavoro nel settore, la carenza di personale è abbastanza comune, anche a causa delle difficili condizioni di lavoro.

In Italia, nell'assistenza residenziale (ma così è anche in quella domiciliare) non ci sono standard nazionali e molte decisioni e i criteri di valutazione sono delegati al livello regionale e comunale. Questa situazione produce un'estrema eterogeneità nelle condizioni di valutazione e nei criteri di accesso. La misura di LTC più importante in Italia è l'indennità di Accompagnamento (IdA), cui però i beneficiari non hanno alcun tipo di responsabilità rendicontativa di come viene speso il contributo monetario concesso. Più della metà della spesa pubblica italiana per l'LTC è quindi impegnata in un programma che intrinsecamente non include alcuna garanzia di garanzia della qualità.

La recente pandemia di COVID-19 ha drammaticamente mostrato i punti deboli di tale sistema. Per la prima volta da decenni, l'attenzione alla LTC in Italia è fortemente aumentata a causa dei drammatici eventi legati alla pandemia – e più nello specifico, alla situazione e ai decessi nell'assistenza residenziale.

Il livello degli investimenti nell'assistenza residenziale infatti è limitato: solo il 28% circa della spesa pubblica totale per l'LTC va a questo tipo di assistenza (con una media del 48 % nell'UE).

Il nostro Paese risulta in ritardo rispetto a molti altri Stati membri dell'UE, in particolare quelli dell'Europa centrale e settentrionale, sia nell'assistenza residenziale che domiciliare. I dati sull'offerta di posti letto residenziali mostrano come, sebbene il numero sia aumentato nel tempo (erano 393,3 posti letto ogni 100.000 abitanti nel 2014 e 415,8 nel 2017), rimane relativamente abbastanza basso: tra i 23 Stati membri che forniscono dati su questo argomento, l'Italia è tra i sette Stati membri con la densità più bassa (con Bulgaria, Grecia, Croazia, Lituania, Polonia, Romania). I paesi scandinavi, l'area del Benelux e la Germania hanno il doppio dei posti letto per abitante rispetto all'Italia e Francia ed Austria ne hanno quasi il doppio.

A questo proposito, c'è un dibattito interessante sui motivi per cui, tra le regioni del Nord Italia più colpite dalla pandemia, la Lombardia sembra essere la peggiore. Tra molte potenziali spiegazioni, gli esperti sottolineano il fatto che la Lombardia ha, rispetto a Veneto ed Emilia-Romagna, un più debole coordinamento tra il proprio sistema ospedaliero, residenziale e dei servizi domiciliari.

Prendersi cura all'interno delle case di cura significa anche prestare attenzione a come l'abbigliamento sostiene l'individuo e al lavoro che comporta la cura. Alle numerose manifestazioni della complessità dell'assistenza in un ambiente di casa di cura, sembra che si possano aggiungere i servizi di lavanderia come indicatore della qualità complessiva dell'assistenza di una struttura residenziale: vedere la cura attraverso la lente del bucato risulta interessante, in quanto i residenti e le famiglie desiderano un'assistenza centrata sulla persona in un ambiente domestico che sia sicuro ed efficace. Cercare di trovare un equilibrio affinché questi obiettivi possano essere raggiunti è alla base delle numerose sfide che le nostre case di cura affrontano ogni giorno. L'efficace trattamento del bucato da parte del personale nelle strutture - e che si traduce nel fatto che i residenti hanno vestiti puliti in modo tempestivo - può contribuire a far sì che una casa di cura trovi il giusto equilibrio tra preoccupazioni sociali e sanitarie per soddisfare in definitiva il bisogno di assistenza centrata sulla persona. Allo stesso tempo, l'importanza dell'autonomia personale e delle cure rispettose, insieme a uno staff sano bilancia questa discussione con la realtà della gestione dei costi, dei rischi, del controllo delle infezioni e delle esigenze della forza lavoro spesso diversificata di una casa di cura. È in questo contesto, guidato dall'economia politica femminista, informata dalle teorie della cura, che si inserisce la particolare discussione che si fa ancor più importante in seguito alle modifiche intervenute rispetto alla vestizione e cura della persona in seguito all'insorgere della pandemia da SARS-CoV-2 (Armstrong & Day, 2017/2020).

Un'ulteriore analisi delle conseguenze psicologiche e sociali determinate da questo particolare periodo pandemico è riportata anche negli studi compiuti da Benassi e Mazzacurati (2020), i quali propongono soluzioni e prospettive di azione per affrontare il futuro, rimediare ai disagi causati dalla pandemia, ed individuare gli interventi più adeguati a sostenere gli individui ed aiutarli a superare i traumi dovuti al lockdown. Inoltre non mancano le riflessioni in merito a quale debba essere la risposta da parte delle residenze per anziani, e quale direzione dovranno intraprendere le riforme in questo settore, come evidenziato da Giunco nell'articolo pubblicato su Welforum "Oltre la pandemia. Riflessioni intorno alle residenze per anziani" (2021).

L'intensità del disagio vissuto durante la pandemia ha avuto un impatto sulla

qualità di vita degli anziani e sulla capacità di adattamento e risposta da parte dei servizi, che necessita di essere indagata e ricalibrata, anche in funzione delle risorse a disposizione.

In particolare, la recente emergenza epidemiologica, dichiarata dal Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e successivamente dichiarata pandemia, che ha visto la diffusione del virus denominato SARS-CoV-2, ha portato all'attivazione di necessari provvedimenti per la tutela della popolazione quali, fra gli altri, la restrizione dei contatti interpersonali e l'isolamento sociale<sup>1</sup>.

Questi accorgimenti sono stati finalizzati a salvaguardare i sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali, ormai sovraccarichi, e nel contempo a proteggere dal contagio i soggetti più a rischio, *in primis* gli anziani. È quotidianamente sostenuto dagli addetti ai lavori e dai media, che la separazione di questi dai familiari e dalla rete di relazioni informali possa comportare conseguenze preoccupanti per la popolazione della terza età.

Come sottolineato da Armitage e Nellums (2020), i contatti sociali contribuiscono in modo fondamentale alla qualità della vita delle persone anziane, tanto in termini di mantenimento di uno stile attivo, dinamico e indipendente, quanto nel rispondere ai bisogni di protezione, sicurezza e appartenenza che si intensificano in età avanzata. Il ritiro sociale e l'esclusione dalle relazioni familiari, da quelle informali costituite dalle amicizie e dalla rete di vicinato, può quindi minare il senso di sicurezza e la salute di questa fascia di popolazione.

L'isolamento derivato dalle restrizioni imposte alla libertà individuale e alle relazioni interpersonali durante la pandemia non è l'esito lento e graduale della riduzione del mondo relazionale degli anziani, ma nasce da una repentina esigenza di tutelare la popolazione dal pericolo di contagio. Inoltre, la riduzione dei contatti risulta essere un problema per gli anziani, per gli operatori delle strutture che li accolgono, e per i familiari che non possono fare

---

<sup>1</sup> Si richiama appunto il primo intervento normativo a carattere nazionale, la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 di dichiarazione dello stato di emergenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di agenti virali trasmissibili, cui ne sono seguiti molteplici ed innumerevoli ed a vari livelli legislativi.

visita ai parenti.

Analizzare come le strutture residenziali abbiano affrontato la necessità di incrementare l'isolamento e il distanziamento sociale, come si siano riorganizzate e con quali esiti è importante per lo sviluppo delle politiche di LTC tenendo conto che dell'obiettivo finale degli interventi che è il perseguimento ed il mantenimento del miglior stato di salute possibile per la singola persona in relazione alle condizioni fisiche e psichiche nelle quali essa si trova.

Obiettivo della ricerca è stato analizzare come diverse strutture residenziali abbiano applicato le misure anti-contagio e come queste abbiano inciso sulla percezione del benessere psico-fisico e sociale degli anziani nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dal punto di vista degli operatori sanitari e socio-sanitari. È già stato riscontrato che la pandemia ha avuto ripercussioni negative su molteplici aspetti della vita quotidiana (Benassi, Mazzacurati, 2020). La ricerca ha inteso analizzare gli effetti percepiti delle trasformazioni a livello di servizi (animazione, attività di socialità all'interno delle residenze, contatto con l'esterno) sul benessere degli anziani soprattutto a livello psico-sociale. Concentrarsi sul punto di vista degli operatori ha offerto una prospettiva parziale – che esclude quella delle persone anziane e dei familiari – ma importante e non molto indagata.

La comprensione degli aspetti percepiti che possono aver minato la qualità della vita degli ospiti delle RSA nel periodo di distanziamento sociale può giovare agli operatori, educatori, assistenti sociali, psicologi, ed addetti alla progettazione di interventi in quest'ambito, al fine di bilanciare attività di promozione della socialità e invecchiamento attivo con le misure di sicurezza intervenute. La ricerca può inoltre rappresentare un punto di partenza per l'approfondimento di altri punti di vista.

## CAPITOLO II

### IL QUADRO TEORICO

#### 2.1 Salute, malattia e socialità

L'OMS definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”<sup>2</sup>, come indicato nella seconda versione della Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG) per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze MNS in contesti sanitari non specialistici, del 2016<sup>3</sup>. Essa rappresenta, inoltre, una risorsa per la vita quotidiana, un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche<sup>4</sup>, come indicato dalla Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, firmata a Nuova York il 22 luglio 1946, approvata dall'Assemblea Federale il 19 dicembre 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948. Negli ultimi anni si è posto l'accento soprattutto sulla salute delineata come “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive”, mettendo in evidenza la possibilità di convivere con la malattia ed utilizzare le proprie risorse per farvi fronte, ottimizzando la qualità di vita in tutte le fasi del ciclo vitale. Inoltre, la salute è da considerarsi un elemento imprescindibile per l'interazione con la società e la costruzione di legami personali, ed è identificabile quale diritto fondamentale, il cui godimento deve essere assicurato a tutti i cittadini, come evidenziato dall'art. 32 della Costituzione<sup>5</sup>. Infatti anche lo Stato è tenuto ad intervenire al fine di garantire cure e benessere a tutti gli individui, sottolineando l'importanza non solo individuale, ma anche collettiva, della preservazione di uno stato di salute positivo.

---

<sup>2</sup> Ministero della Salute,

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=La%20salute%20mentale%20%C3%A8%20parte,di%20malattia%20o%20di%20infermit%C3%A0%22>

<sup>3</sup> mhGAP Intervention Guide mhGAP-IG, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>;

<sup>4</sup> Constitution of the World Health Organization, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>;

<sup>5</sup> Costituzione della Repubblica italiana, art. 32, <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge>



Relativamente al significato di salute nei Centri di Servizio per anziani, si deve tenere conto che l'obiettivo primario di ogni sistema socio-sanitario dovrebbe essere quello di massimizzare il benessere del paziente (Lubkin e Larsen, 1990), soprattutto in quelle situazioni in cui la qualità della vita rappresenta un valore primario e, nel contempo, è particolarmente a rischio, come nei pazienti appunto ricoverati nelle (RSA).

Queste ultime sono, per definizione, luoghi in cui si concentrano l'elevata prevalenza di deterioramento cognitivo e di grave dipendenza funzionale; la condivisione di spazi comuni e la difficoltà di privacy ambientale; la scarsa interazione o uscita all'esterno; la difficoltà di operare scelte, e di controllo per la propria vita e per le autonomie residue. Queste ultime tre caratteristiche, in particolare, definiscono l'istituzione totale (Degenholtz, 2010). È proprio in queste istituzioni – nelle quali le persone anziane trascorrono lunghi periodi di tempo, spesso fino al decesso o in condizioni di malattia avanzata, a volte di perdita di individualità, di tempo (passato, presente e futuro) e di significato – che il concetto di qualità della vita e di benessere serve da chiave di lettura per dirigere l'intervento socio-assistenziale.

Ed è in particolare nelle condizioni più difficili, quelle incurabili o terminali, che il benessere della persona assume il massimo valore e conferisce il senso dell'intervento e della vita, avvalendosi di azioni "piccole e quotidiane" quali fare le cose, e nel modo più gradito, chiudere il cerchio della propria esistenza, percepire e trovare piacere dalle stimolazioni e dalle situazioni ambientali. In tale approccio, peraltro, si può ritrovare il significato più profondo della geriatria: il non perdersi in ciò che manca ed è venuto meno, ma il ricercare ciò che è rimasto, ciò che di significativo può essere potenziato, pur in presenza della malattia e della disabilità (Guaita, 2005).

Il risultato di benessere e di qualità della vita della persona ricoverata in RSA è quindi l'obiettivo primario del prendersi cura della persona, il risultato sul quale giudicare l'organizzazione nel suo complesso, dagli aspetti strutturali, a quelli di cura e relazionali.

Soffermandosi poi sulla salute mentale, bisogna evidenziare che la vecchiaia è un'età complessa, che generalmente porta con sé la più elevata concentrazione di problematiche di salute dell'intero ciclo di vita. Molti degli eventi che

accompagnano l'età avanzata, infatti, possono alterare la qualità di vita e compromettere lo stato di salute mentale, innescando a volte la comparsa di sintomi neurologici o psichici (quali ad esempio la demenza, la depressione, i disturbi d'ansia e i problemi correlati all'abuso di sostanze).

A tale proposito si possono distinguere tre tipi di senilità:

- la senilità psicofisica, che riguarda le ripercussioni psicologiche delle modificazioni fisiche;
- la senilità sociale, legata alla cessazione dell'attività lavorativa e cambiamento di ruolo nella comunità;
- la senilità psichica, determinata dal profilo caratteriale e dai rischi relativi alla solitudine (come la depressione senile, detta anche depressione involutiva).

Nelle RSA, la depressione e la demenza sono considerate i due maggiori problemi da gestire per migliorare la salute mentale degli anziani residenti (Journal of the American Geriatric Society, 2003).

Si contrappone al concetto di salute quello di malattia, ovvero una sindrome o modalità comportamentale o psicologica, clinicamente significativa, associata a un malessere o a una menomazione<sup>6</sup>.

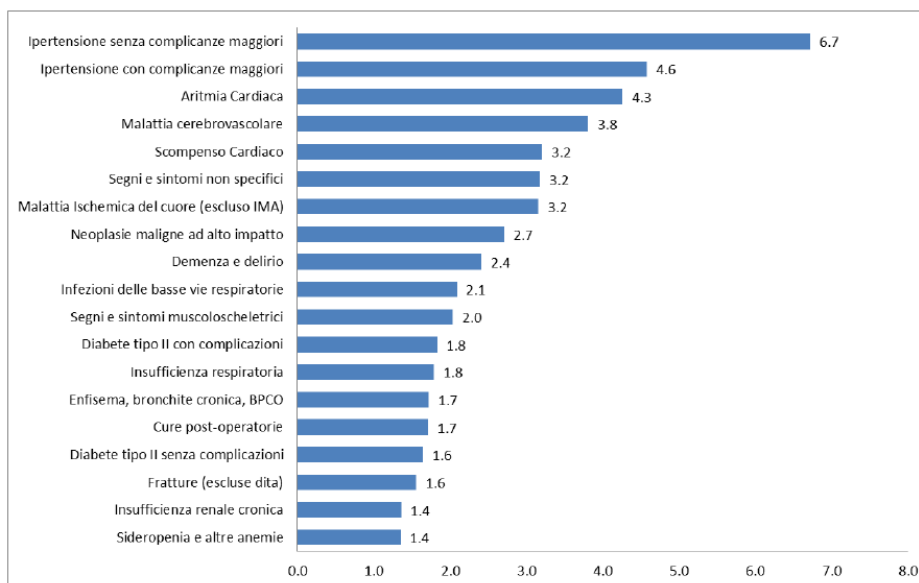
L'allungamento della vita media ha portato anche modifiche sul profilo epidemiologico della popolazione: l'invecchiamento della popolazione correla con l'aumento di patologie croniche e comorbidità.

Da anni la Regione Veneto è impegnata nell'analisi del numero omogeneo di malattie della popolazione utilizzando il sistema di classificazione ACG (Adjusted Clinical Groups) che, con i dati dei flussi informativi sanitari correnti, stratifica la popolazione generale in un numero limitato di categorie che si caratterizzano per profili simili per numero di malati con il conseguente impatto assistenziale.

I dati del 2015, elaborati con il Sistema ACG, evidenziano che la seguente situazione per la popolazione con più di 50 anni:

---

<sup>6</sup> Enciclopedia Treccani, <https://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-mentale/>



Le RSA, dunque, danno una risposta anche a chi soffre di queste particolari patologie e si trovano a gestire diabete, neoplasie, cardiopatie e ipertensione arteriosa, ma anche problemi osteo-articolari, respiratori, malattie legate all'apparato digerente e problematiche croniche epato-biliari, fino ai casi gravi di morbo di Parkinson, di Alzheimer e di demenza, anche severi.

Anche la solitudine è una malattia: i rischi derivanti da tale condizione e sentimento sono molti, sia dal punto di vista psicologico che dal punto di vista fisico. È infatti stimata come un fattore di rischio non soltanto per la depressione, ma anche per il declino cognitivo e per lo sviluppo di demenze (quali l'Alzheimer), fino a ricollegarsi alle morti premature.

Dal punto di vista sociologico, Gallino, nel dizionario di sociologia del 1978, indica la socialità come l'insieme di quei processi tramite i quali un individuo sviluppa, lungo tutto l'arco della vita ed attraverso l'interazione sociale, il grado minimo di competenza comunicativa e di capacità di prestazione.

Tale competenza è compatibile con le esigenze della sua sopravvivenza psico-fisica entro una data cultura ed un certo tipo di civiltà; ciò avviene con gruppi o organizzazioni di vario tipo, che ne costituiscono le variabili. Il patrimonio culturale di una società si forma attraverso i passaggi ora descritti.

Il concetto di isolamento sociale, in opposizione e complementarità, consiste nella perdita di contatto con il mondo che ci circonda e può colpire in qualsiasi fase della vita. Secondo il *“Report sulla prevenzione, intervento e cura delle demenze”*, aggiornato dalla Lancet Commission nel 2020<sup>7</sup>, infatti, il contatto sociale, considerato un fattore protettivo, migliora la riserva cognitiva e stimola comportamenti salutari, mentre l’isolamento sociale, oltre a essere un fattore di rischio, costituisce un sintomo prodromico della demenza.

La presente ricerca si è soffermata sul rapporto tra modificazione della socialità e salute nel senso sopra illustrato, in un contesto di specifica ed elevata fragilità come quello delle strutture residenziali.

Se il benessere percepito di una persona è il risultato di una condizione di salute riferita a molteplici fattori tra cui quello sociale, ci si può attendere che la prescrizione dell’isolamento abbia avuto delle ripercussioni importanti.

## **2.2. Solitudine e pandemia da SARS-CoV-2**

Se la socialità è un elemento basilare per ogni essere umano, risulta essere a maggior ragione un aspetto di protezione per gli anziani, in quanto essa può mitigare i cambiamenti dovuti all’età tramite una buona interazione con gli altri. Gli studi gerontologici e geriatrici hanno sottolineato l’importanza della socialità e dell’isolamento sociale per il benessere delle persone anziane. Trabucchi (2009) ha mostrato la relazione tra sintomi depressivi o disturbi dell’umore e riduzione della socialità. Uno studio condotto sui dati dell’English Longitudinal Study of Aging - ELSA (uno studio longitudinale che raccoglie dati multidisciplinari da un campione rappresentativo della popolazione inglese di età pari o superiore a 50 anni per esaminare tutti gli aspetti dell’invecchiamento in Inghilterra) ha confermato come elevati livelli di solitudine inducono ad una progressione della fragilità (Gale et al, 2017). Gli anziani con i più alti livelli di solitudine sono quasi due volte più esposti alla probabilità di morire prematuramente di quelli con i livelli più bassi di solitudine (Cacioppo e Cacioppo, 2015).

---

<sup>7</sup> Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2820%2930367-6/fulltext>

Guerrini (2008) ha indagato che la depressione è uno dei principali disturbi che colpiscono la salute mentale tra gli anziani residenti nelle case di cura. La sua maggiore prevalenza tra i soggetti istituzionalizzati è dovuta alla sua relazione complessa e interattiva con comorbidità, disabilità e deterioramento cognitivo, mentre è incerto il ruolo del passaggio alla casa di cura come fattore di rischio. La depressione diminuisce la qualità della vita ed è correlata a peggiori esiti funzionali, sanitari e cognitivi. Spesso è poco riconosciuto a causa della sua presentazione somatica e della presenza di demenza. Sebbene diversi farmaci antidepressivi si siano dimostrati efficaci e ben tollerati nei pazienti anziani fragili, la gestione della depressione dovrebbe comprendere interventi non farmacologici e una maggiore attenzione da parte del personale infermieristico alla qualità complessiva dell'assistenza.

Si richiamano qui anche gli studi di epidemiologia dei residenti nelle strutture svolti da Guaita e Cherubini nel terzo monitoraggio degli interventi sulla residenzialità degli anziani non autosufficienti in Italia (2011). I dati ISTAT del 2006 rappresentano dei cambiamenti significativi rispetto ai bisogni che la popolazione anziana, di età sempre più avanzata (over 85) e con prevalenza di solitudine e vedovanza (il 72% delle donne di tale coorte, dimostrando nel contempo una bassa presenza di caregiver da parte dei maschi), porta nelle residenze: il turn-over avviene principalmente per decesso o dimissioni, pur con disomogeneità tra nord, centro e sud Italia. Emerge da tali ricerche che i residenti delle RSA sono sempre più vecchi e che la moda statistica si avvicina ai 90 anni: tale “invecchiamento dei vecchi” è particolarmente acuto e causa esso stesso una somma di fragilità biologiche che affliggono anche i settori dell'organismo non colpiti da malattia, ma si accompagna anche a fragilità di tipo sociale, psicologico-culturale ed economico. Inoltre l'associazione fra patologia e disabilità avviene sia sul piano fisico che psichico (dal deterioramento cognitivo alla demenza, depressione, psicosi): la quasi totalità dei residenti infatti ha come causa principale o associata di non autosufficienza quella psichica, sia di tipo cognitivo che affettivo.

Ancora Guaita, nell'ambito della relazione che ha presentato in occasione del 55° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria tenutosi a Firenze nel 2010, ha cercato di dare risposta alle seguenti domande:

- vi sono difficoltà specifiche per la definizione diagnostica della depressione in RSA?
- chi sta in RSA è più depresso di chi, a pari condizioni, sta a casa?

È stato rilevato che:

- in RSA vi sono più difficoltà nel definire la depressione che nella popolazione generale della stessa età;
- i dati di prevalenza non sono del tutto affidabili per le differenze di metodo e per le difficoltà del contesto;
- la maggior presenza iniziale e la diminuzione dei sintomi con il ricovero, assegna un ruolo centrale alla fase di transizione;

L'opinione di una maggior presenza di depressi nelle RSA potrebbe essere un errore di tipo primo (i sintomi sono riportati più spesso come somatici, pochi parlano di "depressione", si assiste nel contempo a deterioramento cognitivo, non si applicano cure per i disturbi dell'umore, vi è confusione con l'invecchiamento, il medico fa poche domande non "fisiche" e dedica poco tempo agli aspetti soggettivi, vi è difficoltà nell'utilizzo del "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" DSM in RSA per cause legate alla comorbilità).

I succitati studi mostrano, seppur con un certo grado di inaffidabilità del dato derivante appunto da errori di misurazione, come la vita in RSA rappresenti dunque, di per sé, una sfida per la salute, dal momento che le persone sono sottratte al loro "normale" ambito di vita e le loro relazioni sono significativamente mutate.

Nell'ultimo biennio, l'insorgere della pandemia da COVID-19 ha colpito duramente le RSA, non solo per l'elevato numero di contagi e di decessi che ha interessato gli ospiti, ma anche per le ricadute negative che la chiusura e l'isolamento dall'esterno verso i familiari, nonché dell'isolamento interno dei pazienti nelle loro stanze, nella limitazione dei contatti fisici e nell'utilizzo dei DPI, hanno avuto sulle loro condizioni di salute. Per fronteggiare e modificare la situazione di isolamento, le strutture hanno cercato di riorganizzare i servizi, proponendo un numero di attività per supplire alla mancanza delle famiglie, quali quelle individuali specifiche e programmate previste nel piano individuale di ciascun ospite (ad esempio da fisioterapisti ed educatori), quelle

che si sono sviluppate grazie alla tecnologia quali le videochiamate ai parenti, o l'incentivo delle attività di gruppo sui singoli piani di degenza.

Dunque, il recente fenomeno epidemiologico e le relative misure anti-contagio che hanno imposto isolamento e restrizioni sociali anche nelle strutture residenziali per anziani, hanno inficiato fortemente sulla salute della predetta fascia d'età sia a livello mentale che sociale, oltre che sulla loro percezione del benessere. Tuttavia, ci si è potuti attendere che il modo specifico con il quale le RSA hanno riorganizzato le attività interne, le risorse professionali ed organizzative con cui hanno fatto fronte alla necessità del distanziamento abbiano avuto un impatto differenziato sulle persone anziane e sul loro benessere.

## **CAPITOLO III**

### **DOMANDA DI RICERCA E IPOTESI**

La domanda che guida la ricerca è la seguente: quali sono stati, dal punto di vista dei professionisti socio-sanitari delle RSA, gli effetti dell'isolamento imposto dalle misure di contrasto della pandemia sulle persone anziane?

1. In che misura la risposta alla pandemia ha comportato un aumento dell'isolamento rispetto all'esterno delle RSA?

Si è ipotizzato che la pandemia abbia modificato la socialità nelle RSA a causa del divieto di visita dall'esterno. Tuttavia, i cambiamenti avvenuti possono essere stati differenti a seconda delle RSA e anche per diversi gruppi di utenti a seconda delle specifiche modalità organizzative introdotte.

2. In che misura la risposta alla pandemia ha comportato un aumento dell'isolamento all'interno delle RSA?

L'ipotesi è che sia cambiata la routine quotidiana in struttura; si prendano qui in considerazione sia la riduzione delle attività sociali, sia l'imposizione dell'uso delle mascherine.

3. In che misura sono state introdotte nuove misure e modalità organizzative per ridurre l'impatto dell'isolamento interno ed esterno?

Si è pensato che uno dei principali strumenti che hanno potuto mantenere attivo il livello di socialità negli anziani in RSA sia stato rappresentato dall'utilizzo dei mezzi digitali. Le videochiamate, ad esempio, potrebbero avere favorito la comunicazione ed il contatto a distanza degli anziani con i propri cari, rappresentando dunque un prezioso ed innovativo strumento per sostenere la socialità, e di conseguenza il benessere della popolazione anziana accolta in RSA. È inoltre stato ipotizzato che siano stati messi in atto mutamenti organizzativi nelle attività svolte da figure professionali (ad esempio educatori/animatori) ed innovazioni (sul modello, ad esempio della "stanza degli abbracci") per consentire il proseguo delle attività, pur in presenza di misure di protezione e distanziamento. È stata tuttavia indagata la misura in cui



tali misure e innovazioni siano state attivate, per quali profili di ospiti e a seconda di quali risorse e di quali vincoli organizzativi delle RSA.

4. Quali differenze si riscontrano tra le RSA nelle modalità con cui hanno riorganizzato i servizi, le routine, la socialità?

Si è supposto che le differenze strutturali degli edifici, sia per la loro architettura che per gli eventuali interventi di ammodernamento, abbiano portato a soluzioni diverse di riorganizzazione (disponibilità di spazi per stanze singole, per percorsi separati, ecc.).

Si è formulata l'ipotesi che la gestione unificata di più strutture abbia agevolato la rete tra le stesse, per migliorare i servizi e rispondere in modo efficiente alle difficoltà sia del personale che delle procedure operative per la miglior gestione dei rischi derivanti della pandemia. Si è pensato che tale modello abbia portato ad un miglioramento della qualità dei servizi erogati e ad economie di scala che incrementano l'efficienza.

5. In che misura l'aumentato isolamento esterno è stato correlato a un peggioramento del benessere sociale degli ospiti secondo la percezione dei professionisti socio-sanitari?

Di seguito le ipotesi:

- uno dei fattori che ha impattato negativamente sul funzionamento cognitivo e psicologico degli anziani è riferito al ridotto contatto con l'esterno;
- l'aumentato isolamento dall'esterno ha alimentato l'insorgenza di ansia e depressione, deterioramento cognitivo e patologie mediche correlate;
- l'introduzione delle innovazioni e riorganizzazioni specifiche per ridurre l'impatto negativo delle misure di contenimento ha avuto un impatto positivo.

6. In che misura l'aumentato isolamento interno è connesso a un peggioramento del benessere sociale degli ospiti come percepito dagli operatori?

Si è ammesso che nella fase in cui la restrizione dei contatti diveniva soprattutto per gli anziani un fattore protettivo dal contagio da COVID-19, la correlata sospensione delle attività di socialità nelle RSA diminuiva il benessere psicologico e cognitivo degli anziani.

Si è ipotizzato che uno dei fattori che ha impattato negativamente sul funzionamento cognitivo e psicologico degli anziani sia riferito al cambiamento della routine quotidiana presso l’RSA.

Si è supposto, di conseguenza, che la diminuita socialità abbia alimentato l’insorgenza di ansia e depressione, deterioramento cognitivo e patologie mediche correlate. Si è ipotizzato che l’introduzione delle innovazioni e riorganizzazioni specifiche per ridurre l’impatto negativo delle misure di contenimento abbia avuto un impatto positivo.

## **CAPITOLO IV**

### **STRATEGIA E DISEGNO DELLA RICERCA**

Di seguito si descrivono scelte e motivazioni compiute nel tentativo di rispondere alle domande di ricerca tenendo conto dei criteri metodologici di affidabilità, la validità e la replicabilità.

Il disegno della ricerca si è basato su uno “studio di casi”, che ha permesso di porre attenzione all'analisi contestuale dettagliata di un numero limitato di eventi o condizioni e alle loro relazioni.

Si sono andate ad osservare, nello specifico, 6 Strutture residenziali per anziani (RSA) afferenti al territorio della Provincia di Belluno, in cui la ricercatrice vive e lavora in ambito socio-sanitario.

L'ampio raggio delle realtà prese in esame ha permesso di avere una visione potenzialmente rappresentativa della variabilità delle strutture nel territorio, poiché le RSA prese in esame, situate in vallate montane e pedemontane diverse, sono significativamente identificative delle peculiarità della Provincia di Belluno.

#### **4.1 I casi studio**

Una RSA si trova nel Comune di Belluno, capoluogo di Provincia, ed è collocata in una zona verde, ma poco lontana dal centro città. È la struttura di dimensioni maggiori dell'intero territorio provinciale: ha la capacità ricettiva complessiva di 150 posti letto (92 posti letto di intensità ridotta, 42 di intensità media, 10 di sezione alta protezione Alzheimer - SAPA, 6 per stati vegetativi permanenti o affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica - SVP/SLA).

Viene costituita nel 1839 come “Opera Pia”, secondo la legge del tempo, che ne identificava il ruolo caritativo di assistenza e di educazione. Il Comune di Belluno è presente nella gestione sin dagli anni '80 del 1900; nel 2003, insieme all'ULSS 1, costituisce Ser.S.A. “Servizi Sociali Assistenziali “SpA azienda a capitale interamente pubblico. L'Azienda Socio-Sanitaria Locale partecipa alla gestione fino al 2014, quando Ser.S.A. assume l'attuale forma giuridica di Società a responsabilità limitata a socio unico.

Oggi Ser.S.A. srl, partecipata del Comune di Belluno, raggruppa in un'unica gestione i servizi per le persone anziane residenti nel territorio comunale, che è anche capoluogo di Provincia. All'attività di assistenza e cura delle persone anziane in regime residenziale, si affiancano il Centro Diurno semiresidenziale con 20 posti, il Servizio di Assistenza Domiciliare ed i Servizi Sociali per le persone con più di 65 anni.

Altre due RSA, incluse nello studio, sono gestite dall'Azienda Speciale Consortile "Servizi alla Persona Longarone Zoldo a.s.c.", ente strumentale dei Comuni di Longarone e Val di Zoldo, che si occupa di gestire i servizi socio-assistenziali, educativi e culturali di detto territorio.

Le strutture, nello specifico, hanno le seguenti dimensioni:

- il Centro Servizi di Val di Zoldo per 42 posti letto per ricoveri definitivi e/o temporanei per utenti letto per utenti autosufficienti, di cui tre posti riservati a ricoveri d'urgenza sociale di competenza della Giunta non autosufficienti e 32 posti letto per utenti autosufficienti;
- il Centro Servizi di Longarone, per 70 posti letto per ricoveri definitivi e/o temporanei per utenti non autosufficienti e 38 posti per utenti autosufficienti.

Le altre tre RSA si trovano a Borgo Valbelluna, Comune nato il 30 gennaio 2019 in seguito alla fusione delle amministrazioni di Trichiana, Mel e Lentiai. Questi paesi si trovano in Valbelluna ed appartengono ad un territorio pedemontano fortemente interconnesso sia per le persone che per le imprese, che lo vivono come un'unica realtà urbanistica, sociale ed economica.

Le strutture sono gestite da "Valbelluna Servizi" srl, società partecipata del Comune, che conta:

- 15 posti per autosufficienti e 53 per non autosufficienti a ridotto-minimo bisogno assistenziale a Trichiana;
- 95 posti per anziani non autosufficienti e 6 posti dedicati all'accoglienza di anziani autosufficienti a Mel;
- 33 posti per anziani non autosufficienti di primo livello a ridotto – minimo bisogno assistenziale e 29 posti per autosufficienti a Lentiai.

Oltre a queste, per completezza, la Società gestisce il Servizio di Assistenza Domiciliare, il Servizio di Mensa Scolastica e la Farmacia Comunale.

Si riassumono, di seguito, alcuni dati sulle stesse.

	localizzazione della struttura	numero di posti letto	% ospiti non autosufficienti	presenza di ospiti con demenza
Struttura 1	centro città	150	100%	sì
Struttura 2	località di montagna, centrale della vallata	74	57%	sì
Struttura 3	zona industriale	108	65%	sì
Struttura 4	paese della pedemontana veneta	68	78%	sì
Struttura 5	paese della pedemontana veneta	101	94%	sì
Struttura 6	paese della pedemontana veneta	62	53%	sì

#### 4.2 Metodi e raccolta dati

L'approccio metodologico della presente ricerca è di tipo principalmente qualitativo, in quanto analizza appunto dei singoli casi.

I dati qualitativi raccolgono quelle informazioni che tentano di descrivere in profondità il fenomeno dal punto di vista degli attori più che misurarlo: si tratta di percezioni, esperienze e punti di vista. L'indagine qualitativa mira ad andare a fondo nell'argomento oggetto di studio per raccogliere informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti delle persone, quali gli operatori delle RSA in isolamento durante il periodo pandemico ed il loro punto di vista sulle persone anziane ospiti delle strutture. Tutto questo, da una parte, fornisce una comprensione profonda delle domande della ricerca, dei meccanismi e dei processi in atto. D'altro canto, questo approccio rende impossibile una "misurazione" dei fenomeni e la generalizzazione dei risultati di ricerca, punti di forza, questi, dell'analisi quantitativa o dell'approccio per variabili anziché approccio per casi.

La formulazione di ipotesi di lavoro, riportate nelle pagine precedenti della presente ricerca di tipo qualitativo, è stata di aiuto per orientare la ricerca, che

si pone l'obiettivo di comprendere le trasformazioni avvenute sulla socialità degli ospiti a seguito dell'isolamento imposto dalle misure di contrasto alla pandemia.

Si è deciso di utilizzare la tecnica di somministrazione di questionari a distanza integrati da interviste anch'esse somministrate a distanza. Questo ha consentito di superare l'ostacolo fornito dalle limitazioni dei contatti con le strutture, gli operatori e gli ospiti.

E' stato somministrato un questionario ai coordinatori infermieristici (1 per ciascuna struttura), in quanto ritenuti le figure professionali cardine nell'organizzazione delle attività interne, quotidianamente presenti e che incarnano il collegamento tra le necessità organizzative, le esigenze clinico-assistenziali e gli obiettivi aziendali, capaci dunque di dare evidenza sulle variazioni intervenute.

Vista la necessità di raccolta delle informazioni, si è deciso di somministrare delle domande a risposta chiusa, di tipo semplice (sì/no) o multipla (che contengono scale di misurazione), ed anche aperte, per raccogliere informazioni più qualitative e non facilmente prevedibili e precodificabili, data la natura esplorativa della ricerca. La stesura del questionario si è basata, in primo luogo, sulle ipotesi di lavoro illustrate nel capitolo precedente, che hanno consentito di articolare il questionario in 10 parti, ciascuna dedicata ad una possibile area di trasformazione tra il periodo prepandemico, pandemico e postpandemico, come di seguito meglio elencate:

1. sveglia, igiene personale, alimentazione e riposo;
2. attività educative, di animazione, riabilitazione e cura della persona;
3. visitatori;
4. volontariato;
5. spiritualità;
6. personale;
7. formazione;
8. vaccinazione COVID-19 degli operatori;
9. considerazioni sulle persone anziane ospiti delle strutture residenziali;
10. ultime considerazioni.

I concetti da esaminare, quali salute ed isolamento sociale, sono stati operazionalizzati all'interno delle domande poste tramite questionario ai

coordinatori del personale, misurandone l'impatto attraverso l'analisi delle attività messe in atto nelle RSA per sopperire alla mancanza di socialità e di contatto. In particolare si è verificato quanto l'utilizzo di dispositivi elettronici, il mantenimento della routine quotidiana e la persistenza di contatti con i parenti, anche a distanza, abbiano inciso sulle funzionalità cognitive e psichiche degli ospiti.

Successivamente si è testato il questionario grazie a prove di somministrazione ad alcuni professionisti del campo medico ed infermieristico che hanno lavorato, o che lavorano, in servizi per gli anziani. Il test ha consentito di apportare modifiche che rendesse il questionario più immediatamente comprensibile e di integrarlo con dimensioni inizialmente non previste. Il questionario è allegato alla tesi.

I dati sono stati raccolti attraverso presentazione della ricerca ed invito a partecipare all'indagine grazie ad un primo contatto presso la Direzione della Struttura e successivo colloquio ed invio a mezzo e-mail del questionario ai succitati coordinatori delle stesse. I dati dei rispondenti sono stati trattati nel rispetto della privacy, utilizzando le informazioni ai soli fini della ricerca, e conservandole per il tempo necessario all'indagine.

Successivamente alla raccolta dei dati con i questionari, si è proceduto a ricontattare telefonicamente i rispondenti per integrare e validare i dati raccolti. Le interviste sono durate di norma una mezz'oretta cadauna e si rileva come siano state molto utili al fine di chiarire alcuni aspetti rimasti dubbi o non perfettamente chiari rispetto a quanto indicato nel questionario.

La ricerca si è sviluppata complessivamente nell'arco di circa nove mesi (tra il maggio 2022/gennaio 2023): durante il primo bimestre si è studiato il quadro teorico, nel secondo bimestre sono state individuate le domande da somministrare e redatto il questionario; nel successivo terzo sono state contattate le RSA e somministrati i predetti questionari; nei consecutivi tre mesi sono stati analizzati i dati raccolti e risentiti i Coordinatori delle Strutture per informazioni sugli aggiornamenti intervenuti e/o dettagli/chiarimenti alle risposte loro date, ed infine, nell'ultimo mese è stato stilato il capitolo conclusivo.

Si sottolinea come abbia sempre rilevato ampia e fattiva collaborazione alla ricerca sperimentale, sia da parte dei Dirigenti che dei Coordinatori delle

singole Case, a sostegno dell'interesse culturale quale fattore chiave per la crescita ed il progresso tecnico e scientifico.

### **4.3 Problemi etici e limiti della ricerca**

Una possibile questione etica di cui si è tenuto conto nella raccolta dati riguarda l'eventuale emersione di ricordi dolorosi e correlati alla sindrome di burnout durante l'emergenza pandemica nello svolgimento delle interviste svolte agli operatori; questa difficoltà è stata affrontata esplicitando dall'inizio la tematica oggetto di ricerca e mantenendo la partecipazione volontaria. Tale sindrome è infatti l'esito patologico di un processo stressogeno che interessa, in varia misura, i diversi operatori che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano relazioni interpersonali.

Maslach e Leiter (2000) hanno perfezionato le componenti della sindrome attraverso tre dimensioni:

- deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro;
- deterioramento delle emozioni originariamente associate al lavoro;
- un problema di adattamento tra la persona ed il lavoro, a causa delle eccessive richieste di quest'ultimo.

In tal senso il burnout diventa una sindrome da stress, non più esclusiva delle professioni d'aiuto, ma probabile in qualsiasi organizzazione di lavoro.

Parimenti, un altro aspetto preso in considerazione è stato l'intervista agli anziani: questo target però, sia per l'età che per la tipologia di strutture presa in considerazione, sarebbe stato troppo difficile da gestire, sia per l'effetto deterioramento cognitivo intervenuto nell'arco del periodo pandemico risalente in Italia al 4 marzo 2020 (giorno in cui viene firmato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che ha ordinato le misure per il contrasto ed il contenimento su tutto il territorio nazionale del diffondersi del virus COVID-19 andando di fatto a "chiudere", fra l'altro, le RSA) e per la questione etica, che impone la responsabilità del ricercatore nei confronti dei soggetti coinvolti. La ricerca sociale svolta infatti, come previsto dai fondamenti e tecniche teoriche in materia, non deve e non ha voluto acuire le vulnerabilità: si è deciso di procedere rispettando e proteggendo la condizione dei soggetti anziani



oggetto dello studio. In questo senso la valutazione *ex-ante* dei benefici e dei rischi è stata particolarmente indicata.

I vantaggi riscontrabili invece dalla scelta compiuta della somministrazione di questionari ai coordinatori delle singole Strutture prese in esame, si riferiscono sia all'ampia portabilità dello strumento di ricerca quale appunto il questionario, che alla facilità di diffusione dello stesso. Tuttavia questo, andando ad indagare un aspetto sensibile (gli effetti psicologici e sociali) di un fenomeno di grande complessità (la pandemia da COVID-19), lo strumento proposto poteva risultare limitante. Tale problema si è risolto in buona parte grazie alla predisposizione di domande aperte all'interno del questionario che lasciavano spazio al compilatore di rispondere adeguatamente e liberamente alle stesse.

Un problema che mi sono posta nell'ambito di questa tesi si riferiva all'eventualità di un alto livello di astensione del personale che avrebbe impedito la riuscita della ricerca stessa. Pertanto, prima attraverso contatti diretti con i Direttori delle RSA (email e successiva telefonata/colloquio) che hanno autorizzato lo studio e dato indicazioni ai Coordinatori di collaborare con la sottoscritta e poi con i Coordinatori stessi, sentiti singolarmente (chi via posta elettronica/telefonata/colloquio in sede), si è favorito il loro fondamentale contributo. Essi si sono resi prontamente disponibili alla partecipazione allo studio e alla restituzione via email del questionario compilato loro nel frattempo inoltrato.

Un altro limite è stato rappresentato dal fatto che non sono rilevabili i dati relativi alla percezione del benessere psicologico degli ospiti precedentemente al periodo emergenziale in corso. Detta condizione sarebbe stata tuttavia rimediabile attraverso una cosiddetta "ricerca d'archivio", che consiste nell'analizzare i dati raccolti nelle cartelle cliniche degli anziani coinvolti, compilate dal personale sanitario e socio-sanitario delle singole Strutture che li hanno in carico, in un periodo precedente a quello della ricerca e raccolto a prescindere dalla stessa, che sono conservate agli atti d'ufficio. Tale metodologia, se prese in considerazione le motivazioni di carattere pratico ed etico, potrebbe risultare vantaggiosa. Per mancanza di tempo però non si proceduto in tale senso.

## **CAPITOLO V**

### **OSSERVAZIONI E ANALISI DEI DATI**

#### **Il questionario**

Nell'indagine i 6 casi studio vengono analizzati in relazione al contesto osservato.

I questionari sottoposti alle strutture hanno affrontato dieci aree tematiche, che di seguito vengono illustrate nel dettaglio (se ne veda copia, nell'insieme, all'allegato 1).

#### **5.1 Il mutamento delle routine di vita**

Prima della pandemia, in tutte le strutture era in essere una procedura gestionale relativa all'attività di assistenza e di igiene dell'ospite.

In 4 RSA la procedura venne modificata all'insorgere della pandemia, passando sostanzialmente da un'igiene che prevedeva di fare il bagno e l'utilizzo dell'acqua, ad una pulizia con salviette monouso e/o con l'uso di schiume detergenti, rimanendo comunque a letto. Si rileva altresì che, per contenere il contagio, venivano lasciate per ultime le camere con presenza di pazienti positivi a SARS-CoV-2. Queste trasformazioni, tenuto conto già che durante l'invecchiamento le azioni quotidiane si complicano, specie se ci sono limitazioni fisiche e motorie e che anche la pulizia diventa impegnativa, pur restando una questione molto importante per la salute poiché aiuta a prevenire possibili infezioni, risultavano particolarmente necessarie per limitare il contagio del virus. L'igiene, anche se con salviette, serve inoltre per mantenere la pelle idratata ed elastica, cosa molto importante per gli anziani, la cui pelle tende a disidratarsi con facilità, con la formazione di lesioni cutanee se la si trascura.

In 3 delle strutture si è ora tornati alla situazione prepandemica, usando dunque acqua e detergenti, facendo il bagno completo, almeno settimanalmente, o la doccia, ove possibile. Una casa, invece, ha mantenuto ancora oggi la procedura adottata durante il periodo pandemico, ragionevolmente per limitare in qualsiasi modo, ancor oggi, l'ipotesi di contagio.

Nei restanti due casi (strutture 2 e 4) non si rilevano aggiornamenti della procedura, su questo tema, dall'insorgere della pandemia: in particolare in una, si dice che già dapprima si utilizzava la schiuma per l'igiene, scelta dettata dal contratto di fornitura di tale tipologia di beni (non in tutte le camere vi è la possibilità di fare il bagno e questa scelta si è rilevata particolarmente già utile nel periodo COVID-19 per limitare il circolare del virus). Si prevede che per entrambe le case questo sia il modus operandi in vigore in precedenza ed ancor oggi.

Si ipotizza che, così facendo, sia garantita maggiormente la sicurezza dell'anziano in quanto, con l'invecchiamento, può succedere di perdere stabilità, col rischio di scivolamenti.

In tutte le residenze si rileva che gli anziani, dall'avvio dell'epidemia, si sono ritrovati molto più tempo in camera da letto e spesso nell'impossibilità di alzarsi, soprattutto nei periodi in cui è emerso un cluster di contagi all'interno della struttura. L'unica **mobilità** praticabile era il camminare all'interno della propria stanza. In una struttura con spazi minimali nelle camere doppie, se entrambi in carrozzina, gli ospiti venivano fatti sedere a turno durante la giornata (uno mattina e uno pomeriggio).

In tutte le case, oggi, si è ritornati alla situazione pre pandemica: la consumazione dei **pasti**, che durante la pandemia si svolgeva in camera, avviene nella sala da pranzo; è possibile uscire in giardino e muoversi nell'edificio per svolgere le varie attività proposte quotidianamente (inizialmente limitando al nucleo di riferimento l'ambito di movimento).

Per quanto attiene la vestizione e la cura della persona, in tutti i casi esaminati dall'insorgere della pandemia, le regole di protocollo per la limitazione dei contagi hanno prevalso sui gusti, le abitudini e le scelte dell'anziano. In 3 di queste case gli indumenti principali del periodo pandemico sono stati o il pigiama o la camicia da notte, al fine di ridurre le possibilità di contagio durante la vestizione e svestizione e perché gli anziani rimanevano principalmente in camera da letto. Solo in una struttura (la 5) viene dichiarato che l'anziano, nonostante la pandemia, veniva vestito e curato come sempre, anche se poi era costretto a rimanere nella sua stanza.

Nella struttura 1, viene segnalato come prima del COVID-19 venisse data la possibilità ai parenti di portare a casa i capi di abbigliamento più delicati per il

lavaggio e come poi questa pratica sia stata necessariamente vietata. Per questo motivo, il guardaroba del degente è cambiato passando a capi più pratici e meno delicati. Nella struttura 6 emerge come cambiamento più significativo intervenuto durante la pandemia la precedenza data alla velocità di esecuzione delle procedure rispetto all'attenzione alla persona. A causa di carenze di organico e dell'intensificarsi delle procedure di disinfezione si è ridotto, ad esempio, il tempo dedicato all'acconciatura dei capelli e alla manutenzione degli apparecchi acustici. Alle volte, ad esempio, il vestito disinfettato e pulito lasciato in struttura di una persona defunta era preferibile al cambio che non avesse passato con certezza la procedura di disinfezione.

Tuttavia, anche in questo caso, la situazione pare tornata al periodo pre pandemico: viene chiesto all'ospite di scegliere cosa preferisce indossare.

In 4 delle 6 strutture esaminate (2, 4, 5, 6) emerge un cambiamento del tempo dedicato al dialogo ospite/operatore. Il minor tempo a disposizione - di fatto limitato a quando l'operatore entrava in camera, es. per l'igiene o per il pasto, l'aumento del carico di lavoro, effettuazione controlli, tamponi, saturazione, redazione di verbali e compilazione di modulistica varia aggiuntiva - le carenze d'organico.

Nelle altre due case (1 e 3), non si ravvisano invece cambiamenti negativi in questi termini. Si presume che abbiano avuto meno problematiche rispetto al reclutamento/mantenimento del personale in servizio, essendo queste le più grandi in termini di posti letto a disposizione (e dunque con più personale in servizio in valore assoluto, in cui la mancanza di 1 unità poteva essere proporzionalmente meno incisiva che in una struttura più piccola; si veda tabella riassuntiva al capitolo IV) ed in comuni più popolosi, orograficamente centrali e maggiormente favoriti dalla vicinanza alle grandi vie di comunicazione (si veda poi paragrafo 5.6): parte del tempo di lavoro degli operatori che lavorano in strutture per anziani è dedicato proprio al dialogo con essi.

Ora la situazione pare tornata alla normalità, in quanto l'anziano può svolgere nuovamente la vita di comunità dialogando sia con gli operatori che con gli altri ospiti.

Si sottolinea come ancora oggi (caso della struttura 3), per il permanere dell'uso dei DPI sia difficoltoso per l'anziano, magari con problemi d'udito che non riesce, in ipotesi, a vedere bene il labiale, capire perfettamente l'operatore.

## **5.2 Attività educative, di animazione, riabilitazione e cura della persona**

In tutte le Strutture, prima del periodo pandemico, l'offerta di servizi di animazione, riabilitazione e di cura della persona era organizzata secondo quanto previsto dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

In quasi tutte le case, dal manifestarsi della pandemia, sono intervenuti dei cambiamenti: in via prioritaria è stato tenuto conto delle disposizioni in materia di sicurezza e limitazione del contagio da SARS-CoV-2 rispetto a quanto previsto dal suddetto PAI. Dovendo mantenere il distanziamento o l'isolamento, quasi tutte le attività erano state sospese.

Educatore, fisioterapista e psicologo si occupavano principalmente di gestire le visite contingentate e le videochiamate, favorendo il contatto con le famiglie di provenienza, piuttosto che le attività ludico-ricreative. In quel periodo non era pertanto possibile seguire gli obiettivi del PAI. In una sola Struttura, quella più grande ed in città (la n. 1) non si dichiarano cambiamenti considerevoli rispetto la PAI, in quanto la vita dei residenti continuava a svolgersi all'interno dei nuclei. Si ipotizza che l'edificio, di dimensioni strutturalmente più vaste, abbia favorito la limitazione di tali cambiamenti. Attualmente si sta gradualmente tornando alla situazione iniziale. Nella struttura n. 2 si continua a dare precedenza alla gestione delle visite con i familiari; nella struttura n. 6 vi sono ancora dei limiti rispetto alle uscite all'esterno.

Le **attività** che venivano svolte maggiormente prima del periodo pandemico erano:

- lavorazione di carta;
- pittura;
- creazione di piccoli oggetti;
- lavori a maglia o uncinetto;
- ascolto di musica;
- gioco della tombola;
- cruciverba;

- lettura e commento dei quotidiani;
- attività varia di stimolazione cognitiva.

Invece, in seguito all'insorgere della pandemia, alcune delle citate attività sono state sospese (quale lavorazione della carta e la lettura dei quotidiani, a limitazione, appunto, della circolazione del virus).

In tutte le strutture ne sono state introdotte delle nuove attività: nello specifico, le videochiamate e le telefonate più frequenti.

Nella struttura n. 2 sono state ideate delle uscite virtuali attraverso la applicazione Google Maps, si ipotizza grazie alla creatività degli educatori in servizio.

Nelle strutture della pedemontana, tutte gestite dalla medesima amministrazione, le **feste di compleanno** mensili, per gli ospiti, si svolgevano con cori, gruppi musicali o folcloristici che animavano tali occasioni.

Nelle altre due strutture i compleanni venivano festeggiati, pur senza servizio di animazione.

Nella struttura n. 1 si fa presente come il giorno del compleanno sia speciale per il residente, ma come da molti anni non vi siano più feste cumulative. Viene data ampia libertà a ciascuno di decidere come festeggiare (qualcuno preferisce stare con i familiari, altri condividere una torta con alcuni altri residenti, altri ancora preferiscono che non venga organizzata alcuna festa e che la giornata che ricorda la nascita passi inosservata).

Nelle tre strutture di cui sopra, con gestione centralizzata, in epoca pandemica, i compleanni in comunità non venivano comunque più festeggiati.

Nella struttura n. 6 invece, il parroco, dall'esterno, passava comunque per un saluto. Attualmente, si è parzialmente tornati alla situazione di prima in quanto, sempre mantenendo l'attenzione sulla limitazione dei contagi, i compleanni si festeggiano o singolarmente o, se in gruppo, con tamponi e obbligo di uso di mascherina.

In linea di massima si nota come si siano ristretti in maniera generalizzata i momenti di socializzazione di gruppo, valorizzando nello stesso tempo, per quanto possibile, il rapporto di uno ad uno.

La mole di lavoro richiesta per l'organizzazione delle visite con i famigliari non ha permesso di dedicare il tempo necessario per svolgere le altre attività in modo costruttivo e costante.

L'attenzione alle misure di distanziamento è risultata prioritaria e le uscite sono state limitate al massimo.

### **5.3 Visitatori**

In nessun Centro di Servizi, prima della pandemia, le **visite dei parenti e dei familiari** venivano programmate. L'Istituto Superiore di Sanità ne definì poi invece le disposizioni per la loro gestione. Solo nella struttura più grande, sita in città, veniva ritenuto utile il mantenimento di tali norme a tempo indeterminato. Comunque, in nessuna di esse, ad oggi questi limiti sono stati completamente superati (in caso, solo per i vaccinati e nelle altre sempre su appuntamento).

Prima, tutti gli spazi erano disponibili per incontrarsi (salone, camere, giardino, durante i pasti) e non vi era una limitazione oraria. Nel periodo pandemico nella Struttura 1 non si poteva stazionare negli spazi comuni, se non in giardino e in camera. Nella 2 in un salone con uscita indipendente, nella 3 solo negli spazi comuni identificati, nella 4 non si poteva permanere in camera da letto, nella 5 solo al bar della struttura o al piano terra, nella 6 col controllo di personale debitamente istruito e con dei limiti di tempo. Da qui si vede che ogni struttura si è data delle regole diverse, pur sempre con obiettivi di limitazione al circolo del virus.

In nessuna casa, salvo la 6, si è tornati alla situazione prepandemica.

In tutte le case inoltre sono state introdotte delle novità: sono stati allestiti degli spazi *ad hoc* identificati ed adibiti a visite, opportunamente distanziati con plexiglass, barriere protettive o tavoli distaccati e con l'utilizzo dei DPI.

L'avvenuta cancellazione improvvisa delle visite programmate agli ospiti in caso di positività o cluster, ha comportato ovunque preoccupazione del familiare rispetto allo stato di salute dell'anziano e timore che questo potesse sentirsi solo.

Si citano anche ansia, rabbia, rassegnazione, dispiacere: dunque tutti sentimenti negativi. Nella struttura 1 si osserva come proprio il coniuge sia stato particolarmente preoccupato di lasciare solo il proprio caro: da qui si deduce il

senso proprio e valoriale dell'unione reciproca e del significato stesso della volontà assistenza sia materiale, che fisica, che morale e dunque di comprensione e sostegno insito nel matrimonio fra due persone.

In tali contesti, la garanzia della videochiamata è stata di supporto per alleviare, seppur parzialmente, tale sentimento di sconforto. Nella struttura 2 si ricorda come in caso di cluster il personale abbia telefonato quotidianamente alle famiglie a casa per riferire delle condizioni di salute dei propri cari e sull'evolversi della situazione, contribuendo a creare un clima di fiducia tra operatori e famiglie.

#### **5.4 Volontariato**

I **volontari** che collaboravano in Struttura, prima della pandemia, erano in numero più elevato nelle strutture 1 e 5 (tra 10 e 20), probabilmente in quanto in sedi comunali maggiormente popolati. Nelle altre i numeri erano più ridotti, appunto perché site in paesi meno popolosi.

Dall'insorgere della pandemia, comunque, il numero è calato, certamente a causa della limitazione degli spostamenti, delle limitazioni dell'accesso alle strutture che per la diminuzione delle attività nelle stesse.

Prima della pandemia le attività svolte erano:

- accompagnamento e trasporto con mezzo attrezzato per visite ospedaliere (struttura 1, 3, 4, 5 e 6);
- aiuto per la celebrazione della Santa Messa (struttura 6);
- aiuto nell'alimentazione (struttura 3 e 5);
- aiuto durante le feste e nell'animazione (struttura 1, 2, 4 e 5);
- compagnia (struttura 1).

Dopo, i volontari sono stati impiegati, quasi ovunque, nell'attività per il controllo degli ingressi (strutture 2, 4, 5 e 6), nelle sole attività del centro diurno (n. 1) e per la cura del corpo/capelli (nella 2), anche al posto dell'aiuto al pasto ove era presente.

In nessun Centro si è tornati ancora alla situazione iniziale. Nella struttura 2 i volontari oggi hanno ripreso a collaborare col servizio educativo nelle attività di animazione e socializzazione.



## 5.5 Spiritualità

La **Santa Messa**, intesa come offerta di sostegno spirituale agli ospiti, prima della pandemia, veniva celebrata in cappella (ove presente) o in salone, dunque ovunque in ambito comunitario e con frequenza settimanale (nella struttura 6 anche bisettimanale).

Dall'insorgere della pandemia questa modalità invece è cambiata, in quanto per un lungo periodo la celebrazione comunitaria è stata sospesa. Nella struttura 3 si dice che si è supplito con l'assistenza alla celebrazione trasmessa alla televisione.

Nella struttura 4 si è scelta una stanza di maggiori dimensioni quale la sala da pranzo. Nelle altre strutture, la celebrazione è stata completamente sospesa.

Nella struttura 1 la chiesa è diventata addirittura un deposito per i DPI. Attualmente, parzialmente, si è tornati alla situazione iniziale: nella 1 il coordinatore riporta come sia ora difficile far frequentare agli anziani gli spazi comuni in quanto, pare, si sentano più sicuri nel rimanere nel loro nucleo; nella 2 si continua a prediligere il salone alla cappella a sostegno del mantenimento del distanziamento sociale richiesto.

Nella 5 la celebrazione avviene in maniera sporadica in quanto il cappellano preposto ha scelto di non vaccinarsi e si conta dunque nella disponibilità limitata di altri parroci.

Considerando i **gesti di rispetto ed affetto** che fanno parte del prendersi cura della persona, prima della pandemia avvenivano principalmente ed uniformemente tramite il contatto fisico (abbracci e carezze) dedicando momenti di ascolto ed anche attraverso lo sguardo.

Dall'insorgere della pandemia, ciò che è mancato maggiormente, in maniera anche qui uniforme, è stato il contatto fisico, con abbracci e carezze: l'utilizzo dei DPI e la necessità di gestire la diffusione del virus hanno limitato la pratica di tali gesti.

Vi si supplisce, in qualche modo tramite le videochiamate.

Si sta gradualmente tornando alla situazione iniziale, ma la paura del contagio è in qualche modo ancora presente.

Quanto alla fase di **assistenza al morente**, prima della pandemia, il team di cura si raccordava strettamente con la famiglia dell'ospite al fine di garantirgli vicinanza, ascolto, e partecipazione ad evitamento della solitudine nel momento di fine vita.

Attualmente nelle strutture 1, 2, 5,6, si è tornati alla situazione iniziale.

Nella struttura 3 e 6 è concesso l'accesso in stanza per un numero ristretto di familiari e per un tempo limitato.

Alla domanda se il COVID-19 abbia cambiato le regole del morire, la risposta è sempre stata affermativa, principalmente per le limitazioni di tempo e numero di parenti che possono assistere il proprio caro.

Nella struttura 2 viene fatta una riflessione sulla maggiore responsabilità della struttura rispetto a questo momento: risultando i familiari meno presenti, l'ospite è quasi completamente affidato ai curanti.

In maniera univoca si ritiene sia stato molto doloroso gestire la morte, che è una delle fasi della vita, in quanto l'uomo, per natura, non vive e non sopravvive da solo. Questa tensione dell'approccio umano ed il "tecnico/razionale" nella fase della morte, sostenuto dalla necessità di salvaguardia dai contagi e della gestione dell'emergenza pandemica, è stata una questione molto difficile da affrontare e superare.

## **5.6 Personale**

Nelle attività di **reclutamento** del personale, prima del periodo pandemico, vi erano delle difficoltà; solo nella struttura 1 e 4 se ne ravvisavano poche, probabilmente in quanto queste erano quelle più vicine al capoluogo, il centro più popoloso e centrale della provincia di Belluno.

Dall'insorgere della pandemia queste difficoltà sono cresciute ovunque.

Prima del periodo pandemico le strategie in tema di ricerca del personale che venivano attuate erano le seguenti:

- nella 1 si riuscivano spesso a reclutare allievi dopo il tirocinio in Struttura;
- nella 2 e 3 (appartenenti alla stessa gestione) tramite bandi e campagne pubblicitarie, che da sempre non sortivano comunque gli effetti sperati.

Nella 4 e 5 (anche qui con gestione amministrativa unica) non ci citano particolari strategie messe in campo.

Nella 6 si sottolinea come, nel colloquio di preassunzione, venisse data molta importanza alla qualità morale della persona, che era un requisito fondamentale, quanto e se non più delle abilità tecniche professionali (anche questo restringeva in qualche il parterre).

Rispetto al periodo prepandemico il **turn-over** è aumentato dappertutto. Nella struttura 2 e 3 (unica Direzione) che hanno elaborato dei calcoli, l'aumento risulta pari al 26%.

I tempi di affiancamento del personale neo-assunto sono variabili: vanno dai 4/5 giorni nella struttura 1, 5 nella 2, 6 nella 3, 7 nella 4, 10 nella 5 e da 6/10 nella 6. nel periodo pandemico sono rimasti invariati o diminuiti del 40/50% (in tutte le strutture della pedemontana). Tale fenomeno si riconduce teoricamente al minor tempo a disposizione da dedicare alla formazione affiancata in quanto assorbito maggiormente dalle attività legate al contrasto e limitazione dei contagi.

In linea generale prima della pandemia non vi erano grosse difficoltà nella **gestione dei turni** da parte del coordinatore di struttura: si citano problemi durante il periodo estivo per gli accordi sulle ferie e per la garanzia del rispetto delle 40 ore settimanali. Le difficoltà sono aumentate incisivamente dall'insorgere della pandemia, mentre nelle strutture 2 e 4 sembrano essere rimaste sullo stesso livello: ciò a causa delle positività e delle quarantene da rispettare; nella 4 si fa menzione alla scarsità di offerta soprattutto per i neo-diplomati OSS, numero che sembra in diminuzione soprattutto negli ultimi 2 anni; nella 6 si dichiara come sia in aumento il personale che chiede contratti di part-time e con turni fissi. La ragione di quest'ultimo fenomeno sembra avere similitudini con quello della "Great Resignation", tendenza economica in cui i dipendenti si dimettono volontariamente in massa dai loro posti di lavoro esploso dal 2021 in epoca pandemica e post-pandemica. Le poche prospettive di carriera, la fatica lavorativa del personale sanitario, socio-sanitario e di assistenza messo a dura prova in questi anni e lo scarso bilanciamento vita/lavoro sono probabilmente cause assimilabili a questi fenomeni.

In nessun luogo infatti si dichiara di essere tornati oggi alla situazione pre pandemica, migliore sotto l'aspetto del reclutamento e mantenimento del personale in servizio.

### **5.7 Formazione**

Solo nella struttura 1 (la più grande) si prima del periodo pandemico si organizzavano almeno annualmente **eventi formativi** che riguardassero la gestione e la diminuzione del rischio da contagio virale. Nelle altre si dichiara che l'argomento è stato trattato poco (strutture 3 e 5, a favore della formazione sul tema delle lesioni da pressione) o addirittura per nulla (2, 4 e 6).

Dall'insorgere del periodo pandemico comunque, a beneficio della formazione su tale argomento, in tutte le strutture si sono svolti dei corsi/momenti formativi con cadenza almeno annuale.

A supporto di ciò, tutti i coordinatori coinvolti nell'indagine ritengono che tale formazione organizzata *ad hoc* per la prevenzione e gestione dei rischi correlati al contagio da SARS-CoV-2, abbia avuto un effetto tangibile sul *modus vivendi* e sul *modus operandi* del personale addetto all'assistenza.

### **5.8 Vaccinazione degli operatori**

In tutti i 6 Centri di Servizi, ad esclusione di un solo caso, vi sono stati casi di operatori che hanno rifiutato la **vaccinazione anti-COVID-19**, e questo fenomeno pare abbia inciso in generale sulla qualità dell'assistenza (3 su 5 dichiarano questo). Le motivazioni stanno nel fatto che sono mancate risorse nel momento di maggior carico assistenziale e che il personale rimasto in servizio è stato gravato anche del lavoro dei colleghi negazionisti. In un momento storico in cui la questione del reclutamento di nuovo personale è particolarmente impegnativo, far fronte anche a questo fenomeno ha avuto ricadute negative sui colleghi rimanenti. In una struttura si cita come il problema dell'assenza di un collega sia stato arginato solo dopo alcuni mesi con 2 contratti di part-time e come nel contempo i turni siano stati necessariamente coperti da chi era rimasto in servizio, saltando dunque i riposi compensativi di diritto.

### **5.9 Considerazioni sulle persone anziane ospiti**

Considerando le **interazioni che le persone anziane ospiti hanno con gli altri** (ospiti, operatori, familiari), il loro atteggiamento, le richieste, in tutte le strutture oggetto della ricerca pare che si siano verificate trasformazioni quali esito del periodo pandemico. In una struttura si ha la sensazione che tutto si sia ridimensionato, come fosse intervenuto un forte evento che ha mosso la paura. Pare che l'evento pandemico abbia portato ad eliminare il superfluo.

Particolare attenzione viene posta alla diminuzione dei contatti fisici con i familiari e delle giornate di rientro in famiglia, comunque di riduzione delle relazioni sociali, peggiorandone lo stato cognitivo e motivazionale.

Gli addetti ai lavori ritengono veritiero che gli anziani sono oggi più passivi, apatici, rassegnati, mancanti di entusiasmo, meno comunicativi a causa della mancanza di stimoli. Sembra che sia tali mancanze e limitazioni nei contatti abbia aumentato lo stato di depressione.

Sembra altresì che le recenti riaperture, in linea generale, siano state di sollievo a tale situazione deflessa.

### **5.10 Ultime considerazioni**

Quando è stato chiesto quali siano stati i **cambiamenti più negativi** per le persone anziane ospiti a seguito del periodo pandemico la risposta è stata l'isolamento e rispetto alla maggior distanza dai propri familiari e la limitata interazione anche fisica con questi ultimi, che hanno reso il tono dell'umore più triste.

È stato domandato poi se l'avvento, pur tragico ed emergenziale della pandemia, possa avere avuto dei **risvolti positivi** per gli anziani ospiti. La risposta è affermativa per:

- la diminuzione dei rischi da contagio delle più standard malattie virali che hanno portato anche a minori decessi a causa delle influenze stagionali;
- la maggior attenzione all'aspetto relazionale;
- il maggior stimolo degli operatori a contattare le famiglie per dare informazioni sui congiunti, creando così una importante alleanza tra struttura e famiglia.

Infine, trattando il tema dell'**etica della cura**, questa ha offerto spunti interessanti alla riflessione filosofica sviluppatasi in seguito alla diffusione della pandemia, evento che ha toccato nel profondo le coscienze di tutti, sollevando molti interrogativi e questioni fondamentali, e ponendo gli individui in un'insolita condizione di solitudine e di spazio riflessivo. Tale approccio si proporrebbe, in questo contesto, come un'alternativa alla morale tradizionale: una visione morale che – pur accettando la dimensione della giustizia formale – risulta fondata sull'idea di un soggetto non più separato dagli altri, autosufficiente e concentrato sul perseguimento del proprio interesse, ma intrinsecamente dipendente dagli altri, bisognoso di cura e al tempo stesso capace di curarsi degli altri; un soggetto in cui la dimensione relazionale risulta primaria e fondamentale. In tale frangente storico, la filosofia ha potuto riaffermare le sue peculiari potenzialità di “cura”, aiutando in particolare a riflettere su quanto la fragilità stessa possa risultare un valore, perché rende empatici alle sofferenze altrui, più consapevoli del bisogno che abbiamo gli uni degli altri, consci del fatto che prendersi cura di sé e della propria anima non può essere disgiunto dal prendersi cura degli altri e della società.

Tutti i coordinatori coinvolti nella ricerca sono d'accordo con questo pensiero, principalmente perché la scelta professionale, del luogo in cui viene svolta la loro opera, del momento storico che ha pesantemente gravato sulle spalle dei sanitari ed operatori di assistenza risultano strettamente correlate.

Secondo uno di essi, colui che si prende cura del prossimo non ha solamente bisogno di sviluppare abilità tecniche e scientifiche, ma in egual modo necessità di accrescere la capacità di comprendere l'animo umano occupandosi, a volte, di questioni che esulano dalla sintassi.

## **CAPITOLO VI**

### **DISCUSSIONE DEI RISULTATI**

Venendo dunque alla discussione dei risultati del lavoro svolto, si evidenzia come la pandemia abbia comportato un aumento dell'isolamento rispetto all'esterno delle RSA.

In primo luogo, l'emergenza ha modificato la socialità degli anziani ospiti delle RSA a causa del divieto o delle limitazioni delle visite dall'esterno.

Mentre precedentemente le visite erano libere e non programmate, nel periodo pandemico si è passati al blocco degli accessi e successivamente alla loro restrizione e programmazione. È interessante notare come questa modalità venga ancor oggi adottata in tutte le Strutture. Risulta anche evidente come venga ancora prescritta la prenotazione dell'orario di accesso e la durata massima consentita per ciascuna visita, che prima non era prevista.

Si segnala poi come l'insorgere di un cluster in struttura abbia comportato preoccupazione e dispiacere negli anziani che si vedevano annullare gli appuntamenti fissati per rivedere i familiari, i figli e gli amici. Dalla ricerca si evince come sia stato messo particolarmente a dura prova e in sofferenza il rapporto di coppia nel significato stesso del matrimonio, in cui appunto i coniugi, dall'atto della loro unione nel vincolo matrimoniale, si rendono volontariamente e reciprocamente responsabili a garantirsi l'un altro assistenza materiale, fisica e morale durante tutto l'arco della vita.

La pandemia ha provocato anche un maggior isolamento all'interno delle strutture stesse.

Tale affermazione è sostenuta da quanto riportato sul mutamento della routine di vita: gli anziani si sono ritrovati infatti per molto più tempo in camera da letto e spesso nell'impossibilità di alzarsi e di uscire dalla propria stanza. Si evidenzia come il principale indumento riconducibile al periodo pandemico sia stato il pigiama o la camicia da notte. Questo sia per la maggior permanenza in camera, che per la limitazione della circolazione di virus: si può affermare che durante la pandemia la praticità, velocità e sicurezza nell'esecuzione delle attività e dei processi ha avuto la precedenza rispetto al tempo di cura della

persona e alla scelta dell'abito da indossare. Di questo ne ha risentito anche il dialogo tra curante/personale di assistenza e paziente: il personale infatti, più carente di prima, si è visto aumentare anche il carico di lavoro, potendo dedicare meno tempo al dialogo con essi.

Anche la limitazione delle attività educative e ricreative di gruppo, la celebrazione della Santa Messa in comunità e la limitazione quasi totale delle uscite all'esterno hanno avuto la loro rilevanza nel cambiamento negativo rispetto alla socialità.

Si rileva come anche i gesti di rispetto e di affetto, quali abbracci e carezze siano stati necessariamente limitati.

L'assistenza all'anziano morente pure ha avuto le sue ripercussioni, principalmente per le limitazioni di tempo e numero di parenti che possono stare vicino al proprio caro. In questo senso si è inaspettatamente notato come il personale delle strutture abbia avuto, in questo frangente, una maggior responsabilità: essendo diminuita la presenza dei parenti e risultato più importante la presenza del personale della struttura.

Quanto alle novità introdotte, a limitazione, seppur parziale, dell'isolamento si rileva una maggior frequenza di telefonate, l'uso delle videochiamate, la predisposizione di stanze per le visite protette e delle attività con gli animatori svolte con rapporto uno ad uno (si segnalano anche le uscite virtuali con l'uso di Google Maps).

Rispetto alle somiglianze/differenze che si denotano fra le strutture particolarmente interessante risulta essere, più che l'architettura strutturale degli edifici e la gestione amministrativa unificata come invece si ipotizzava, la dislocazione territoriale. Di fatto tutte le case si sono dovute riorganizzare in termini di gestione dei servizi, del lavoro e dei percorsi dedicati: minori problematiche sembrano averle avute, soprattutto per la ricerca di personale, le strutture più vicine al capoluogo di Provincia, più popoloso e con maggiori opportunità o orograficamente più vicine alle arterie autostradali e di viabilità più importanti.



Secondo la percezione dei professionisti dunque, l'isolamento esterno ed interno ha impattato negativamente sugli ospiti, alimentando sentimenti di ansia, sconforto, rassegnazione e dispiacere.

Allo stesso modo però si rileva come invece sia aumentato il rapporto di fiducia tra operatori e famiglie che con maggior frequenza e quotidianità in caso di positività e cluster, erano in contatto telefonico fra loro.

Tutto questo supporta l'ipotesi, enunciata inizialmente, secondo cui la recente epidemia ha incrementato le difficoltà del sistema di welfare, mettendo in evidenza alcune criticità relative alla qualità dei servizi e sulla possibilità di offrire risposte adeguate agli individui, soprattutto i più fragili e maggiormente esposti al contagio, anche sul versante sociale e psicologico, (Ferrucci et al, 2021; Andreoni e Nardone, 2020).

Si conferma inoltre quanto studiato da Armitage e Nellums (2020), secondo i quali i contatti sociali infatti, contribuiscono in modo fondamentale alla qualità della vita delle persone anziane, tanto in termini di mantenimento di uno stile attivo, dinamico e indipendente, quanto nel rispondere ai bisogni di protezione, sicurezza e appartenenza che si intensificano in età avanzata. Il ritiro sociale e l'esclusione dalle relazioni mina dunque il senso di sicurezza e la salute di questa fascia di popolazione.

Si convalidano altresì i punti deboli di tale sistema italiano di welfare residenziale a favore degli anziani: il livello degli investimenti è infatti limitato al 28% circa della spesa pubblica, in confronto con una media del 48% nell'UE (Rapporto sulle assistenze di lungo termine della Commissione Europea del 2021).

Si ha dunque l'impressione che nonostante la riduzione delle misure di contenimento, che deve comunque tener conto della necessità di gestire in sicurezza l'accesso ai visitatori, la vita degli assistiti nelle strutture sanitarie e l'uso di dispositivi di protezione delle vie respiratorie (ai sensi anche ultima Circolare del Ministero della Salute n. 1/2023), siano comunque rimaste in essere alcune misure organizzative che limitano la socialità. Il rispetto delle misure igienico-comportamentali previste deve infatti tenere in debita considerazione sia i bisogni clinico-assistenziali e terapeutici dell'ospite, ma anche quelli psicologici, affettivi e di supporto, che non risultano ancora estesi come in precedenza.

## CAPITOLO VII

### CONCLUSIONI

Lo studio compiuto con questo lavoro risulta rilevante in quanto l'isolamento derivato dalle restrizioni imposte alla libertà individuale e alle relazioni interpersonali durante il periodo pandemico è di fatto insorto da una repentina esigenza di tutelare la popolazione dal pericolo di contagio e dalla morte per epidemia.

La riduzione dei contatti, che già si colloca come un negativo processo strutturale in aumento con l'avanzare dell'età della persona, è risultato essere un problema particolarmente importante sia per gli anziani stessi, che per gli operatori delle strutture residenziali che li accolgono, che per i familiari che non hanno potuto fare visita ai propri parenti, venendo a mancare così le importanti relazioni ed i benefici che il contatto può portare.

È altresì interessante, anche da un punto di vista di livello politico, per il sistema di welfare nell'ambito delle politiche di contrasto ai rischi sociali.

Quanto ai **limiti** della ricerca, cui è doveroso riflettere alla conclusione di qualsiasi ricerca sociale, si segnalano alcune difficoltà, seppur limitate in quanto storia recente, di ricostruzione a posteriori di quanto avvenuto dall'esordio del periodo pandemico.

Un altro limite è rappresentato dal fatto che non sono rilevabili i dati relativi alla specifica percezione del benessere psicologico degli ospiti precedentemente al periodo emergenziale e post-emergenziale attuale, in cui oggi per quest'ultimo si potrebbe proseguire lo studio in un lavoro di ricerca successivo a questo.

Si fa presente inoltre che sarebbe interessante altresì, a parere di questa ricercatrice, **replicare lo studio** con una comparazione dell'analisi in altri ambiti territoriali (es. nel sistema socio-sanitario lombardo che era stato duramente provato), in altri Paesi sia europei che extra-europei. Tale approccio, che ritengo teoricamente possibile, se realizzato sarebbe molto utile e fondamentale alla prosecuzione della ricerca scientifica.

Infine, l'impatto sulla qualità di vita degli anziani e la capacità di adattamento e di risposta dei servizi potrà essere oggetto di ricalibrazione, anche in funzione delle risorse a disposizione.

Giunti a questo punto e riflettendo sul fatto che entro il 2050 gli anziani raddoppieranno, passando dal 23% al 32% della popolazione totale, si comprende come sia necessario un ripensamento del settore dell'assistenza che è chiamato a porsi nuove e molteplici sfide, che di seguito si vanno a citare.

Si pensi alla sostenibilità economica degli Enti e delle Aziende operanti nel settore della Long-Term care, alla mission della rete socio-sanitaria, alla revisione degli standard assistenziali dei servizi e delle tariffe riconosciute, al raccordo tra la rete residenziale e gli altri servizi per anziani, tra la rete socio-sanitaria e quella sanitaria e tra la rete pubblica e il mercato privato, alla gestione e alla valorizzazione del personale e alla revisione dei sistemi informativi e di conoscenza delle dinamiche di bisogno, di domanda e di offerta (Osservatorio Long Term Care del CERGAS SDA Bocconi-Essity, in collaborazione con il portale LaCasadiRiposo.it).

Ma quale futuro immaginare per un settore uscito così duramente provato dal COVID-19? Come ripensare l'assistenza conciliando il più possibile le legittime richieste di aiuto delle famiglie con l'altrettanto legittima necessità di mantenere stretti e forti i legami con i nostri padri, nonni e parenti che devono continuare a far parte integrante della quotidianità delle nostre vite? Non è ovviamente possibile pensare solo a modelli (per quanto evoluti) di assistenza domiciliare, ma non è d'altro canto plausibile e sensato pensare alle RSA solo come cliniche o luoghi comunque chiusi.

Sempre più evidente emerge l'esigenza di un ripensamento di strutture che devono essere luogo di supporto e non di delega a fronte di una retta.

Mantenere forte e costante il legame tra parenti è un imperativo morale per società che stanno invecchiando. I "fragili" non sono solo gli anziani ma anche coloro che nel pieno della loro vita lavorativa si trovano costretti a sacrificare rapporti costanti con gli affetti più stretti. Il senso di perdita rischia in questo scenario di divenire il vero elemento comune tra giovani e anziani.

L'assistenza deve quindi essere ripensata, non dimenticando nel farlo la fragilità e il limite dell'umano, ma avendo presente che ogni legame va

coltivato e mantenuto il più possibile, al di là di malattie, difficoltà e impegni, con la responsabilità etica dell'altro e pensando a costruire la "società della cura".

Si ricorda, in conclusione, quanto scritto dal Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in Occasione della Giornata Mondiale della Pace del 1° gennaio 2023, nel messaggio inviato a Papa Francesco: *“aver toccato la fragilità umana e la nostra esistenza personale ha lasciato un insegnamento prezioso: la consapevolezza che abbiamo bisogno tutti gli uni degli altri. L'esperienza della pandemia ha imposto un'ineludibile riflessione sul destino comune dell'umanità e nessuno può salvarsi da solo, come Vostra Santità ricorda al mondo con costante, paterna insistenza. Il Covid-19 ha generato sofferenza e smarrimento nelle famiglie e nelle comunità, ha aggravato preesistenti crisi politiche e sociali, rendendo più profondo il solco delle diseguaglianze. Ma la mobilitazione per contenere la pandemia e mitigarne gli effetti ha fornito, al contempo, a tutti i livelli, innumerevoli esempi di solidarietà. L'intesa tra istituzioni, corpi intermedi e società civile ha stimolato nel popolo italiano un'eccezionale unità d'intenti, con straordinari risultati a tutela della vita, del benessere e della salute dei cittadini”*.

È con questa riflessione, e con convinzione ottimistica sul futuro, che concludo la mia ricerca.

Il presente elaborato verrà presentato alle Direzioni delle Strutture prese in esame per la condivisione dell'analisi e dei risultati ottenuti.

Qual è il nostro posto nel mondo?  
Che senso abbiamo noi, qui, ora?

Al risveglio ho trovato  
con la luce una lettera.  
Ma non posso sapere  
che dice: non so leggere.

E non voglio distrarre  
un sapiente dai libri:  
ciò che c'è scritto forse  
non lo saprebbe leggere.

La terrò sulla fronte,  
la terrò stretta al cuore.  
Quando scende la notte  
ed escono le stelle,  
la porterò sul grembo  
e resterò in silenzio.

E me la leggeranno  
le foglie che stormiscono,  
e ne farà il ruscello  
col suo scorrere un canto  
che a me ripeterà  
anche l'Orsa dal cielo.

Io non lo so trovare  
quel che cerco, o capire  
cosa dovrei imparare,  
ma so che questa lettera  
che non ho letto, ha reso  
più lieve il mio fardello,  
e tutti i miei pensieri  
ha mutato in canzoni.

di Rabindranath Tagore  
premio Nobel per la Letteratura, 1913  
"Il risveglio"

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Andreoni M., Nardone G. (2020), *Covid-19. Il virus della paura. Scienza e informazione ai tempi del Coronavirus*, Paesi Edizioni;
- Aristotele (2007), *Politica*, Laterza;
- Armitage, Nellums (2020), *COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. The Lancet, Public Health*;
- Armstrong P & Day S. (2017), *Wash, Wear and Care: laundry and clothing in Long-Term Residential Care, Montreal, Quebec*, McGill-Queen's University Press;
- Armstrong P. & Day S. (2020), *Clothing matters: locating wash, wear, and care*, Studies in Political Economy;
- Benassi P., Mazzacurati S. (a cura di) (2020), *Il segno della pandemia. Effetti psicologici e sociali*, ed. Consulta Libri&Progetti;
- Bertolini L. e Marco Pagani (2011), *Qualità della vita o qualità della cura?*, I luoghi della cura online, 06/05/2022, <https://www.luoghicura.it/servizi/2011/09/qualita-della-vita-o-qualita-della-cura/>;
- Bertin G. (a cura di) (2009), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, ed. Erickson;
- Bertin G. (2010), *Welfare e sviluppo locale, Argomenti*, ed. Franco Angeli;
- Cacioppo J., Patrick W., (2009), *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*, Reprint Edition;
- Constitution of the World Health Organization, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>;
- Costituzione della Repubblica italiana, art. 32, [https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art..non%20per%20disposizione%20di%20legge](https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art..non%20per%20disposizione%20di%20legge;);
- Da Roit B. (3/2017), *Autonomie locali e servizi sociali: “Quarant'anni di politiche di long-term care in Italia e in Europa”*, Il Mulino;
- Degenholtz H., *Improving quality of life in Nursing Homes through the use of structured resident interviews. National Stakeholders briefing*, 2010, 03/04/2022, [www.improving.qol.pitt.edu](http://www.improving.qol.pitt.edu);

Enciclopedia Treccani, malattia mentale,  
<https://www.treccani.it/enciclopedia/malattia-mentale/>;  
English Longitudinal Study of Ageing (ELSA);  
Favretto A., Maturo A., Tomelleri S. (a cura di) (2021) *L'impatto sociale del Covid-19*, ed. Franco Angeli, 2021;  
European Commission and Inclusion Social Protection Committee (2021), *Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume I*, Publications Office of the European Union;  
Ferrucci R., Demartini B., Reitano M. R., Ruggiero F., Nisticò V., Priori A. (2021), *Durante un'epidemia: aspetti psicologici e psicopatologici legati alla pandemia di Covid-19*, ed. Erickson;  
Filì V. (2022), *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare*, Adapt University Press;  
Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di) (2014), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa: modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Egea Edizioni;  
Gale et al (2017), *When Is Higher Neuroticism Protective Against Death? Findings From UK Biobank*, Research Article on US National Library of Medicine National Institutes of Health;  
Gallino L. (1978), *Dizionario di Sociologia*, UTET;  
Giunco F. (2021), *Oltre la pandemia. Riflessioni intorno alle residenze per gli anziani*, Welforum, 3 giugno 2021, <https://welforum.it/il-punto/le-residenze-dopo-la-pandemia/oltre-la-pandemia-riflessioni-intorno-alle-strutture-residenziali-per-anziani/>;  
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Convegno “*End loneliness - Giornata contro la solitudine dell'anziano*”, del 15/11/2018;  
Guaita A., *Linee guida della SIGG per le RSA*, Bollettino n. 2 della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 2005, 06/05/2022, <https://www.sigg.it/assets/bollettini/2005/bollettino-02-s.pdf>;  
Guerrini G. (2008), *La depressione nell'anziano fragile istituzionalizzato*, Franco Angeli;  
La Stampa, *Il messaggio di Mattarella a Papa Francesco. Nessuno si salva da solo. Facciamoci artigiani di pace*, 22/01/2023,

[https://www.lastampa.it/cronaca/2023/01/01/news/messaggio\\_mattarella\\_papa\\_francesco\\_1\\_gennaio-12441991/#amp\\_tf=Da%20%251%24s&aoh=16742978850934&referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&ampshare=https%3A%2F%2Fwww.lastampa.it%2Fcronaca%2F2023%2F01%2F01%2Fnews%2Fmessaggio\\_mattarella\\_papa\\_francesco\\_1\\_gennaio-12441991%2F](https://www.lastampa.it/cronaca/2023/01/01/news/messaggio_mattarella_papa_francesco_1_gennaio-12441991/#amp_tf=Da%20%251%24s&aoh=16742978850934&referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&ampshare=https%3A%2F%2Fwww.lastampa.it%2Fcronaca%2F2023%2F01%2F01%2Fnews%2Fmessaggio_mattarella_papa_francesco_1_gennaio-12441991%2F);

Leiter Michael P. e Maslach Christina (2000), *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Erickson;

Livingston G., Huntley J., Sommerlad A., Ames D., Ballard C., Banerjee S. & Costafreda S. G. (2020), *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*, The Lancet, 27/12/2022, <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2820%2930367-6/fulltext>;

Lubkin I.M., Larsen P.D., *Chronic illness impact and intervention*, Jones and Bartlett Publishers, 1990;

Ministero della Salute – Salute Mentale – *Che cos'è la salute mentale* <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=La%20salute%20mentale%20%C3%A8%20parte,di%20malattia%20o%20di%20infermit%C3%A0%22>;

Osservatorio Long Term Care, SDA Bocconi School of Management, 22/01/2023, <https://www.sdabocconi.it/it/faculty-ricerche/lab-e-centri-di-ricerca/cegas-centro-di-ricerche-sulla-gestione-dellassistenza-sanitaria-e-sociale/osservatori/osservatorio-long-term-care>;

Società Americana di Geriatria e Associazione Americana di Psichiatria Geriatrica (settembre 2003), *Dichiarazione di consenso sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria mentale nelle case di cura statunitensi: gestione della depressione e dei sintomi comportamentali associati alla demenz*”, Journal of the American Geriatric Society;

Network Non Autosufficienza, autori vari (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 3° rapporto – il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*, Maggioli Editore;

Trabucchi M., Franzoni S. (a cura di), (2009) *Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali*, Carocci Editore.





Università  
Ca' Foscari  
Venezia

## **QUESTIONARIO**

### **COME E' CAMBIATA L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN SEGUITO ALL'ESPLOSIONE DELL'EMERGENZA PANDEMICA DA SARS-CoV-2 NEI CENTRI DI SERVIZIO PER ANZIANI**

Gentile Coordinatore,

sono Lisa Fossen, studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Servizio Sociale e Politiche Sociali dell'Università Ca' Foscari di Venezia e sto conducendo un'indagine su come, tenuto conto dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, è cambiato il livello di socialità degli anziani delle strutture residenziali per anziani e come questa alterazione abbia impattato sulla percezione del loro benessere psicologico.

Desidero raccogliere le informazioni che seguono attraverso il presente questionario, che richiede circa 45 minuti di tempo. Le sue risposte sono molto importanti per il buon esito della ricerca.

Tutte le informazioni che vorrà fornire saranno trattate in forma anonima ed aggregata a scopo scientifico. La responsabile del trattamento dei dati è la prof.ssa Barbara Da Roit, Professoressa Ordinaria di Sociologia e Coordinatrice del Corso di Laurea Magistrale sopra indicato; se desidera ricevere ulteriori informazioni su questa indagine, può richiederle via email alla casella della studentessa Lisa Fossen [860855@stud.unive.it](mailto:860855@stud.unive.it).

La ringrazio fin d'ora per l'attenzione e per il suo prezioso contributo.

NELL'AMBITO DEGLI ASPETTI ETICI DELLA RICERCA SOCIALE E RICHIAMANDO I VALORI DI ONESTA' INTELLETTUALE DI EMPATIA, SI SEGNALE CHE IL QUESTIONARIO DEV'ESSERE COMPILATO SENZA FORZATURA: SE RITIENE CHE ALCUNE DOMANDE ACUISCANO RICORDI DOLOROSI E MOMENTI CORRELATI AL PERIODO LAVORATIVO CON FORZA STRESSOGENA ELEVATA LE TRALASCI PURE.

DATA \_\_/\_\_/2022

FIGURA PROFESSIONALE DEL COMPILATORE \_\_\_\_\_

NOME DELLA STRUTTURA \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA \_\_\_\_\_

**SEZIONE 1. SVEGLIA, IGIENE PERSONALE, ALIMENTAZIONE E RIPOSO**

1. Consideri l'attività di assistenza all'igiene personale all'ospite. Esisteva, prima della pandemia, una procedura gestionale?

- sì
- no

Da quando si è manifestata la pandemia la procedura è cambiata?

- sì
- no

Come è cambiata? Illustrare sinteticamente i cambiamenti più significativi e come sono avvenuti.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente quando e come.

-----

2. Prima della pandemia gli anziani venivano alzati dal letto?

- sì
- no

Da quando si è manifestata la pandemia questi rimanevano di più in camera da letto?

- sì
- no

Descrivere sinteticamente i cambiamenti più significativi rispetto all'attività dell'alzata.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

3. Consideri l'attività di vestizione/svestizione e la cura della persona. Prima della pandemia, queste attività venivano svolte rispettandone gusti, abitudini e scelte?

- sì
- no

Da quando si è manifestata la pandemia la vestizione e la cura della persona, venivano svolte prima che rispettando gusti, abitudini e scelte dell'ospite, prioritariamente nel rispetto delle norme di sicurezza e di distanziamento per la

prevenzione dei contagi da SARS-CoV-2?

- sì
- no

Descrivere sinteticamente i cambiamenti più significativi rispetto alla vestizione e la cura della persona.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

4. Consideri il momento della colazione/merenda, pranzo/cena. Prima della pandemia, per i non-allettati, i pasti venivano consumati in sala da pranzo assieme agli altri ospiti?

- sì
- no

Se in precedenza i pasti venivano consumati in sala da pranzo, da quando si è manifestata la pandemia i pasti venivano consumati invece in camera?

- sì
- no

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

5. Consideri la deambulazione degli ospiti. Prima della pandemia, i residenti potevano raggiungere, a seconda del grado di autonomia, i locali adibiti al pranzo e al soggiorno o le aree attrezzate nei diversi nuclei?

- sì
- no

Da quando si è manifestata la pandemia, i residenti - al di là del diverso grado di autonomia - dovevano rimanere nel loro nucleo?

- sì
- no

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Illustrare brevemente.

-----

6. Consideri, nell'arco delle 36/38 ore settimanali di lavoro dell'operatore, il tempo dedicato per il dialogo operatore/ospite. Ritiene che a seguito della pandemia questo sia cambiato (ad esempio perché è aumentato il tempo dedicato ad altre attività come procedure di vestizione/svestizione/igiene)?

- sì
- no

Descrivere sinteticamente i cambiamenti più significativi avvenuti nel periodo pandemico con riferimento al dialogo operatore/ospite.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

## **SEZIONE 2. ATTIVITÀ EDUCATIVE, DI ANIMAZIONE, RIABILITAZIONE E CURA DELLA PERSONA**

7. Consideri l'offerta di servizi di animazione, riabilitazione e di cura della persona. Prima della pandemia, nell'arco della giornata, l'offerta era organizzata secondo quanto previsto dal PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)?

- sì
- no

Da quando si è manifestata la pandemia, sono stati offerti allo stesso modo i servizi di animazione, riabilitazione e di cura della persona, in via prioritaria secondo quanto previsto dalle disposizioni in materia di sicurezza e limitazione del contagio da SARS-CoV-2 rispetto a quanto previsto dal PAI?

- sì
- no

Descrivere sinteticamente i cambiamenti più significativi introdotti nel periodo pandemico con riferimento al PAI.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

8. Prima della pandemia quali erano le attività che venivano svolte maggiormente (selezionare le 5 più frequenti)?

attività manuali

- lavorazione di carta
- stoffa
- pittura su diversi materiali
- creazione di piccoli oggetti
- collage
- lavori a maglia o uncinetto
- cucito

attività ludiche

- ascolto di musica
- gioco della tombola
- attività di stimolazione cognitiva

- cruciverba
- lettura e commento dei quotidiani
- gioco della dama e degli scacchi

In caso di risposta affermativa alla richiesta precedente, quali sono state le attività maggiormente svolte? (selezionare le 5 più frequenti)?

attività manuali

- lavorazione di carta
- stoffa
- pittura su diversi materiali
- creazione di piccoli oggetti
- collage
- lavori a maglia o uncinetto
- cucito

attività ludiche

- ascolto di musica

- gioco della tombola
- attività di stimolazione cognitiva
- cruciverba
- lettura e commento dei quotidiani
- gioco della dama e degli scacchi

Sono state introdotte delle novità nell'offerta e nello svolgimento delle attività?

- videochiamate
- giochi interattivi
- altro (descrivere) \_\_\_\_\_

-----

9. Consideri le feste di compleanno mensili per gli ospiti. Prima della pandemia venivano festeggiati con cori, gruppi musicali o folkloristici, che animavano tali occasioni?

- sì
- no

Dall'avvento della pandemia tali modalità di festeggiamento sono state sospese?

- sì
- no

Illustrare brevemente.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.



-----

10. Descrivere sinteticamente i cambiamenti più significativi intervenuti rispetto alle attività educative, di animazione e di riabilitazione.

-----

### **SEZIONE 3. VISITATORI**

11. Consideri le visite dei parenti e dei familiari degli ospiti. Prima della pandemia vi era una programmazione per accedere in struttura?

- sì
- no

Dall'insorgere della pandemia vi è stata una programmazione delle visite dei parenti e familiari degli ospiti per accedere in struttura, come indicato dalle disposizioni dell'Istituto Superiore di Sanità, ministeriali e regionali in materia. Tale sistema di controllo degli accessi, se ritenuto dal punto di vista organizzativo utile, verrà mantenuto anche a seguire del periodo pandemico?

- sì
- no

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

12. Prima della pandemia dove e come si svolgevano le visite agli ospiti della struttura da parte dei parenti e familiari? Descrivere brevemente.

Dall'insorgere della pandemia dove e come si svolgono le visite agli ospiti della struttura da parte dei parenti e familiari? Descrivere brevemente cosa è cambiato.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

13. Quali sono state le novità introdotte dall'insorgere della pandemia? (es. videochiamate, plexiglass, schermi protettivi, allestimento stanza ad hoc con barriere, ecc.)? Descrivere brevemente.

-----

14. L'eventuale improvvisa cancellazione delle visite programmate agli ospiti della struttura nel periodo pandemico in caso di positività o cluster nella stessa, cosa ha comportato per chi era in attesa di rivedere il proprio congiunto? Descrivere brevemente, anche in ordine all'eventuale timore notato.

-----

#### **SEZIONE 4. VOLONTARIATO**

15. Quanti erano i volontari che collaboravano in Struttura prima della pandemia?

- meno di 10
- tra 10 e 20
- più di 20

Dall'insorgere della pandemia quanti erano i volontari che hanno continuato a collaborare in Struttura?

- meno di 10
- tra 10 e 20
- più di 20

Descrivere sinteticamente i quali attività, i volontari, svolgevano prima e quali dopo l'avvento della pandemia.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

## **SEZIONE 5. SPIRITUALITA'**

16. Consideri l'assistenza religiosa, intesa come offerta di sostegno spirituale agli ospiti. Prima della pandemia, la celebrazione della Santa Messa veniva svolta in cappella?

- sì
- no

Con quale frequenza?

- giornaliera
- settimanale

Dall'insorgere della pandemia, l'assistenza religiosa avveniva ancora in cappella?

- sì
- no

Dall'insorgere della pandemia cosa è cambiato nello specifico? Descrivere brevemente.

17. Le Sante Messe in questo momento sono state riattivate nuovamente presso in Cappella?

- sì
- no

Se sì, nota dei cambiamenti nel numero di frequentanti? Spiegare brevemente.

-----

18. Consideri i gesti di rispetto e di affetto, che fanno parte del prendersi cura della persona. Prima della pandemia, come avvenivano?

- contatto fisico (abbracci e carezze)
- sguardo
- momenti di ascolto
- altro

Dall'insorgere della pandemia, cosa è cambiato e cosa è mancato maggiormente? Descrivere brevemente.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

19. Consideri la fase di assistenza al morente. Prima della pandemia, il team di cura si raccordava strettamente con la famiglia dell'ospite al fine di garantire vicinanza, ascolto, partecipazione, per evitare la solitudine nel momento del "fine vita"?

- sì
- no

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

20. Ritiene valida questa affermazione: il COVID-19 ha cambiato le regole del morire?

- sì
- no

-----

21. Dall'insorgere della pandemia, nella fase di assistenza al morente, cosa è cambiato dal punto di vista organizzativo? Descrivere brevemente.

Attualmente si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no

Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

22. La morte è una delle fasi della vita, e l'uomo, per natura, non vive e non sopravvive da solo. Questa tensione tra l'approccio "umano" ed il "tecnico/razionale" nella fase della morte, sostenuto dalla necessità di salvaguardia dei contagi e della gestione dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, quanto ritiene sia stata dolorosa?

- poco
- abbastanza
- molto

-----

## **SEZIONE 6. PERSONALE**

23. Consideri le attività di reclutamento del personale. Prima del periodo pandemico, vi erano difficoltà?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Dall'insorgere del periodo pandemico, vi sono state difficoltà nel reclutamento del personale?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

-----

24. Prima del periodo pandemico venivano attuate delle particolari strategie in tema di ricerca del personale?

- sì
- no

Se sì, descriverle brevemente e se hanno sortito gli effetti sperati.

-----

25. Rispetto al periodo prepandemico il turn-over del personale è rimasto stabile o è aumentato?

- è rimasto uguale
- è aumentato (indicare, se possibile, in che misura percentuale \_\_%)

-----

26. Malattia del personale. Prima del periodo pandemico qual era la % annuale di assenza?

- inferiore al 10%
- tra il 10 e il 25%
- tra il 25 e il 50%
- oltre il 50%

Dall'insorgere del periodo pandemico qual è la % annuale di assenza per malattia del personale?

- inferiore al 10%
- tra il 10 e il 25%
- tra il 25 e il 50%
- oltre il 50%

-----

27. Affiancamento del neo-assunto. Prima del periodo pandemico quanto durava questo periodo?

Indicare il n. di giorni \_\_\_\_\_

Dall'insorgere del periodo pandemico quanto è durato il periodo di affiancamento del neo-assunto?

Indicare il n. di giorni \_\_\_\_\_

-----

28. Gestione della turnazione del personale. Prima del periodo pandemico vi erano difficoltà nella sua elaborazione?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Se sì, spiegare brevemente quali sono erano le maggiori difficoltà e cosa si era cercato di fare per porvi rimedio.

Dall'insorgere del periodo pandemico vi erano difficoltà nella gestione della turnazione del personale?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Se sì, spiegare brevemente quali sono state le maggiori difficoltà e cosa si è cercato di fare per porvi rimedio.

29. Attualmente, rispetto alla situazione del personale, si è tornati alla situazione iniziale?

- sì
- no



Se sì, in che modo? Spiegare brevemente.

-----

## **SEZIONE 7. FORMAZIONE**

30. Prima del periodo pandemico si organizzavano eventi formativi che riguardassero la gestione e diminuzione del rischio da contagio virale?

- per nulla  
 poco, perché si prediligevano altri argomenti di formazione, quali (indicare)

\_\_\_\_\_

- sì frequentemente (almeno annuale)

Dall'insorgere del periodo pandemico sono stati organizzati eventi formativi che riguardassero la gestione e diminuzione del rischio da contagio virale?

- per nulla  
 poco, perché si prediligevano altri argomenti di formazione, quali (indicare)

\_\_\_\_\_

- sì frequentemente (almeno annuale)

-----

31. Ritiene che tale formazione organizzata *ad hoc* per la prevenzione e gestione dei rischi correlati al contagio da SARS-CoV-2, abbia avuto un effetto tangibile sul *modus vivendi* e sul *modus operandi* del personale addetto all'assistenza?

- sì  
 no

-----

## **SEZIONE 8. VACCINAZIONE COVID-19 DEGLI OPERATORI**

32. Nel Centro di Servizi in cui presta la sua attività lavorativa, vi sono stati casi di operatori che hanno rifiutato la vaccinazione anti-COVID-19?

- sì  
 no

-----

33. Se sì, ritiene che il fenomeno abbia inciso in generale sulla qualità dell'assistenza?

- sì
- no

Se sì, spieghi brevemente il perché.

-----

34. Se sì, ritiene che il fenomeno abbia inciso sul carico di lavoro di chi si è vaccinato e sui rapporti fra gli operatori? Spieghi brevemente.

-----

### **SEZIONE 9. CONSIDERAZIONI SULLE PERSONE ANZIANE OSPITI**

35. Consideri le interazioni che le persone anziane ospiti hanno con gli altri (ospiti, operatori, familiari), il loro atteggiamento, le richieste, ecc. Secondo lei sono verificate trasformazioni quali esito del periodo pandemico?

-----

36. Può ritenere veritiero, a suo parere e per quanto vede durante il turno lavorativo, che gli anziani siano più chiusi, remissivi, demotivati, rassegnati, passivi, con minor capacità di autodeterminazione?

- sì
- no

Se sì, spieghi brevemente cosa ha notato/nota.

-----

## SEZIONE 10. ULTIME CONSIDERAZIONI

37. Quali sono stati, secondo lei, i cambiamenti più negativi per le persone anziane ospiti a seguito del periodo pandemico? Descrivere sinteticamente.

-----

38. L'avvento, pur tragico ed emergenziale della pandemia, può avere avuto dei risvolti positivi per gli anziani ospiti? Per esempio nella diminuzione dei rischi da contagio delle più standard malattie virali (influenze stagionali), oppure per l'uso delle videochiamate ai parenti e amici degli ospiti in aggiunta alla relazione sociale *de visu*. Spiegare sinteticamente.

-----

39. *L'etica della cura* ha offerto spunti interessanti alla riflessione filosofica sviluppatasi in seguito alla diffusione della pandemia, evento che ha toccato nel profondo le coscienze di tutti, sollevando molti interrogativi e questioni fondamentali, e ponendo gli individui in un'insolita condizione di solitudine e di spazio riflessivo. Tale approccio si proporrebbe, in questo contesto, come **un'alternativa alla morale tradizionale**: una visione morale che – pur accettando la dimensione della giustizia formale – risulta fondata sull'idea di un soggetto non più separato dagli altri, autosufficiente e concentrato sul perseguimento del proprio interesse, ma intrinsecamente **dipendente dagli altri, bisognoso di cura e al tempo stesso capace di curarsi degli altri**; un soggetto in cui la dimensione relazionale risulta primaria e fondamentale. In tale frangente storico, la filosofia ha potuto riaffermare le sue peculiari potenzialità di “cura”, aiutando in particolare a riflettere su quanto la fragilità stessa possa risultare un **valore**, perché rende **empatici alle sofferenze altrui**, più consapevoli del bisogno che abbiamo gli uni degli altri, consci del fatto che **prenderci cura di sé e della propria anima non può essere disgiunto dal prenderci cura degli altri e della società**.

Quanto è d'accordo con questo pensiero, visti anche la sua professione e il settore in cui la svolge?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Può illustrare brevemente?

-----

40. Ha qualcosa da aggiungere?

Grazie per la preziosa collaborazione di condivisione della Sua sapienza  
professionale!